



สรุปผลการประชุม

สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

วันที่ ๑๙ - ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ณ Palais des Nations  
นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส



• Agenda ๑๕๒ : Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development : Financing and Coordination.....	70
• Agenda ๑๕๓ : Substandard/spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit medical products: report of the Working Group of Member States .....	72
• Agenda ๑๕๔ : Access to essential medicines.....	74
• Agenda ๑๕๕ : Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course.....	76
• Agenda ๑๕๖ : Regulatory system strengthening.....	79
• Agenda ๑๕๗ : Health technology assessment in support of universal health coverage.....	81
• Agenda ๑๕๘ : Follow up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health : renewed commitments towards universal health coverage.....	84
• Agenda ๑๖๑ : Implementation of the International Health Regulation (๒๐๐๕).....	87
• Agenda ๑๖๒ : Pandemic Influenza Preparedness: sharing of Influenza viruses and access to vaccines and other benefits .....	90
• Agenda ๑๖๓ : Smallpox eradication: destruction of the variola virus stocks.....	92
• Agenda ๑๖๔ : Poliomyelitis intensification of the global eradication initiative.....	94
• Agenda ๑๖๕ : Combating antimicrobial resistance, including antibiotic resistance .....	97
<b>๒. สรุปผลการประชุม Side Meetings .....</b>	<b>๑๐๑</b>
• การประชุม Technical briefings : Quality of care around childbirth: a triple return on investments. Ending preventable maternal and newborn death and stillbirths.....	101
• การประชุม Health care under attack: a call for action .....	102
• การประชุม Technical briefings : Goals and targets for health in the post-๒๐๑๕ development agenda .....	103
• การประชุม Technical briefing : “The role and priority setting in universal health coverage : the value of international support for Health Intervention and Technology Assessment” .....	104
• การประชุม The Rome declaration : achieving self-sufficiency in safe blood and blood product , based on voluntary non-remunerated donation .....	105
• การประชุม Access to medicines: challenges & opportunities for developing countries .....	106
• การประชุม Side meeting on dementia .....	108
• การประชุม Health, climate change and air pollution .....	109

- การประชุม People centered and integrated health care :  
What is it and how do we get there? ..... 111
- การประชุม Winning the global fight against tuberculosis..... 113
- การประชุม Autism spectrum disorders: The way forward progress and  
challenges in implementing WHA๖๗ Resolution on autism spectrum  
disorders (ASDs): countries’ experiences and future plans ..... 114
- การประชุม Towards the implementation of the WHO global disability  
action plan ๒๐๑๔ - ๒๐๒๑ : better health for all people with disabilities ..... 115
- การประชุม Sexual and Reproductive Health : Emerging priorities  
beyond ๒๐๑๔/๑๕..... 116
- การประชุม Universal health coverage for ๒.๑ billion people:  
lessons learned from ASEAN Plus three countries..... 117
- การประชุม Health promotion and national immunization programme :  
Strategy to control hepatitis A..... 118
- การประชุม Launch of the Lancet Series on mass gathering medicine ..... 119
- การประชุม The role of health sector in scaling up of direct interventions  
in nutrition. The way from WHA to ICN๒..... 120
- การประชุม The power of integration: achieving the control and  
elimination of NTDs ..... 121
- การประชุม New programme support and policy changes.  
Update from the GAVI Alliance..... 122
- การประชุม New strategies for treatment and care of HIV/AIDS.  
A model for all health services ..... 123
- การประชุม Health research for all: the role of innovation in global health  
in the post-๒๐๑๕ development framework ..... 124
- การประชุม Framing a global strategy on human resource for health..... 126
- การประชุม IPV introduction: Are we on track for ๒๐๑๕? ..... 128
- การประชุม Research that changed history : a review of ๔๐ years of  
impact on infectious diseases by the Special Programme for  
Research & Training in Tropical Diseases (TDR)..... 129
- การประชุม Health for the world’s adolescents ..... 130
- การประชุม Access to Opioid Medicines in Europe and the World :  
Finding of the ATOMEProject for Eastern Europe and consequences  
for other countries and for palliative care..... 131

ภาคผนวก .....	๑๓๒
• ข้อมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ .....	132
• รายงานผู้แทนประเทศไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ .....	134
• Statement by Thailand Delivered by H.E. Mr. Thani Thongphakdi, Ambassador and Permanent Representative of Thailand to the United Nations and Other International Organizations in Geneva, WHA ๖๗ - Agenda item ๓ General Discussion .....	138
• รูปกิจกรรมของผู้แทนประเทศไทย .....	140

## สรุปผลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

### บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๗ จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๙-๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ณ Palais des Nations นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส มีประเทศสมาชิกเข้าร่วมทั้งหมด ๑๙๓ ประเทศ โดยมีผู้แทนจากองค์กรระหว่างประเทศทั้งภาครัฐและองค์การพัฒนาเอกชนเข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมเป็นจำนวนมาก ประเทศไทยส่งผู้แทนร่วมการประชุมจำนวนทั้งสิ้น ๔๙ คน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ เป็นหัวหน้าคณะ

ที่ประชุมได้พิจารณาวาระวิชาการ ๓๓ วาระ และวาระรายงานความก้าวหน้า ๑๓ วาระ และได้บรรลุข้อมติ ๒๕ ข้อมติ (Resolutions) และ ๑๖ ข้อตัดสินใจ (Decision) ซึ่งประเทศไทยควรดำเนินการตามข้อมติและข้อตัดสินใจดังกล่าวรวมทั้งมาตรการต่างๆในการปกป้องสุขภาพรวม ๒๑ เรื่อง ตามลำดับของความสำคัญ ๓ ระดับ ดังนี้ (ตารางที่ ๑)

#### ๑. วาระที่มีความสำคัญสูงสุด (First priority) และควรดำเนินการทันที ได้แก่

๑.๑. **วาระประเด็นสุขภาพหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (Health in the post-๒๐๑๕ development agenda)** เป็นวาระที่ทุกประเทศให้ความสำคัญสูงสุดโดยผู้แทนประเทศไทย (นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (เป็นประธานใน Drafting group จัดทำข้อมตินี้) สารระสำคัญของข้อมตินี้คือการผนวกสุขภาพให้เป็นส่วนศูนย์กลางของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ การลดภาระโรคไม่ติดต่อ (Reducing the burden of non-communicable diseases) โดยใช้ Multi-sectoral approach และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างรอบด้านรวมทั้งการจัดให้มีการบริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage)

การนี้ ให้สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็น Focal point ในการรวบรวมข้อมูลและประสานติดตามการดำเนินงานตาม MDGs และ Health in the Post-๒๐๑๕ development agenda ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๒. **การให้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)** สืบเนื่องจากข้อ ๑ ที่ ๑ ได้ให้ความสำคัญกับ UHC ในการนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพถ้วนหน้าและการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable development (และประเทศไทยได้ดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ และเป็นประธานเครือข่าย ‘ASEAN Plus Three UHC Network

การนี้ ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการสร้างความเข้มแข็งของการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้าของไทยและร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศในการผลักดันให้ UHC ผนวกอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕

๑.๓. **ยุทธศาสตร์และเป้าหมายระดับโลกในการควบคุม ป้องกันและรักษาวัณโรคหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (Global strategy and targets for TB prevention, care, and control after ๒๐๑๕)** สารสำคัญคือยุทธศาสตร์การดำเนินการแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย และตั้งเป้าหมายในการควบคุม ป้องกันและรักษาวัณโรคภายหลังปี ๒๐๑๕ โดยมีข้อมติรับรอง global strategy and targets ดังกล่าว และขอให้ประเทศสมาชิกร่วมไปปรับใช้ จัดทำระบบติดตามและประเมินผล และให้ความสำคัญในการป้องกัน persistence of high-incidence rates ของวัณโรคในบางกลุ่มประชากร ซึ่งไทยได้ให้ความสำคัญการป้องกันอุบัติการณ์ดังกล่าวในประชากรกลุ่มเสี่ยงซึ่งรวมถึง

ประชากรข้ามชาติ (Migrants) ผู้ต้องขัง และผู้เสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การนี้ ให้สำนักกวีโรค กรมควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามข้อมติดังกล่าวโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศและเชื่อมโยงกับงานป้องกันควบคุมโรคด้านอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันควบคุม HIV/AIDS และพัฒนาระบบการดูแลประชากรข้ามชาติและประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ โดยใช้กลไกที่มีอยู่

**๑.๔. การป้องกันการดื้อยาต้านเชื้อจุลชีพและการดื้อยาปฏิชีวนะ (Combating Antimicrobial resistance, including antibiotic resistance)** สารสำคัญของข้อมติคือ (การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างจริงจังและเร่งด่วนทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ โดยใช้ 'One Health approach' ในการจัดการกับปัญหา AMR

การนี้ ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามข้อมติ

**๑.๕ การเข้าถึงยาจำเป็น (Access to essential medicine)** สารสำคัญของข้อมติคือการพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบายแห่งชาติด้านยาโดยให้มีการคัดเลือกยาจำเป็น (essential drug) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การนี้ ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามข้อมติ

**๑.๖ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Prevention and control of Non-communicable diseases)** สารสำคัญของวาระนี้คือการติดตามดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของ WHO ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรค ปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๓ และ การกำหนด Term of Reference ของกลไกการประสานงานระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การนี้ ให้สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อข้างต้นปี ๒๕๕๖-๒๕๖๓ โดยบูรณาการแนวทางดังกล่าวเข้ากับแผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ และเตรียมความพร้อมสำหรับการปรึกษาหารือในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๗ ที่การประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (UNGA)

**๑.๗ กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health)** สารสำคัญของข้อมติคือ การทบทวนพันธะสัญญาที่แต่ละประเทศได้แสดงเจตนาในการลงทุนเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รอบด้าน รวมทั้งการวางแผนกำลังคน การผลิต การพัฒนา และการธำรงรักษากำลังคน เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอและรองรับประเด็นท้าทายทั้งในปัจจุบัน และอนาคต

การนี้ ให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการตัดสินใจในการลงทุนด้านกำลังคนในอนาคต และให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว

ทั้งนี้ ให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักในวาระที่มีความสำคัญสูงสุดข้างต้นส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุก ๖ เดือน

**๒. วาระที่มีความสำคัญลำดับรอง (Second priority) และควรดำเนินการภายในระยะเวลา ๖ เดือน มีดังนี้**

**๒.๑ ตับอักเสบ (Hepatitis)** สารสำคัญของข้อมติคือการเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญต่อโรคตับอักเสบ ให้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันไวรัสตับอักเสบและใช้มาตรการต่างๆในการป้องกัน ควบคุมและเข้าถึงอุปกรณ์ที่ใช้รักษา ยา และวัคซีนที่มีราคาแพง

การนี้ ให้กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการทบทวน

และกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาตับอักเสบ โดยพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยาและภาวะโรคเน้น ยุทธศาสตร์การบูรณาการกับแผนงานอื่นๆ และการให้น้ำหนักความสำคัญที่เหมาะสมระหว่างการป้องกันและการรักษา

**๒.๒ แผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิด (Newborn health action plan)** สำคัญของแผนปฏิบัติการนี้ คือแผนการลดอัตราการตายของทารก โดยกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะในการดำเนินการ ให้ความสำคัญด้านคุณภาพการบริการและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการดังกล่าวในประชากรกลุ่มเสี่ยง อาทิ แม่วัยใส ประชากรข้ามชาติ เป็นต้น

การนี้ ให้น้ำหนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาการดำเนินการตามข้อมติและเสริมสร้างในส่วนที่ดำเนินการอยู่แล้ว

**๒.๓ การปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. ๒๐๐๕ (Implement of International Health Regulation (๒๐๐๕))** ประเทศไทยปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยมีกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานเพื่อพัฒนาให้ได้ตามสมรรถนะหลักของ IHR ๒๐๐๕ เป็นเวลา ๕ ปี (๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕) หลังจากครบกำหนด ประเทศไทยประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลักของ IHR ๒ ประเด็น ได้แก่ Chemical และ Radiation hazard และได้ยื่นขอขยายเวลา ๒ ปี พร้อมแผนดำเนินงาน เมื่อครบการขยายเวลาครั้งที่ ๑ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๗ องค์การอนามัยโลกเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกที่ประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลัก ขยายเวลาในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศต่อไปได้อีก ๒ ปี (เป็นการขยายเวลาครั้งที่ ๒) นับตั้งแต่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ ถึง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๗ ประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๔๒ ประเทศที่ไม่ขอขยายเวลา นอกจากนี้ ได้มีการปรับแก้ไขสาระ ในภาคผนวก ๗ ของ IHR การให้วัคซีนไข้เหลือง เปลี่ยนจากระยะเวลาในการคุ้มกันผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้เหลืองจากสิบปีเป็นตลอดชีวิต

การนี้ ให้กรมควบคุมโรคดำเนินการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงการต่างประเทศ ในประเด็นระยะเวลาคู่กันของการฉีดวัคซีนไข้เหลืองเพื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนกฎในการฉีดวัคซีนให้สอดคล้องกับการแก้ไขกฎอนามัยระหว่างประเทศดังกล่าว

**๒.๔ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของบทบาทของระบบสุขภาพในการแก้ปัญหาความรุนแรงในสตรี เด็กหญิงและเด็กเล็ก (Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women, girl, and children)** สำคัญของข้อมติ คือ การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความรุนแรงประเภทต่างๆ โดยให้ความสำคัญต่อปัญหาความรุนแรงที่กระทำระหว่างบุคคล โดยเฉพาะการกระทำความรุนแรงต่อสตรี เด็กหญิงและเด็กเล็ก ที่ยังมีระบบการรายงานที่ไม่ครอบคลุม โดยส่งเสริมให้หน่วยงานด้านสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงดังกล่าว

การนี้ ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามข้อมติ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

**๒.๕ Traditional Medicine** สำคัญของข้อมติ คือ การเสนอให้ประเทศสมาชิกปรับใช้ WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔-๒๐๒๓ ตามความเหมาะสม ซึ่งยุทธศาสตร์ใหม่นี้แตกต่างจากยุทธศาสตร์เดิม (๒๐๐๗-๒๐๑๕) ที่ให้ความสำคัญในการผนวก Traditional medicine เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข โดยให้ traditional medicine ครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็น products, practices และ practitioners

การนี้ ให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักพิจารณาดำเนินการตามข้อมติ ให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย

**๒.๖ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Intervention and technology assessment (HITA) in support of universal health coverage)** สำคัญของข้อมตินี้ คือ การเสนอให้นำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ รวมทั้งการจัดลำดับ



ความสำคัญของเทคโนโลยีฯ เพื่อคัดเลือกเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การนี้ ให้กรมการแพทย์ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของ HITA และดำเนินการตามข้อมติ

ทั้งนี้ ให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักในวาระที่มีความสำคัญลำดับรองข้างต้นส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุก ๖ เดือนหลังจากการดำเนินงาน

### ๓. วาระที่มีความสำคัญลำดับถัดไป (Third priority) สามารถดำเนินการในภายหลังได้ มีดังนี้

**๓.๑ ผู้พิการ (Disability)** สาระสำคัญของข้อมตินี้คือ การกำจัดอุปสรรค การสร้างความเข้มแข็งและขยายบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู การเข้าถึงเทคโนโลยีสำหรับผู้พิการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้พิการให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสิทธิและโอกาสที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปและสามารถประสบความสำเร็จได้เต็มศักยภาพ

การนี้ ให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานตามข้อมติร่วมกับภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการปรับแผนดำเนินการตามบริบทของประเทศ กำหนดระยะเวลา และงบประมาณ ในการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

**๓.๒ Autism** สาระสำคัญของข้อมตินี้ คือ การสร้างความตระหนักถึงความต้องการของบุคคลที่มีพัฒนาการผิดปกติ ทั้งออติสติกและความผิดปกติทางพัฒนาการอื่นๆ และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขให้มีบทบาทเชิงรุก เพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษารวดเร็วทันทั่วถึง เพื่อลดภาระของสังคม

การนี้ ให้กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามข้อมติ รวมทั้งสร้างทัศนคติดีของสังคมต่อผู้ป่วยออทิสติกและให้การดูแลทั้งการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาแบบบูรณาการในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

**๓.๓ โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis)** สาระสำคัญของข้อมตินี้คือการเพิ่มความตระหนัก และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย Psoriasis ให้เป็นระบบ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและยารักษาที่จำเป็นในทุกะดับของการบริการสุขภาพ และให้มีการจัด World Psoriasis Day ในวันที่ ๒๙ ตุลาคม ของทุกปี

การนี้ ให้กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามข้อมติสนับสนุนให้ ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย Psoriasis อย่างเป็นระบบ ให้การสนับสนุนด้านการศึกษา สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน รวมทั้งจัดทำ National Program โรคสะเก็ดเงินและการดำเนินงาน World Psoriasis Day

**๓.๔ ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารปรอทและสารประกอบปรอท: บทบาทขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยการจัดการสารปรอท ( Public Health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: the role of WHO and ministries of public health in the implementation of the Minamata Convention)** สาระสำคัญของข้อมตินี้คือ การเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเข้าร่วมการรับรองอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยการจัดการสารปรอทที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจากการปลดปล่อยสารปรอทและสารประกอบปรอท จากกิจกรรมของมนุษย์สู่ธรรมชาติ ประเทศไทยยังไม่ได้ลงนามในอนุสัญญามินามาตะ

การนี้ ให้กรมอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการดำเนินการตามข้อมติ และดำเนินการร่วมกับกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อศึกษาโอกาสในการลงนาม ให้สัตยาบัน หรือภาคยานุวัติต่ออนุสัญญามินามาตะ

**๓.๕ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคอง** (Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course) สาระสำคัญของข้อมตินี้คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาพยาบาลแบบบูรณาการ (integrated treatment) เน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาควบคุมพิเศษ โดยเฉพาะยากลับไอปอียอดเพื่อบรรเทาอาการปวด

การนี้ ให้กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบและแนวทางการส่งเสริมการใช้ยากลับไอปอียอดที่ใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการจัดทำแนวปฏิบัติ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในสถานบริการในลักษณะของการดูแลแบบผสมผสาน และประสานกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะที่เป็นผู้ประสานแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

**๓.๖ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบควบคุมผลิตภัณฑ์ยา** (Regulatory system strengthening for medical products) สาระสำคัญของข้อมตินี้คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ National regulatory authorities ในมาตรการทั้ง ๓ ด้าน คือ กฎหมาย การบริหารและทางเทคนิคเพื่อควบคุม คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยา และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นๆ

การนี้ ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามข้อมติ รวมทั้งทำการประเมินองค์การด้านยาตามแนวทางองค์การอนามัยโลก

**๓.๗ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ชีววัตถุ** (Access to biotherapeutic products) สาระสำคัญของข้อมตินี้ การสนับสนุนให้เกิดพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของ National regulatory assessment and authorization frameworks ของผลิตภัณฑ์ชีววัตถุและชีววัตถุคล้ายคลึงให้มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิผล ในราคาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการทางด้านสาธารณสุข

การนี้ ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามข้อมติข้างต้น

**๓.๘ ผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม : การดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่ยั่งยืนเพื่อพัฒนาสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ** (Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity) สาระสำคัญของข้อมตินี้ การนำแนวคิด Health in all Policies หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วนในหลายระดับ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

การนี้ ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามข้อมติข้างต้น

ทั้งนี้ ให้หน่วยงานรับผิดชอบหลักในวาระที่มีความสำคัญลำดับถัดไปข้างต้นส่งรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุก ๖ เดือนหลังจากการดำเนินงาน

ตารางที่ ๑ ลำดับความสำคัญของข้อมติและหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	ประเด็น	หน่วยงานหลักในการดำเนินงาน	หน่วยงานสนับสนุน
๑.ความสำคัญสูงสุด (First priority)	๑.๑ Health Development in the post ๒๐๑๕	สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และกรมทุกกรมของกระทรวงฯ
	๑.๒ Universal Health Coverage (UHC)	สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
	๑.๓ TB prevention, care, and control after ๒๐๑๕ (Migrant Health)	กรมควบคุมโรค	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	๑.๔ Antimicrobial resistance (AMR)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
	๑.๕ Access to essential medicine	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	สปสช. องค์การเภสัชกรรม
	๑.๖ Prevention and control of NCD	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
	๑.๗ Human Resources for Health	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	สถาบันพระบรมราชชนก สภาวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล ฯลฯ) สำนักงาน กพ. มหาวิทยาลัย
	๑.๘ Emerging infectious diseases (EIDs)	กรมควบคุมโรค	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	๒.ความสำคัญลำดับรอง (Second priority)	๒.๑ Hepatitis	กรมควบคุมโรค
๒.๒ New born health action plan		กรมอนามัย	กรมการแพทย์
๒.๓ Implement of IHR		กรมควบคุมโรค	
๒.๔ Strengthening the role of the health system in addressing violence		กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๒.๕ Traditional Medicine		กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	สำนักงานคณะกรรมการ

ลำดับ	ประเด็น	หน่วยงานหลักในการดำเนินงาน	หน่วยงานสนับสนุน
			อาหารและยา
	๒.๖ Health Intervention and technology assessment in support of universal health coverage	กรมการแพทย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
<b>๓. ความสำคัญลำดับถัดไป</b> (Third priority)- สามารถดำเนินการในภายหลัง	๓.๑ Disability	กรมการแพทย์	
	๓.๒ Autism	กรมสุขภาพจิต	
	๓.๓ Psoriasis	กรมการแพทย์	
	๓.๔ Public Health impacts of exposure to mercury and mercury compounds	กรมอนามัย	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
	๓.๕ Palliative care	กรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
	๓.๖ Regulatory system strengthening for medical products	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
	๓.๗ Access to biotherapeutic products	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
	๓.๘ Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	

## ๑. สรุปการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ มีการพิจารณาวาระวิชาการทั้งหมด ๓๓ วาระ และวาระรายงานความก้าวหน้า ๓๓ วาระ ดังต่อไปนี้

### Agenda item

#### ๑๑ WHO Reform

- ๑๑.๑ Progress report on reform implementation
- ๑๑.๒ Improved decision-making by the governing bodies
- ๑๑.๓ Framework of engagement with non - State actors
- ๑๑.๔ Follow-up to the financing dialogue
- ๑๑.๕ Strategic resource allocation
- ๑๑.๖ Financing of administrative & management cost

#### ๑๒ Communicable diseases

- ๑๒.๑ Global Strategy & Targets for TB prevention, care & control after ๒๐๑๕
- ๑๒.๒ Global vaccine Action Plan
- ๑๒.๓ Hepatitis

#### ๑๓ Noncommunicable diseases

- ๑๓.๑ Prevention & Control of NCDs
- ๑๓.๒ Maternal, infant & young child nutrition
- ๑๓.๓ Disability
- ๑๓.๔ Comprehensive & coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders
- ๑๓.๕ Psoriasis

#### ๑๔ Promoting Health through life course

- ๑๔.๑ Monitoring the achievement of the health-related MDGs ([Health in post ๒๐๑๕](#))
- ๑๔.๒ Newborn Health: draft Action Plan
- ๑๔.๓ Addressing the global challenge of violence, in particular against women & girls
- ๑๔.๔ Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing
- ๑๔.๕ Public health impacts of the exposure to mercury & mercury compounds, the role of WHO & MoPH in the implementation of the Minamata Convention
- ๑๔.๖ Contributing to social & economic development: Sustainable action across sectors to improve health & health equity

#### ๑๕ Health systems

- ๑๕.๑ Traditional medicine
- ๑๕.๒ Follow-up report of the CEWG on Research & Development: Financing & Coordination
- ๑๕.๓ SSFFC
- ๑๕.๔ Access to essential medicine
- ๑๕.๕ Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course
- ๑๕.๖ Regulatory system strengthening (Two resolutions: Medicine & biotherapeutic product)

- දේශ Health intervention & technology assessment in support of UHC
- දේශ Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage

#### බෙ Preparedness, surveillance & response

- බෙ.෧ Implementation of the IHR ෨෦෦෫
- බෙ.෨ Pandemic Influenza preparedness: sharing of influenza viruses & access to vaccines & other benefits
- බෙ.෩ Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks
- බෙ.෪ Poliomyelitis: intensification of the global eradication initiative
- බෙ.෫ Antimicrobial drug resistance

#### භෙ Progress reports

- CD A. Global Health sector strategy on HIV/AIDS, ෨෦෧෧ - ෧෫ (resolution WHA ෬෪.෧෧)
- B. Eradication of drancunculiasis (resolution WHA ෬෪.෧෨)
- NCD C. Child Injury prevention (resolution WHA ෬෪.෧෩)
- HP D. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals & targets (resolution WHA ෬෫.෧෧)
- E. Female genital mutilation (resolution WHA ෬෬.෧෧)
- F. Youth & health risks (resolution WHA ෬෬.෧෨)
- G. Implementation of the recommendations of the UN Commission on Life Saving Commodities for Women & Children
- H. Climate change & health (EB෧෬.෪.෪)
- HS I. Global Strategy & plan of action on public health, innovation & intellectual property
- J. Availability, safety & quality of blood products (resolution WHA ෬෬.෧෧)
- K. Human organ & tissue transplantation (resolution WHA ෬෬.෧෨)
- L. WHO strategy on research for health
- PSR M. WHO's response, and role as the health cluster lead, in meeting the growing demands of health in humanitarian emergencies (resolution WHA ෬෬.෧෩)

มีรายละเอียดสาระสำคัญและผลการประชุม แยกตามแต่ละวาระ มีดังต่อไปนี้

### Agenda ๑๑.๑ : Progress report on reform implementation

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑ ดร.กฤษดา แสงวงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
๒ พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร	สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๓ นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

#### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้นำเสนอสรุปรายงานความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก อุปสรรค และขั้นตอนในการดำเนินงานในระยะต่อไป โดยแบ่งตามการปฏิรูป ๓ เรื่องหลัก ได้แก่

๑. **การปฏิรูปแผนงาน (Programmatic reform)** ได้มีการนำเกณฑ์ (Criteria) ใหม่มาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ (programmes) และ results-chain ใหม่ สำหรับ ๑๒<sup>th</sup> General Programme of Work (GPW) และ Programme Budget ๒๐๑๔ - ๑๕ ซึ่งเป็นการกำหนดวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์สำหรับรอบ ๖ ปีหน้า

๒. **การปฏิรูปการอภิบาลระบบ (Governance reform)** ได้มีการสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกมีความพร้อมในการเตรียมตัวในการเข้าร่วมการประชุมระดับสูงโดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและเอกสารการประชุม สมัชชาอนามัยโลกและการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกผ่านทาง web cast พร้อมทั้งรายงานความก้าวหน้าในการจัดทำร่างกรอบความร่วมมือกับ non-state actors การจัดทำรายงานระดับประเทศให้มีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนกลไกการรายงานระหว่างภูมิภาคและระดับโลก ความสอดคล้องของกฎที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการการเสนอชื่อผู้เข้าชิงตำแหน่ง Regional Director การตรวจสอบ Credentials การเข้าร่วมประชุมของผู้สังเกตการณ์ในการประชุมระดับภูมิภาคและระดับโลก และยังไม่มีความคืบหน้าในส่วนการจำกัดจำนวนวาระและจำนวนร่างข้อมติของการประชุมระดับสูง

๓. **การปฏิรูประบบการบริหารจัดการ (Managerial reform)** นำเสนอความก้าวหน้าในการปฏิรูปกำลังคนและการเจรจาการเงินการคลัง (Financing dialogue) ในเดือนมิถุนายนและพฤศจิกายน ๒๕๕๖ ที่สามารถระดมเงินทุนได้มากกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา เพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility) ในการจัดสรรงบประมาณ และได้มีการจัดทำ web-portal แสดงการเงินการคลังขององค์การอนามัยโลกให้มีความโปร่งใสมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้รับการตอบรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างดี ส่วนการจัดสรรงบประมาณเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic resource allocation) ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานขึ้นและอยู่ระหว่างจัดทำวิธีการ (Methodology) การจัดสรรงบประมาณเชิงยุทธศาสตร์

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกรับทราบความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และประเทศส่วนใหญ่ให้กำลังใจ สนับสนุนการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก แต่มีบางประเทศ (เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร) แสดงความผิดหวังที่การปฏิรูปองค์การอนามัยโลกทั้งสามเรื่องไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร การกำหนดระยะเวลาการปฏิรูปที่ชัดเจนไม่ชัดเจนและได้ขอให้ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกมาควบคุมการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกด้วยตนเองอย่างใกล้ชิด

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ไทยรับทราบรายงานความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก โดยไม่มี Intervention ในวาระนี้ เนื่องจากการปฏิรูปทั้งสามด้านขององค์การอนามัยโลกมีความซับซ้อนและไม่สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วจากปัจจัยต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกรับทราบรายงานความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข** (สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

### การทำงานในระดับประเทศ

ติดตามความก้าวหน้าการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด และจัดให้มีการหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้าน Global health ของไทยอย่างต่อเนื่องในการจัดทำข้อคิดเห็นต่อการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกในระยะต่อไป

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานงานกับประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และคณะผู้แทนถาวรฯ อย่างต่อเนื่องในการหารือและจัดทำข้อเสนอแนะในการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกในระยะต่อไป

## Agenda ๑๑๒: Improved decision-making by the governing bodies

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑ ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒ ภญ.อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓ นพ.นวนรณ ธีระอัมพรพันธุ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๔ นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการนำเสนอรายงานของ Secretariat และ recommendations โดย Executive Board เกี่ยวกับการปรับปรุงกระบวนการตัดสินใจภายใน WHA ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอรวม ๔ ข้อ ได้แก่

- ๑ การถ่ายทอดสดการประชุม WHA และ Committees A and B ออนไลน์ผ่านเว็บ (webcasting) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic access) ต่อการประชุมของ governing bodies มากยิ่งขึ้น
- ๒ การใช้ระบบลงคะแนนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (electronic voting system) เพื่อการ nominate และ appoint Director-General ซึ่งทาง Secretariat ได้ทำการศึกษางบประมาณค่าใช้จ่ายที่จำเป็น การวิเคราะห์ประเด็นด้านความปลอดภัยเบื้องต้นจากประสบการณ์ของหน่วยงาน ILO and WMO และเสนอแนวทางการเตรียมการและทดสอบระบบ โดยเสนอว่าควรเช่าระบบจากผู้ให้บริการและนำมาทดลองใช้ใน ๖๙<sup>th</sup> WHA (๒๐๑๖) เพื่อการใช้งานจริงในการเลือก Director-General ใน ๗๐<sup>th</sup> WHA (๒๐๑๗) รวมทั้งอาจนำมาทดลองใช้ในการประชุมของ EB ในปี ๒๐๑๖ หากจะมีการนำมาใช้ในการลงคะแนนลับในการประชุม EB ด้วย
- ๓ การแก้ไข Rules of procedure of WHA ในการปรับปรุงระยะเวลาที่ชัดเจนและไม่เร่งรัดเกินไปสำหรับการเสนอ proposal หรือขอแก้ไข draft resolutions รวมทั้งข้อเสนอ agenda สำหรับการประชุม WHO EB และ WHA
- ๔ การเสนอให้ไม่ต้องมีวาระ progress report ในการประชุม WHO-EB

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่แสดงความเห็นสนับสนุนการถ่ายทอดสดการประชุมผ่าน Webcasting และการใช้ electronic voting system รวมทั้งการแก้ไข Rules of procedure of WHA และการไม่ต้องมีวาระ progress report ในการประชุม WHO-EB



## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- แสดงความเห็นสนับสนุนการถ่ายทอดสดการประชุมผ่าน Webcasting
- แสดงความกังวลเกี่ยวกับการใช้ electronic voting system เนื่องจากจำเป็นต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบในประเด็นด้าน governance และ technical issues ที่เกี่ยวกับการรักษาความลับ (confidentiality), ความถูกต้อง (integrity) และความโปร่งใส (transparency) ของการลงคะแนนเสียง นอกจากนี้ยังมองว่าควรเลื่อนการตัดสินใจไปใกล้การประชุม WHA ที่จะต้องมีการเลือก Director-General เพื่อความคุ้มค่า เนื่องจากความก้าวหน้าที่ดีขึ้นและราคาที่ถูกลงของเทคโนโลยีในอนาคต
- ประเทศไทยไม่ขัดข้องกับการขอแก้ไข Rules of procedure of WHA และการยกเลิกภาวะ progress report ในการประชุม WHO-EB
- ประเทศไทยยังได้ขอให้ Secretariat อธิบายถึงผลลัพธ์ที่ได้จากข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงทั้ง ๔ ประเด็นว่าจะสามารถ improve decision-making process ของ WHO governing bodies ได้อย่างไร?

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

หลังจากประเทศต่างๆ แสดงความเห็นแล้ว ทาง Secretariat ได้ชี้แจงในประเด็นเรื่องความจำเป็นในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบ electronic voting system ในการประชุม WHA ครั้งนี้ ว่า เนื่องจากกระบวนการเลือก Director-General จะเปลี่ยนจากการเลือกโดย EB ให้เหลือ ๑ คน และให้ WHA ลงคะแนนเห็นชอบ เป็นการเลือกโดย EB ให้เหลือ ๓ คน และให้ WHA ลงคะแนนเพื่อเลือกผู้ที่มีคะแนนสูงสุด การลงคะแนนดังกล่าวโดย WHA จึงจำเป็นต้องใช้ electronic voting system เพื่อให้มีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความล่าช้าและความวุ่นวายในการประชุม WHA จึงจำเป็นต้องตัดสินใจในการประชุมครั้งนี้เพื่อเตรียมการดำเนินการต่อไปให้ทันการ แต่ก็รับทราบในข้อกังวลของประเทศไทยเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลการลงคะแนนเสียง หลังจาก Secretariat ชี้แจงแล้ว ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของ EB ทั้ง ๔ ข้อ

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

เนื่องจากการถ่ายทอดสดการประชุมผ่าน webcasting จะช่วยให้บุคคลภายนอก รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามสถานการณ์ ความเป็นไป ท่าทีของประเทศต่างๆ และการตัดสินใจ/การลงมติในที่ประชุม WHA ได้ดียิ่งขึ้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการต่างประเทศ จึงควรใช้โอกาสนี้ในการเข้าถึงการประชุม WHA สำหรับผู้ที่ไม่ได้เดินทางไปประชุม เพื่อให้สามารถรับทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานของประเทศได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถให้การสนับสนุนทีมงานที่เดินทางไปประชุมได้หากจำเป็น รวมทั้งประโยชน์ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความเข้าใจและคุ้นเคยกับกระบวนการใน WHA ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งควรติดตามความคืบหน้าของ WHO ในการติดตั้งระบบ webcasting ต่อไป ประเทศไทยควรมีการเตรียมการเพื่อการมีส่วนร่วมในทดสอบระบบเพื่อการเลือก Director General of WHO ในช่วงระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๖-๒๐๑๗

### การทำงานในระดับนานาชาติ

สำหรับในส่วนของ electronic voting นั้น ประเทศไทยควรติดตามความคืบหน้าในการดำเนินการเข้ารหัสระบบดังกล่าวมาใช้งานของ WHO และเนื่องจากจะมีการทดลองใช้งานในการประชุม EB และ ๖๙th WHA ในปี ๒๐๑๖ ก่อนการใช้เพื่อเลือก Director-General จริงในการประชุม ๗๐<sup>th</sup> WHA ในปี ๒๐๑๗ ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรมีการหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยสารสนเทศ (information security) เพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของระบบดังกล่าว เพื่อให้ผู้แทนประเทศไทยในการประชุมที่จะมีการทดลองการใช้งาน สามารถทำหน้าที่ตรวจสอบการทำงานของระบบ electronic voting system ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อนใช้งานจริง

### Intervention on agenda ๑๑.๒ Improved decision-making by the governing bodies

Read by Miss Orratai Waleewong (๒๐/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you, Chair.

My delegation appreciates continuous efforts made by secretariat on WHO reform. However, all four recommendations have not shown clearly how these recommendations can improve decision making by the WHO governing bodies. The document A๖๗/๕ Addendum ๑ has indicated that the recommendation will “contribute to greater coherence in global health and the strengthening of WHO’s governance”, we are unclear with this conclusion made by the secretariat. So we would like to seek clarification and explanation from the secretariat about this matter.

In addition, the electronic voting method had been proposed by the secretariat. However, the rationale of using electronic voting for the election of the next WHO Director-General instead of secret ballot has not been well explained. Electronic voting is merely just a tool. Without trust in the system, the whole thing falls apart. Well-thought governance of the voting process, electronic or otherwise, as well as well-designed technical systems, including data security, are needed to prevent fraud or mistakes, ensure integrity, confidentiality, and transparency, and retain trust in the voting process.

In addition, the cost effectiveness of using new methods should be proved. Also, the election of the next WHO Director-General will be in ๒๐๑๗ and mock voting will be conducted during WHA ๖๙<sup>th</sup> in ๒๐๑๖, we are concerned that more appropriate technology might be developed during these next couple of years. So, selecting the appropriate method used for the next election might be reconsidered until the EB ๑๓๘<sup>th</sup> meeting in January ๒๐๑๖ as the latest.

We hope to see the actual improvement of decision making made by WHO governing bodies in the near future.

Thank you, Chair.

### Agenda ๑๑.๓: Framework of engagement with non-State actors

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ๑. นพ. ภูษิต ประคองสาย             | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ    |
| ๒. ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร        | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ    |
| ๓. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร | สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ            |
| ๔. ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์          | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |

## สาระสำคัญของวาระ

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๓๓ ได้มีมติ ( Decision EB๑๓๓ (๒)) ให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกพัฒนากรอบความร่วมมือกับ non-State actors โดยในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๓๔ ฝ่ายเลขานุการการประชุมฯ ได้จัดทำรายงานสรุปวัตถุประสงค์หลักการ และขอขยายความร่วมมือ รวมทั้งค่านิยมของ non-State actors การระบุระดับการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง non-State actors และ WHO ตลอดจนนำเสนอผลประโยชน์ (Benefits) ที่ WHO จะได้รับประโยชน์จากความร่วมมือกับ non-State actors และข้อควรระวัง (Risks) ในการร่วมมือ ทั้งนี้ ได้กำหนดหลักการ (Principles) ความร่วมมือที่สำคัญ ๕ ข้อ ดังนี้

๑. ความร่วมมือก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางการสาธารณสุขที่ชัดเจน (Demonstrate a clear benefit to public health)
๒. เคารพการทำงานขององค์การอนามัยโลกที่เป็นหน่วยงานรัฐระหว่างประเทศ (Respect the intergovernmental nature of WHO)
๓. สนับสนุนและส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และเชิงวิทยาศาสตร์ในการทำงาน (Support and enhance the scientific and evidence-based approach that underpins WHO's work)
๔. ไม่มีข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ ( Be actively managed so as to reduce and mitigate any form of risks to WHO (including conflicts of interests))
๕. มีความโปร่งใส เปิดเผย แสดงรายละเอียดของความร่วมมือ ตรวจสอบได้ มีความซื่อตรง และความสนใจร่วมกัน (Be conducted on the basis of transparency, openness, inclusiveness, accountability, integrity, and mutual interests)

วาระนี้ยังได้นำเสนอร่างกรอบนโยบายความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับ non-State Actors แยกเฉพาะเป็นรายกลุ่ม ๔ กลุ่ม ได้แก่ Non-governmental organization, private sector entities, philanthropic foundations และ academic institutions โดยเบื้องต้นได้กำหนดขอบเขตของความร่วมมือออกเป็น ๕ รูปแบบคือ participation, resources, evidence, advocacy และ technical collaboration

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกได้อภิปรายต่อร่างกรอบความร่วมมืออย่างกว้างขวางโดยเฉพาะร่างกรอบความร่วมมือกับองค์กรเอกชน (Private sector entities) โดยทั่วไปแบ่งตามการสนับสนุนต่อร่างความร่วมมือฯ ได้ ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. สนับสนุนร่างกรอบความร่วมมือฯ โดยไม่มีข้อแก้ไข ด้วยเห็นว่าความร่วมมือนี้จะนำไปสู่การส่งเสริมการพัฒนาการทำงาน โดยใช้งบประมาณและความเชี่ยวชาญของ non-State actors
๒. สนับสนุนร่างกรอบความร่วมมือฯ โดยมีข้อกังวลในประเด็นความโปร่งใส COI ความเสมอภาคของ non-State actors และขอให้แก้ไขรายละเอียดของกรอบความร่วมมือในประเด็นดังกล่าว
๓. ไม่สนับสนุนร่างกรอบความร่วมมือฯ โดยให้เหตุผลว่า non-State actors ที่เข้ามาอาจมีวัตถุประสงค์ซ่อนแฝง และใช้เงินสนับสนุนการทำงานของ WHO เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง

เนื่องจากไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ได้มีการประชุมนอกรอบ (Drafting group) ในประเด็นนี้ถึงสามครั้ง แต่ไม่บรรลุความเห็นชอบร่วมกันต่อร่างกรอบความร่วมมือฯ เนื่องจากข้อกังวลด้านการคัดเลือกสมาชิก และ COI ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง หลายประเทศขอเวลาในการศึกษาเอกสารและขอตัวอย่าง practice ที่ WHO ทำงานกับกลุ่ม non-State actors ที่ผ่านๆ มา ทั้งที่ดำเนินการได้ดีและที่มีปัญหา และในที่สุดที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ ได้มีมติ (Decision) ให้ประเทศสมาชิกส่งข้อ comments และข้อคำถามต่อร่างกรอบความร่วมมือฯ ไปยังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกภายในเวลาที่กำหนด (รายละเอียดปรากฏในสรุปผลลัพท์ของวาระ)

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยสนับสนุนให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกและ non-State actors โดยเสนอให้ non-State actors ได้เข้ามา มีบทบาทในการตัดสินใจร่วมกับประเทศสมาชิก เช่นเดียวกับการดำเนินงานของ Global Fund สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานนอกภาครัฐ เป็นคณะกรรมการ

แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยแสดงความกังวลในประเด็นข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นกระบวนการคัดเลือก จำนวน และบทบาทของ non-State actors ในการปฏิสัมพันธ์กับองค์การอนามัยโลกจำเป็นต้องมีการพิจารณาอย่างระมัดระวัง

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ ได้มีมติ (Decision) ดังนี้

๑. ให้ประเทศสมาชิกส่งข้อความ ข้อกังวลต่อร่างกรอบความร่วมมือฯ ไปยังผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ภายในวันที่ ๓๗ มิถุนายน ๒๕๕๗
๒. เรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจัดทำรายงานที่ครอบคลุมข้อ comments และข้อความของประเทศสมาชิกต่อร่างกรอบความร่วมมือฯ และคำตอบหรือคำอธิบายต่อข้อ comments และข้อความดังกล่าวให้แล้วเสร็จภายใน กรกฎาคม ๒๕๕๗
๓. ให้การประชุม Regional Committees ประจำปี คศ ๒๐๑๔ มีวาระในการอภิปรายในประเด็นนี้ โดยใช้เอกสาร the draft framework of engagement with non-State Actors (A๖๗/๓) และ รายงานที่ระบุในข้อ (๒) ในการอภิปราย และเรียกร้องให้ Regional Committees ส่งรายงานการประชุมในประเด็นนี้ไปยังสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ ผ่านคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก
๔. เรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกส่งเอกสารให้ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๓๖ ที่จะจัดขึ้นในเดือนมกราคม คศ ๒๐๑๕ โดยให้ประเทศสมาชิกได้รับเอกสารดังกล่าวภายใน กลางเดือนธันวาคม คศ ๒๐๑๔ เพื่อให้มีเวลาในการศึกษาเอกสารและเตรียมการในการเข้าร่วมการประชุม ข้างต้นที่เพียงพอ

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข** (สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

## การทำงานในระดับประเทศ

๑. จัดประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็นต่อร่างกรอบความร่วมมือระหว่าง องค์การอนามัยโลกกับ non-state actors (เอกสาร A๖๗/๓)
๒. ส่งข้อคิดเห็นดังกล่าวให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกภายในวันที่ ๓๗ มิถุนายน ๒๕๕๗
๓. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อติดตามประเด็นนี้อย่างใกล้ชิดและประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ WHO reform ในการเตรียมความพร้อมในการประชุม Regional Committee ในเดือนกันยายน ๒๕๕๗ และการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๓๖

## การทำงานในระดับนานาชาติ

๑. เป็น Focal point ในการประสานกับประเทศสมาชิกของ SEAR ในประเด็นนี้และประเด็นอื่นๆ ของ WHO reform
๒. ติดตามความก้าวหน้าของ WHO reform ที่มีกรอบการอภิปรายในเวทีอื่นๆ

**Intervention on agenda ๑๑.๓ Framework of engagement with non-State actors**

Read by ทพญ.วริศรา พานิชเกรียงไกร (๒๐/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you Chair,

My delegation commends the hard work of the secretariat to prepare the framework of engagement with non-state actors and the draft WHO policy and operational procedures on engagement.

After reviewing these documents, we support the draft framework with five categories of non state actors. Theoretically the definition of each category is clear, but we quite concern the implementation of the categorization as we can learn from the past experience of IMPACT, and some foundations established by international pharmaceutical industries.

Chair,

The world has changed so much after ๑๙๔๘ when we started WHO. The roles of the Non State Actors increased a lot especially in the last decade. Non State Actors are now well recognized as equal partners with states in many global health mechanisms. The board of the Global Fund has ๕ out of its ๒๐ voting members from the Non State Actors.

In Thailand, several of our newly established independent public health agencies like the National Health Security Office which manage the UHC scheme, the Thai Health Promotion Foundation based on sin tax, and the National Health Commission Office, all have adequate representation of Non State Actors in their board members, with equal status to the state actors.

Chair,

We are of the view that it is the time to move the governing structure of WHO to involve the Non State Actors at the same level to the member states. It'd be better and more transparent to have them on the table rather than putting them to work behind the scene with member states.

Of course, we are aware of the issue of Conflict of Interest and risk. But Conflict of Interest and risks are there for us to manage. Risk means also return, or high risk high return. To prevent the potential conflict of interest and exclude health threatening non-state actors, the selection process, number, type of engagement, and term of membership of non-state members will be a huge challenge, and should be carefully considered. Also, WHO should provide a clear exclusion list of products that harm human health.

However, we also need to set up certain conditions to ensure the effective and balance roles of the Non State Actors. We need to agree on appropriate proportion of the Non State Actors in the governing structures so that States are still the main actors. We need to redesign the mechanisms and processes in deliberation towards a resolution based on 'consensus' principle. If we need to vote, the voting systems must motivate all members to move towards the 'consensus' principle. The current voting systems based mainly on majority, which may not adequately motivate towards consensus.

Thank you, Chair.

## Agenda ๑๑๔: Financing dialogue

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. อินทรา ยมาภัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร	สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ
๓. ดร. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๔. นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

การเจรจาการเงินการคลัง (Financing Dialogue) ระหว่าง WHO รัฐสมาชิกและผู้บริจาคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ส่งเสริมการจัดสรรงบประมาณขององค์การอนามัยโลกให้สอดคล้องกับแผนงาน (Program Budget) โดยใช้แผนงานเป็นตัวตั้งและจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับภาระงานมากขึ้น
๒. ส่งเสริมความแน่นอนและความยืดหยุ่นของงบประมาณโดยเฉพาะในส่วนของ voluntary contribution ที่องค์การอนามัยโลกได้รับ
๓. ส่งเสริมความโปร่งใสด้านงบประมาณให้รู้แหล่งเงิน เงื่อนไขของผู้บริจาค และสถานะการจัดสรรและการใช้งบประมาณขององค์กรทุกระดับ

เริ่มการหารือครั้งแรกในวันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ และครั้งที่สอง (Follow up meeting) จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๕-๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖ ผลลัพธ์ที่สำคัญแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการเจรจาการเงินการคลัง ดังนี้

๑. การคาดการณ์งบประมาณ (Predictability) ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ อยู่ที่ประมาณร้อยละ ๖๐ ของงบประมาณที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งงบประมาณที่ได้รับมากกว่างบประมาณในช่วงระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๒-๑๓ ในช่วงเวลาเดียวกัน สถานะ ณ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ WHO สามารถระดมทุนได้แล้วคิดเป็นร้อยละ ๗๔ ของงบประมาณปี ค.ศ. ๒๐๑๔-๒๐๑๕

๒. ความสอดคล้องและความยืดหยุ่นของงบประมาณ (Alignment และ Flexibility) ถึงแม้ว่าการเจรจาการเงินการคลังได้ขอให้ผู้สมทบเงินงบประมาณ (Donors) พิจารณาไม่ระบุโครงการเฉพาะ (project level) ที่ต้องการสนับสนุน โดยอาจเพียงระบุในระดับ program level หรือ category level เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นในการจัดสรรงบประมาณ แต่อย่างไรก็ตามการจัดสรรงบประมาณยังเป็นไปตามความประสงค์ของผู้บริจาค

๓. ความโปร่งใส (Transparency) ได้มีการเปิดตัว Programme budget [web portal](#) และนำเสนอผลการดำเนินการและงบประมาณที่ใช้ไป ซึ่งได้รับการตอบรับค่อนข้างดี

๔. ความอ่อนไหวด้านการเงิน (Vulnerability) ปัจจุบันผู้สมทบเงินงบประมาณรายใหญ่ของ WHO มีอยู่ทั้งหมด ๒๐ ราย (คิดเป็น ๒๐ % ของเงินบริจาค) โดย ๑๑ รายไม่ใช่ประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกโดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางพิจารณาสนับสนุนเงินบริจาคสมทบ (Voluntary Contribution: VC) เพิ่มเติมจากค่าธรรมเนียมสมาชิก (Assessed Contribution: AC) และเห็นความจำเป็นต้องสรุปรอบการร่วมมือกับหน่วยงานนอกภาครัฐ (Framework of engagement with non-state actors) ให้แล้วเสร็จโดยเร็วเพื่อช่วยในการขยายฐานของผู้บริจาคให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ในส่วนของ Financing of administration and management ได้มีการอภิปรายในประเด็นการบริหารจัดการการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า การจัดทำงบประมาณโดยรวมเงินที่ได้จากการบริจาคและเงินสมทบ (VC+AC) การแยกงบประมาณการบริหารจัดการของโปรแกรมออกจากงบของแผนงาน โดยงบการบริหารจัดการให้ใช้เงินบริจาค (VC) การแยก [Stewardship and governance](#) เป็น Category ต่างหาก

กล่าวโดยรวมว่า กลไกการเจรจาการเงินการคลังเพิ่มการระดมเงินทุน เพิ่มความยืดหยุ่นในการจัดสรรงบประมาณและความโปร่งใส เห็นควรให้มีการเจรจาการเงินการคลังต่อไป แต่อย่างไรก็ดี คณะผู้ประเมินอิสระได้มีข้อเสนอแนะต่อองค์การอนามัยโลกในการเจรจาการเงินการคลังในระยะต่อไป ดังนี้

๑. ควรจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพโลก
๒. ขยายระยะการดำเนินการเจรจาการเงินการคลังจากระยะสั้น (๒ ปี) เป็นระยะกลาง (๖ ปี)
๓. แผนวการเจรจาการเงินการคลังให้อยู่ในยุทธศาสตร์การจัดสรรทรัพยากรขององค์การอนามัยโลก (WHO's resource mobilisation strategy)
๔. สร้างความเชื่อมั่นของผู้บริจาคต่อการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก
๕. เพิ่มความโปร่งใสในการจัดสรรงบประมาณจากเงินบริจาคสมทบเพิ่มเติมจากค่าธรรมเนียมสมาชิก
๖. ทำการประเมินผล web portal เพื่อพัฒนาปรับปรุงให้ web portal มีประสิทธิภาพสูงสุด
๗. เสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกเพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากกลไกการเจรจาการเงินการคลัง
๘. ทำการประเมินผลการเจรจาการเงินการคลังระหว่างกลางปีงบประมาณ (mid-term review)
๙. ควรมี focus ของการประชุมการเจรจาการเงินการคลังที่ชัดเจน เชิญผู้เข้าร่วมประชุมจากหลากหลายภาคส่วนและส่งเสริมให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมการประชุมที่มากยิ่งขึ้น

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ**

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนกลไกการเจรจาการเงินการคลัง และขอให้องค์การอนามัยโลกรับข้อเสนอแนะจากคณะผู้ประเมินอิสระไปปรับปรุงการเจรจาการเงินการคลังในระยะต่อไป

#### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ให้การสนับสนุนการเจรจาการเงินการคลังโดยเห็นว่ากลไกนี้ควรมีความโปร่งใสและเพิ่มการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก Donors และ non-state actors ให้มากขึ้นในการดำเนินการในระยะต่อไป

#### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมรับทราบรายงานผลการประเมินการเจรจาการเงินการคลังและเห็นว่าควรใช้กลไกนี้เป็นเครื่องมือในการระดมเงินทุนและส่งเสริมความยืดหยุ่นและความโปร่งใสในการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแผนงานขององค์การอนามัยโลกในปีงบประมาณถัดไปและขอให้องค์การอนามัยโลกรับข้อเสนอแนะจากคณะผู้ประเมินอิสระไปปรับปรุงการเจรจาการเงินการคลังในระยะต่อไป

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข** (สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

#### **การทำงานในระดับประเทศ**

สนับสนุนและติดตามการเจรจาการเงินการคลังอย่างใกล้ชิดและให้ความคิดเห็นต่อการเจรจาการเงินการคลังขององค์การอนามัยโลกในระยะต่อไป

#### **การทำงานในระดับนานาชาติ**

ประสานงานกับคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวาในประเด็นนี้อย่างใกล้ชิดและนำเสนอข้อคิดเห็นต่อกลไกการเจรจาการเงินการคลังขององค์การอนามัยโลกในการระดมทุนและการจัดสรรทรัพยากรสำหรับปีงบประมาณสมัยถัดไป

**Intervention on agenda ๑๑.๔ Financing Dialogue**

Read by Suriwan Thaiprayoon (๒๐ May ๒๐๑๔)

Thank you Chair,

My delegation appreciates the very informative report prepared by the secretariat. We do agree with the dynamic environment, the new and innovative financial management which would help WHO to cope with radical changes through activities under financial dialogue. After reading through the report, we would like to raise three key concerns on the financial dialogue.

First, from the external evaluation report, it is not surprising that ๙๙% of the survey respondents want WHO to be transparent about the budgeting process, and ๙๗% want to see the improved transparency in WHO funding process. However, this implies that the performance of the financial dialogue is not improved enough given that almost respondents would like to see the improvement in transparency of the WHO. We would urge the Director General to give priority on the transparency in budgeting and funding processes.

Second, we would like to recommend that the core value of financial dialogue should be seriously taken into account; for example, cost savings and innovative financial management. This is to prove that the activity meets the real objective and it is cost-effective enough to continue spending the limited financial resources of the organization.

Lastly, we support that the set up and ways of proceeding financial dialogue should be changed. This is not only to avoid the misunderstanding of financial dialogue with other WHO meetings but also stimulate the fruitful discussion among participants. We requested the secretariat to do more homework to create the enabling environment for innovative financial dialogues.

Thank you, Chair.

**Agenda ๑๑.๖ : Financing of administrative and management costs****ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

๒. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

๓. นพ.ภูษิต ประคองสาย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สาระสำคัญของวาระ**

วาระนี้เป็นหนึ่งวาระย่อยของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก (WHO reform) ซึ่งมีทั้งหมด ๖ วาระย่อย จากเอกสารประกอบการประชุม A๖๗/๑๐ กล่าวถึงงบประมาณการบริหารและการจัดการด้านการเงินการคลัง (Financing of administrative and management costs) โดยกล่าวถึงคำจำกัดความของการบริหารและการจัดการ ที่ต้องการการนิยามที่ชัดเจน งบประมาณขององค์การอนามัยโลกแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ๑) ค่าใช้จ่ายของโครงสร้างพื้นฐาน และการสนับสนุนการบริหาร (infrastructure and administrative costs) ซึ่งคาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายจำนวน ๕๘๐



ล้านเหรียญสหรัฐ ในปีงบประมาณ ๒๐๑๔ - ๒๐๑๕ ๒) การดูแลและอภิบาลองค์การอนามัยโลก(Stewardship and governance) ซึ่งจัดอยู่ใน Category ของแผนงบประมาณ ๖ ซึ่งคาดว่าจะมีค่าใช้จ่ายจำนวน ๔๖๐ ล้านเหรียญสหรัฐ ในปีงบประมาณ ๒๐๑๔-๒๐๑๕ โดยรายงานของฝ่ายเลขานุการได้กล่าวถึงการจัดสรรเงินงบประมาณที่เหมาะสมและมีความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณของแต่ละ Category และมีข้อเสนอในการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ ๒๐๑๖ - ๒๐๑๗ ดังนี้

- แยกค่าใช้จ่ายของ Stewardship and governance ออกมาเป็นอีกหนึ่ง category
- จัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายของ Infrastructure and administration ให้กับทุก category (มีทั้ง technical categories) ที่เป็น Direct charges ของแต่ละแผนงานโดยไม่จำกัดแหล่งเงิน (อาจมาจากทั้ง AC หรือ VC) (ส่วน Indirect costs ของแผนงานให้ใช้งบประมาณที่จัดสรรไว้สำหรับสนับสนุนแผนงาน (Programme support cost mechanism)

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศอิตาลี เลบานอน ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย อาร์เจนตินา กาตาร์ และสหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญกับงบประมาณการบริหารและการจัดการด้านการเงินการคลังขององค์การอนามัยโลก การทำบัญชีให้โปร่งใสเป็นสิ่งจำเป็น กรรมการิการด้านงบประมาณ (Programme, Budget and Administration Committee) ต้องให้ข้อเสนอแนะในการควบคุมค่าใช้จ่าย เนื่องจาก fix cost ของ WHO สูงขึ้นจนอาจเป็นอุปสรรคในการบริหารงบประมาณโดยรวม หาก Assessed Contributions ยังไม่เพิ่ม ซึ่งประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ควรเพิ่มเงินค่าสมาชิกสมทบแบบสมัครใจ (Voluntary Assessed Contribution) นอกจากนั้นความเห็นของประเทศสมาชิกอื่น ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับประเทศไทย เช่น ให้ความสำคัญกับการเจรจาทางการเงินการคลัง (financing dialogue) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำหรับจัดสรรทรัพยากร และมีข้อกังวลในการเพิ่มสัดส่วนเงินสมทบจากประเทศสมาชิก

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

Intervention ของไทยได้กล่าวถึงงบประมาณส่วนที่เป็นการบริหารจัดการและดูแลกำกับทิศทาง (Stewardship and governance) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญขององค์กร งบประมาณที่จัดสรรให้ส่วนใหญ่มาจากเงินบริจาค (Voluntary Contributions) ซึ่งเป็นงบประมาณที่คาดการณ์แน่นอนไม่ได้ ประเทศไทยเห็นด้วยกับการเพิ่มสัดส่วนเงินสมทบจากประเทศสมาชิก (Assessed Contributions) ซึ่งปัจจุบันมีสัดส่วนน้อยกว่าเงินบริจาค ควรหาวิธีการเพิ่มงบประมาณในส่วนนี้เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางการเงินการคลังในการบริหารงาน ประเทศไทยสนับสนุนให้องค์การอนามัยโลกใช้การเจรจาทางการเงินการคลัง (financing dialogue) เป็นเครื่องมือในการระดมเงินทุนจากประเทศสมาชิก ผู้บริจาค องค์กรต่างๆนอกภาครัฐ และให้การสนับสนุนการจัดงบประมาณที่มีความยืดหยุ่นและเพิ่มความโปร่งใสในการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับการปฏิรูปการเงินการคลังขององค์การอนามัยโลก และเร่งรัดการจัดทำกรอบความร่วมมือกับ Non State Actor ให้แล้วเสร็จโดยเร็วเพื่อเป็นการขยายฐานจำนวนของผู้บริจาค(contributors) นอกจากนั้นประเทศไทยต้องการเห็นองค์การอนามัยโลกจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณ การบริหารและการจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ฝ่ายเลขานุการรับข้อกังวลของประเทศสมาชิกและที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ รับรองรายงาน Ab๖/๑๐

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรเกาะติดและมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะในเรื่อง WHO reform ทั้งในส่วนของการเจรจาทางการเงินการคลัง (financing dialogue) และการ

จัดทำกรอบความร่วมมือกับ Non State Actor เนื่องจากเป็นประเด็นที่เชื่อมโยงกับงบประมาณการบริหารและการจัดการด้านการเงินการคลัง

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

ควรมีผู้แทนประเทศไทยทำหน้าที่เป็น Health Attache เพื่อเกาะติดสถานการณ์และเฝ้าดูการดำเนินงานด้านงบประมาณการบริหารและการจัดการด้านการเงินการคลังในการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกอย่างจริงจัง นอกเหนือไปจากผู้แทนกระทรวงต่างประเทศที่นครเจนีวา เนื่องจากประเทศไทยจะได้รับแต่งตั้งเป็นสมาชิกคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ในปี ๒๕๕๘

#### Intervention on agenda ๑๑.๖ Financing of administrative and management costs

Read by Jaruyaporn (๒๐/May/๒๐๑๔)

Chairperson,

My delegation appreciates the report of financing of administrative and management costs prepared by the secretariat. This is in fact very important for effective budgeting and resource management.

As highlighted in the report, the shortcomings of administrative and management costs are due to misappropriation of accounting categories. Stewardship and governance, considered as a backbone of organization management depends mainly on the part of voluntary contributions, which is unpredictable. We concur with the suggestion that this category should be funded from assessed contributions rather than voluntary contributions which could provide more financial security for efficient staff of the WHO. However, assessed contributions are relatively small and need to be increased.

For the proposal on financing infrastructure and administrative support, it would work in principle, if budget or contributions are predictable and highly flexible to manage. But this is not easy. We would encourage the WHO to continue having financing dialogues with contributors and also conclude the framework of engagement with non-state actor shortly, in order to broaden the base of contributors.

We agree with the recommended approaches for defining, budgeting and financing administrative and management costs and look forward to seeing the short and long-term effective strategy for budgeting and financing of administrative and management costs of the WHO in the near future.

Thank you, Chair

## Agenda ๑๒๑ : Draft global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ.วรรณภา หาญเชาว์วรกุล	กรมควบคุมโรค
๒. พญ.हरรรษา รักษาคม	กรมควบคุมโรค
๓. นพ.นวันรณ ธีระอัมพรพันธุ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๔. พญ.อรรทยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง	กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- ในปี ๑๙๙๓ WHO's declaration ประกาศให้ วัณโรค จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของโลก หลังจากที่ถูก ละเลยมาเป็นระยะเวลาานาน และได้ช้ยุทธศาสตร์ DOTS และบรรลุเป็นตัวชี้วัดใน MDG
- Stop TB Partnership และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญได้จัดทำ Global Plan ๒๐๐๖ - ๒๐๑๕ และ WHA รับรอง resolution WHA ๖๒.๑๕ เพื่อการป้องกันและควบคุม MDR-TB และ XDR-TB ทั่วโลก
- ในการประชุม WHA สมัยที่ ๖๕ มีมติให้องค์การอนามัยโลกรายงานสรุปลสถานการณ์ และนำเสนอยุทธศาสตร์ การดำเนินการแบบบูรณาการภาคีเครือข่าย และตั้งเป้าหมายในการดำเนินงานใหม่ภายหลังปี ๒๐๑๕ เพื่อเสนอ ต่อที่ประชุม WHA สมัยที่ ๖๗
- ในปี ๒๐๑๓ Strategic and Technical Advisory Group for Tuberculosis เห็นชอบในหลักการการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในระยะต่อไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องได้ ร่วมกันจัดทำ Global plan ซึ่งมีวิสัยทัศน์ “A world free of tuberculosis” และเป้าหมาย คือ “End the global tuberculosis epidemic” และได้เสนอ milestones สำหรับปี ๒๐๒๕ และ targets สำหรับ ๒๐๓๕
- แนวทางการดำเนินการแบ่งเป็น ๓ pillars คือ ๑. Integrated, patient-centered care and prevention ๒. Bold policies and supportive systems และ ๓. Intensified research and innovation รวมทั้งมีการ จัดทำ draft resolution เพื่อรับรอง global strategy and targets ดังกล่าว และขอให้ประเทศสมาชิกนำไป ปรับใช้ จัดทำระบบติดตามและประเมินผล และให้ความสำคัญในการป้องกัน persistence of high-incidence rates ของวัณโรคในบางกลุ่มประชากร รวมทั้งขอให้ WHO Director-General ให้การสนับสนุนในส่วนที่ เกี่ยวข้อง

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

๑. ในภาพรวม ประเทศสมาชิกกว่า ๕๐ ประเทศ สนับสนุน draft global strategy และยอมรับว่าเป้าหมายตาม แผนเป็นเป้าหมายที่ท้าทาย แต่เป็นไปได้และต้องมีการร่วมมือกันอย่างจริงจัง
๒. ประเด็นท้าทายอื่นๆ ที่ประเทศสมาชิกกล่าวถึง เช่น ปัญหา HIV/TB, การวินิจฉัยและรักษา multi-drug resistant TB, การให้ความสำคัญกับ vulnerable populations ซึ่งรวมถึง migrant populations ด้วย, ปัญหาวัณโรคในเด็ก, ความสำคัญของ social protections ต่อการแก้ปัญหาวัณโรค รวมทั้งความจำเป็นที่ จะต้องมีแนวทางการนำ global strategy ดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อไม่ให้เป็นเพียง strategy ใน อากาศ ที่ไม่บรรลุผลในทางปฏิบัติ
๓. บางประเทศ เช่น ราชอาณาจักรโมร็อกโก และสาธารณรัฐโคลอมเบีย ได้กล่าวถึงบทบาทและความสำคัญของการ ร่วมมือกับภาคเอกชนในการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาชุดวินิจฉัยและวิธีการรักษาใหม่
๔. ประเทศจาเมกาและสหพันธ์สาธารณรัฐแทนซาเนียแสดงความกังวลในเรื่องการดำเนินการด้าน social protection ใน draft global strategy และประสงค์ให้เน้นเฉพาะมิติด้านสุขภาพโดยตรง (ในประเด็นนี้ ทาง

WHO Secretariat ให้ข้อคิดเห็นว่าในบางประเทศมีความท้าทายในการจัดการในมิติทางสังคม แต่เนื่องจากมิติทางสังคม เช่น poverty และ stigmatization and discrimination เป็น social determinants of health ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาวัณโรค Secretariat จึงเห็นว่าจำเป็นจะต้องรวมมิติทางสังคมและ social protection เข้ามาใน global strategy

- ๕ สหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปียแสดงความกังวลว่าตัวชี้วัดใน draft global strategy and targets (เช่น catastrophic costs) ไม่มีนิยามที่ชัดเจน และยังไม่มีการกำหนดวิธีการคำนวณที่เหมาะสม
- ๖ สหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปียและสาธารณรัฐซิมบับเวเสนอแก้ไข operative paragraph ๒ (๑) เพื่อให้การนำ global strategy ไปปรับใช้ สอดคล้องกับบริบทของประเทศ ดังนี้ OP๒ URGES all Member States: (๑) to adapt the strategy “in line with national priorities and specificities”

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- สนับสนุน One-voice regional statement โดยสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ในนาม South-East Asia Region และสนับสนุน draft global strategy และ targets ในภาพรวม
- แสดงความกังวลเกี่ยวกับตัวชี้วัดบางตัว เช่น Percentage of affected families facing catastrophic costs due to tuberculosis ซึ่งแม้ social and financial protection จะมีความสำคัญกับการจัดการวัณโรค แต่บางประเทศอาจไม่มีความพร้อมในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะ low- and middle-income countries นอกจากนี้ เห็นว่า การติดตามตัวชี้วัดเกี่ยวกับ catastrophic costs สำหรับวัณโรคโดยใช้วิธีการที่ออกแบบเฉพาะ จะไม่มีความคุ้มค่า จึงเสนอว่าระบบ monitoring ดังกล่าวควรรวมเป็นส่วนหนึ่งของ health financial observatory system แทน รวมทั้งขอให้มีการสนับสนุนวิชาการและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบข้อมูลมากยิ่งขึ้น
- Global strategy ควรเน้นประชากรกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น ซึ่งรวมถึงประชากรข้ามชาติ (migrants), ผู้ต้องขัง และ heavy alcohol users ซึ่งจำเป็นจะต้องมีแนวทางใหม่ๆ โดยเฉพาะด้าน health financing และ tailored service system เพื่อแก้ปัญหาวัณโรคทั้งที่ดื้อยาและไม่ดื้อยาในประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ตลอดจนความร่วมมือจากหลายภาคส่วนซึ่งมีความจำเป็นอย่างมาก
- เสนอแก้ไข draft resolution ใน operative paragraph ๔(๑) โดยเพิ่มคำว่า “, including migrant populations,” ท้ายคำว่า “vulnerable communities” เป็นดังนี้ “OP๔ REQUESTS the Director-General: (๑) to provide guidance to Member States on how to adapt and operationalize the strategy, including the promotion of cross-border collaboration to address the needs of vulnerable communities including migrant populations and the threats posed by drug resistance;”

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

มติเห็นชอบกับการแก้ไข OP๒ (๑) ของสหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปียและสาธารณรัฐซิมบับเว และการแก้ไข OP๔ (๑) ที่ประเทศไทยเสนอ และมีมติเห็นชอบ Global Strategy และ draft resolution EB๑๓๔.R๔

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

- เตรียมการดำเนินการตาม global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕ ตาม resolution ที่ผ่านความเห็นชอบ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศและเชื่อมโยงกับงานป้องกันควบคุมโรคด้านอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันควบคุม HIV/AIDS เป็นต้น

- เน้นการพัฒนาาระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคและพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคและการรักษาที่เหมาะสม สามารถเข้าถึงได้
- พัฒนาระบบการดูแลประชากรข้ามชาติและประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ โดยใช้กลไกที่มีอยู่
- ศึกษาวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคช่วงเปลี่ยนผ่านเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่น ภายหลังจากประเทศไทย graduated จากกองทุนโรค โดยประเทศไทยต้องไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

เนื่องจากทาง WHO Secretariat ได้เสนอว่าขั้นตอนต่อไปหลังจากมีการเห็นชอบ resolution และ global strategy and targets แล้ว จะมีการหารือกับประเทศที่ได้แสดงความเห็นในบางประเด็นที่จะต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมอย่างรอบด้านเพื่อความชัดเจน จากนั้นจะจัดทำแนวทางเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติต่อไป ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรติดตามความก้าวหน้าในเรื่องดังกล่าว รวมทั้งพิจารณาหาช่องทางเพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมให้ความเห็นและจัดทำแผนในขั้นตอนต่อไป

#### Intervention on agenda ๑๒.๑ Draft global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕

Read by Dr. Wanna Hanshaoworakul (๑๗/๐๕/๒๐๑๕)

Thank you, Chairperson,

Thailand aligns itself on the statement made by Myanmar on behalf of ๑๑ Member States of SEAR. My delegation appreciates and supports the draft global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕. However, there are concerns and issue for consideration as follows :

๑. The global indicators, milestones and targets should be challenging and achievable. We need to install and strengthen monitoring and evaluation mechanism in order to track the achievement. Chair, let us pinpoint to the indicator in Pillar ๒ D, social protection and social determinants, “Percentage of affected families facing catastrophic costs due to tuberculosis”. This indicator reflects the very important aspect, linking TB control program and social and financial protection, which is one ultimatum of our health system. However, the system preparedness, particularly in low and middle income countries to collect and analyse the data on catastrophic TB is somewhat problematic, close to infeasible in many settings. Furthermore, having isolated system to monitor Catastrophic TB is not cost effective approach, this monitoring should be integrated into bigger health financial observatory system in any society.

๒. The global strategic plan should more emphasize on high risk population groups. High risk groups also mean difficulty, but it is also true that high risk comes with high return. These population groups are, Chair, for examples, migrants, prisoners and heavy alcohol users. We need innovative approaches, particularly on health financing and tailored service system, to tackle TB, MDR TB and XDR TB in these high risk groups. This is also where across-sector partnership is a must, in gearing health service system.

We support the EB~~104~~R~~4~~ resolution and would emphasize on some issues which deem important as follows :

The data system and indicators are crucial to measure changes. It is one of the most important component of good evaluation. Therefore, we would urge WHO, Member States and development partners to provide technical support and strengthen the information system to make the data available, timely and accurately.

In addition, Thailand would like to propose one minor and friendly amendment in OP~~4~~, subpara ๑, in the ๓rd line. This is to insert the clause, “including migrants” after the words “vulnerable communities”. So it would read “To provide guidance to Member States on how to adapt and operationalize the strategy, including the promotion of cross border collaboration to address the needs of vulnerable community including the migrant population and the threats posed by drug resistance.

Thank you, Chair.

## Agenda ๑๒๒ : Global vaccine action plan

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ธนิษฐา ดิษฐสุวรรณ	กรมควบคุมโรค
๒. ดร.นพ.นวนรรณ อีระอัมพรพันธุ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. พญ.อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง	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/ตัวชี้วัดที่จะติดตามการดำเนินงานเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ Goal-level indicators and targets (by ๒๐๑๕ and ๒๐๒๐) และ ๑๔ เป้าหมาย และ strategic objective-level indicators ๑๖ ตัวชี้วัด
- ในปีนี้เป็นารายงานความก้าวหน้าตามที่กำหนด (กำหนดทุกปีถึง ๗๑<sup>st</sup> WHA) โดยเน้นประเด็นสำคัญได้แก่
  ๑. การปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูล immunization coverage และข้อมูลเฝ้าระวัง vaccine-preventable disease
  ๒. การปรับปรุงความครอบคลุมในการให้วัคซีน (immunization coverage)
  ๓. เร่งดำเนินการเพื่อกำจัดโรคที่สำคัญ เช่น โปลิโอ, neonatal tetanus, measles และ rubella/congenital rubella
  ๔. สร้างความเป็นเจ้าของของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ (Country Ownership)

- การประชุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความก้าวหน้าตามกำหนดและรับฟังข้อคิดเห็นจากประเทศสมาชิก เพื่อการพัฒนาให้บรรลุตามแผน

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศต่างๆ แสดงความเห็นสนับสนุนความสำคัญของ immunization และสนับสนุน Global Vaccine Action Plan ว่าเป็นทิศทางการพัฒนาที่เหมาะสม รวมทั้งมีการนำเสนอประสบการณ์และความก้าวหน้าในประเทศของตน ซึ่งรวมถึงปัญหาและข้อจำกัดของประเทศในการบรรลุเป้าหมายในบางโรค เช่น measles เป็นต้น
- ประเด็นที่มีการกล่าวถึงเป็นพิเศษคือเรื่อง cost and affordability of vaccines ซึ่งประเทศที่ GAVI-eligible ก็ จะแสดงความขอบคุณ The GAVI Alliance ที่ช่วยสนับสนุนให้เข้าถึง vaccine ได้ในราคาถูก และสนับสนุน โครงการ GAVI Replenishment of Vaccines แต่ประเทศ middle income countries ที่ graduate จาก GAVI-eligible หรือ non-GAVI-eligible เรียกร้องให้มีการใช้กลไกต่างๆ ที่เหมาะสมเพื่อให้มีวัคซีนที่มีราคา เข้าถึงได้ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลต้นทุนการผลิตวัคซีน
- หลายประเทศกังวลเรื่องการบริหารจัดการวัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็นและความมั่นคงด้านวัคซีน (Vaccine security) เพื่อให้มีเพียงพอ มีคุณภาพ ครอบคลุมการขนส่งวัคซีนที่ดีภายใต้ระบบลูกโซ่ความเย็นและความ เข้มแข็งของ National Regulatory Authority ที่ดูแลความปลอดภัยและคุณภาพวัคซีน
- ประเทศสมาชิกได้กล่าวสนับสนุนให้มีการลงทุนและให้ WHO จัดทำแนวทางสำหรับการปรับปรุงคุณภาพของ ข้อมูลและระบบข้อมูลให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมทั้งเสนอให้ WHO มีระบบรายงานข้อมูลภาพรวมทั่วโลก (global dashboard) ในเรื่องนี้ [สหรัฐอเมริกา] ซึ่ง WHO Secretariat สนับสนุนข้อเสนอนี้
- ประเด็นอื่นๆ ได้แก่ ความสำคัญของ social media ซึ่งปัจจุบันถูกนำมาใช้เผยแพร่ข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับวัคซีน โดยเฉพาะจากสมาชิกกลุ่มต่อต้านการใช้วัคซีน ทำให้เกิดผลกระทบต่อความครอบคลุมวัคซีน จึงควรมีการ พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง รมรงค์ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นเรื่อง อาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI: Adverse Events Following Immunization)

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- รับทราบรายงานและสนับสนุนการดำเนินการตาม Global Vaccine Action Plan ตลอดจนการทำงานร่วมกัน ขององค์กรต่างๆ และประเทศสมาชิก
- เสนอให้ WHO และองค์กรต่างๆ ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับ national programme management และการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ immunization ทุกระดับ
- ตอกย้ำความสำคัญของการเข้าถึงวัคซีนที่มีราคาเหมาะสมและความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว โดยใช้ ยุทธศาสตร์ต่างๆ เช่น การพัฒนาศักยภาพการผลิตวัคซีนภายในประเทศกำลังพัฒนา การสร้างความเข้มแข็ง ให้กับ national regulatory system (เช่น การขึ้นทะเบียนวัคซีน), กลไกการเข้าถึงวัคซีน และความร่วมมือ เกี่ยวกับ vaccine security รวมทั้งได้ยกตัวอย่างความสำเร็จของโครงการ Vaccine Product Price and Procurement Project และ Global Action Plan for Influenza Vaccine ซึ่งขอให้องค์การอนามัยโลกเป็น แกนกลางในการต่อยอดหรือริเริ่มโครงการต่างๆ เพื่อสนับสนุนความมั่นคงด้านวัคซีนในระยะยาว

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

หลังจาก Secretariat ได้กล่าวสรุปประเด็นและแสดงความเห็นต่อข้อเสนอและประเด็นต่างๆ ที่ประเทศสมาชิกได้ เสนอแล้ว ที่ประชุม WHA ๖๗<sup>th</sup> รับทราบรายงาน

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

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

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันนำ Global Vaccine Action Plan (GVAP) มาปรับสู่การปฏิบัติงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ตามแผนงานให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ การพัฒนา Evidence-informed policy โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นการนำวัคซีนใหม่มาใช้ 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 ติดตามพัฒนาการและการสนับสนุนขององค์กรต่างๆ 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 ๑๒.๒ Global Vaccine Action Plan (GVAP)

Read by Dr. Thanittha Ditsuwan (๒๑/๐๕/๒๐๑๔)

Chairperson,

The Thai delegations welcome the comprehensive report by the Secretariat.

Since the Decade of Vaccines and the Global Vaccine Action Plan have been launched, the global community has achieved quite a number of successes.

Despite these successes, Chair, there are some remaining challenges that Thailand would like to highlight.

First, without competent human resources for health, GVAP is nothing. International organizations, notably the WHO, UNICEF, and GAVI, should pay more attention in health system and health workforce strengthening. These efforts include those to produce, train, manage, retain, motivate and incentivize, promote and monitor these in-demand immunization workforces.



We strongly request our mighty Director-General and other development partners to continue supporting Member States in strengthening the national program management and human resource development on immunization at all levels.

Second, financial sustainability and access to affordable immunization are challenging yet critical in long-term achievement of the GVAP. There are many efficient strategies which could overcome these challenges such as the expansion of vaccine production capacities within developing countries, strengthening national regulatory system particularly vaccine licensing, fostering the mechanisms in accessibility to vaccines, and global/regional collaboration in vaccine security. In this decade, the WHO and development partners put a number of efforts to support countries to be self-reliant through many outstanding projects with significant success, for example, the Vaccine Product Price and Procurement Project and the Global Action Plan for Influenza vaccine.

My delegations request the WHO and development partners to promote and facilitate initiatives to serve these key strategies and contribute to the achievement of vaccine security in our world. Thailand is fully committed to the Global Vaccine Action Plan. We must reach forward, work together, and make this vision become true.

Thank you, chairperson.

## Agenda ๑๒๓ : Hepatitis

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ.हरรรษา รักษาคม	กรมควบคุมโรค
๒. พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. พญ.อรุณญา ลิ้มวัฒนาที่ยัง	กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- โรคไวรัสตับอักเสบบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการป่วยเรื้อรังและเสียชีวิตที่พบบ่อยในประเทศกำลังพัฒนา มีความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคหลายด้าน เช่น การวินิจฉัยได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งติดเชื้อโดยไม่มีอาการ การตรวจวินิจฉัยและการรักษามีราคาแพงทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้
- ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีโดยเฉลี่ยทั่วโลกยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ การบริหารแผนงานป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบบควรบูรณาการกับการป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ และหากมองในเชิงบริหารแผนงานยังขาดทีมผู้จัดการที่รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้โดยตรงในทุกกระดับ เป็นต้น
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๓ ได้รับรอง resolution ๖๓.๑๘ แต่การป้องกันควบคุมตับอักเสบบยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง ไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร
- ในการประชุมครั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ draft resolution EB๑๓๔R๑๘ เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบ โดยเน้นให้ทุกประเทศมีการวางแผนยุทธศาสตร์ป้องกันไวรัสตับอักเสบบ และเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกช่วยแก้ไขปัญหาราคาอุปกรณ์ที่ใช้รักษา ยา และวัคซีน มีราคาแพงและสนับสนุนให้

ประเทศสมาชิกสามารถใช้ข้อจำกัดของกฎหมาย The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights เพื่อให้สามารถเข้าถึงยาจำเป็นได้ รวมถึงมีความเห็นต่างเรื่องการใช้มาตรการ harm reduction

- สำหรับประเด็นที่ประเทศสมาชิกมีความเห็นขัดแย้งกันมากต่อเรื่อง harm reduction ในเอกสาร EB๑๓๔.R๑๘ (PP๑๔ และ OP๑๔) นั้น เมื่อ ๓๐ เมษายนที่ผ่านมา มีประชุมอภิปรายอย่างไม่เป็นทางการ ระหว่างประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่ง สหพันธ์สาธารณสุขบราซิลได้รวบรวมความเห็นของฝ่ายที่ขัดแย้งทุกฝ่ายและนำมาปรับแก้ไข ข้อเสนอที่ได้รับฉันทามติจากที่ประชุมและจะนำเสนอเพื่อพิจารณาในการประชุมครั้งนี้
- การประชุมสมัชชา สมัยที่ ๖๗ นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรับรองร่าง resolution EB๑๓๔.R๑๘

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุน Resolution EB ๑๓๔.R๑๘ ส่วนประเด็นข้อกังวลในการแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้

- การเข้าถึงเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อการป้องกันโรค การวินิจฉัยและรักษายังเป็นไปได้ไม่ทั่วถึงเนื่องจากมีราคาแพง
- การพัฒนากำลังคนที่คุณแลงานด้านนี้
- การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อจะทราบขนาดปัญหาที่แท้จริง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการจัดทำ Evidence informed policy เพื่อนำมาตรการต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศและมีความคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- การพัฒนาระบบการป้องกันโรคบูรณาการผ่านยุทธศาสตร์ต่างๆ เช่น blood transfusion safety, harm reduction, food safety
- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนทางวิชาการ ในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนา surveillance system, การพัฒนา evidence-informed policy การพัฒนา hepatitis program management team รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งของ data and network

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุน resolution EB ๑๓๔.R๑๘
- เนื่องจากในปัจจุบันมีเครื่องมือสำหรับการป้องกันควบคุมโรค การวินิจฉัยและรักษามากมาย กอปรกับปัญหาสุขภาพซึ่งมีหลายด้าน ในขณะที่มีทรัพยากรจำกัด ประเทศไทยขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนวิชาการแก่ประเทศสมาชิกในการพัฒนาระบบการตัดสินใจเชิงนโยบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลอย่างรอบด้าน เช่น ภาระโรค programmatic issues ผลกระทบและความมั่นคงด้านงบประมาณในระยะยาว โดยใช้การประเมินเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุน เป็นต้น ทั้งนี้ควรจะมีนโยบายในการให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคให้เหมาะสมกับการรักษา
- ในหลายปีที่ผ่านมา หลายประเทศมีความก้าวหน้าการดำเนินงานด้านนี้แตกต่างกัน การแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีความก้าวหน้าจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้มี Political and financial commitment และมีทีมงานบริหารแผนงานที่มีประสิทธิภาพในทุกระดับ รวมทั้งควรมีการบริหารแผนงานที่บูรณาการกับแผนงานป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกัน เช่น HIV, safety blood, immunization harm reduction and safe injection in healthcare settings เป็นต้น

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรอง draft resolution EB๑๓๔.R๑๘ รวมทั้งประเด็นที่สหพันธ์สาธารณสุขบราซิลขอแก้ไข

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

(กรมควบคุมโรคเป็น hepatitis program manager ในภาพรวมของประเทศ และเชื่อมโยงกับ กรมการแพทย์ที่ดูแลการรักษา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาคการศึกษาซึ่งมีบทบาทศึกษาวิจัยความรู้)

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ควรมีการทบทวนและกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาตับอักเสบ โดยพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยาและภาระโรค สถานการณ์การดำเนินงานในปัจจุบันในหน่วยงานต่างๆ ตามบทบาทภารกิจ งบประมาณที่ใช้ในแต่ละด้านในวงจรการป้องกันควบคุมโรค โดยหารือกับผู้ตัดสินใจระดับนโยบายเพื่อนำสู่การกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานต่อไปตามน้ำหนักความสำคัญในเชิงนโยบาย รวมถึงการจัดให้มี Program management team ในระดับส่วนกลางและในภูมิภาคเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดการแผนงานโดยทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นยุทธศาสตร์การบูรณาการกับแผนงานอื่นๆ และการให้น้ำหนักความสำคัญที่เหมาะสมระหว่างการป้องกันและการรักษา

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศเพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบในด้านต่างๆ และกระตุ้นให้มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ในองค์การอนามัยโลกในระดับภูมิภาคเพื่อเป็นแกนกลางในการประสาน สนับสนุนและติดตามการดำเนินงานด้านนี้ให้เกิดผลสำเร็จเป็นรูปธรรม
- ติดตามความเคลื่อนไหวของคํารู้สึกสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคและการรักษา รวมทั้งความเคลื่อนไหวประเด็น The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อไป

#### Intervention on agenda ๑๒.๓ Hepatitis

Read by Dr. Hansa Ruksakom (๒๒/๐๕/๒๐๑๔)

Chairperson, Thailand appreciates the secretariat for the well-prepared report.

We support the resolution EB๑๓๔.R.๑๘, however, we have a few concerns, Firstly, there are an increasing number of new technologies and interventions in hepatitis prevention, control and treatment while health resource is finite and compete with other health priorities. Therefore, national mechanism to ensure evidence based decision, for example evidence on burden of diseases, programmatic issues, budget impact, programmatic and financial sustainability for which health technology assessment contributes to these evidence. We request WHO to support and strengthen institutional capacity for evidence based policy decision and strike a balance between prevention, control and treatment strategies.

Secondly, the uneven progress in hepatitis prevention programs in past few years requires an urgent need for boosted political and financial commitment, adequate and competent staff and effective hepatitis program management at national and sub-national level; also WHO should pay more attention on Hepatitis program. In addition, Hepatitis program closely links with other

programs especially when they share the same route of transmission, for example HIV, safety blood, immunization harm reduction and safe injection in healthcare settings. Therefore, effective program management requires effective functional integration across these programs. It would promote synergy and consolidation of resource.

Take into account these concerns, my delegation fully support the Resolution EB๑๓๔ R๑๘

Thank you Chair

## Agenda ๑๓.๑ : Prevention and Control of noncommunicable diseases

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.ธนัชฐา ดิษสุวรรณ	กรมควบคุมโรค
๒. ภก.อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
๔. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ ให้การรับรอง ๓ เอกสารสำคัญ ได้แก่ (๑) แผนปฏิบัติการฯ (๒) กรอบการติดตามความก้าวหน้าและ ๒๕ ตัวชี้วัดระดับโลกเพื่อนำไปปฏิบัติใช้ในระดับภูมิภาคและประเทศ สำหรับติดตามแนวโน้มและความก้าวหน้าหลังการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติใช้ (๓) “ข้อเสนอแนะสำหรับชุดเป้าหมายแบบสมัครใจ ๙ เป้าหมาย” โดยเฉพาะการลดลง ๒๕ % ของอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อ และมีการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกดำเนินการอย่างต่อเนื่องตาม political declaration, ยุทธศาสตร์โลกต่าง ๆ, รวมถึงการพัฒนาไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- การประชุมครั้งนี้ พิจารณา terms of reference ใน A๖๗/๑๔ Add๓
  - “the global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases”
  - “the United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases”
  - การดำเนินการตามตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติการของ WHO ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๓ (the WHO global action plan for the prevention and control of NCDs ๒๐๑๓ - ๒๐๒๐)

### บทบาทและท่าทีประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ TOR ทั้ง ๒ ข้อ ซึ่งสรุปท่าทีได้ดังนี้

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ “the global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases” แต่มีข้อเสนอแนะให้มีการกำหนดบทบาทของกรรมการและกระบวนการแต่งตั้ง ซึ่งควรอยู่บนหลักการ transparency และ accountability โดยเฉพาะบทบาทและการมีส่วนร่วมของ Non State Actors

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ ๙ ตัวชี้วัดและสนับสนุนให้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการและการจัดสรรงบประมาณการดำเนินงานของตัวชี้วัดแต่ละตัว โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนโดยเฉพาะการสนับสนุนของหน่วยงานภายใต้ UN และควรมีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ตามระยะเวลาที่กำหนด
- มีการยกตัวอย่างความสำเร็จการดำเนินงานในหลายประเทศ เช่น Tobacco campaign ของราชอาณาจักรบาห์เรน, Alcohol ของสาธารณรัฐนามิเบีย, การจัดการโรคอ้วน เบาหวาน ของสหรัฐเม็กซิโก เป็นต้น
- ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนด้านวิชาการ ความรู้ใหม่และเทคโนโลยีที่ทันสมัย
- เน้นย้ำความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการทำงานระหว่างภาคส่วนทั้งภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ รวมถึงการทำงานโดยหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน

### บทบาททำที่ของประเทศไทย

ชื่นชมและขอให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันต่อไปเพื่อความสำเร็จ เน้นย้ำประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- ให้ความสำคัญแก่การป้องกันควบคุมโรคในน้ำหนัที่สมดุลกับการรักษา โดยเฉพาะการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention)
- ในการขับเคลื่อนงานในแต่ละด้าน ขอให้เกิดจากความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเหมาะสมทั้งในภาคสุขภาพ นอกภาคสุขภาพ และดำเนินการด้วยความโปร่งใสเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่การป้องกันควบคุมโรคอย่างแท้จริง โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน
- สนับสนุนการดำเนินการเรื่อง Alcohol policy
- ส่งเสริมศักยภาพของประเทศสมาชิกให้สามารถพัฒนานโยบายเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเลือกยุทธศาสตร์หรือมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ มาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

๑. ประเทศสมาชิกมีความก้าวหน้าในการดำเนินการตามแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ต้องการการสนับสนุน new information, demand technology, guideline และ frame work ในการดำเนินการต่อเนื่อง ในวาระนี้ Brazil and EU เป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก
๒. รับรอง TOR ของ “the global coordination mechanism on the prevention and control of NCDs” ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๓ และ แผน “the global coordination mechanism on the prevention and control of NCDs” ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘ โดยไม่มีข้อแก้ไข
๓. รับรอง Terms of reference ใน Annex/Addm (ANNEX Terms of reference for the GCM/NCD working groups to be established in ๒๐๑๔ และ ๒๐๑๕ as part of the implementation of the GCM/NCD work plan ๒๐๑๔ และ ๒๐๑๕) ที่ประชุมรับรอง TOR ตามที่เสนอแก้ไข โดยมีประเด็นแก้ไขดังนี้
  - ข้อที่ ๓ หน้าที ๔ การเลือกตัวแทนประเทศสมาชิกในแต่ละคณะทำงาน คัดเลือกจาก ผู้มีความรู้ ประสบการณ์ ที่ขึ้นทะเบียน และแต่งตั้งโดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก
  - ข้อที่ ๔ หน้าที ๔ คณะทำงานแต่ละคณะ ประกอบด้วยประเทศสมาชิกมากกว่า ๑๒ ประเทศ มีประธานร่วมจากกลุ่มประเทศทั้ง ๒ กลุ่ม คือ ในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว
  - ข้อที่ ๑๑ หน้าที ๕ ให้มีการประชุมทุกปีเพื่อรายงานสรุปความก้าวหน้า
  - ข้อที่ ๑๓ หน้าที ๕ องค์การอนามัยโลกควรจัดให้มีการหารือระหว่างประเทศสมาชิก องค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และ Non State Actors (ซึ่งแยกมาหรือเป็นการเฉพาะสำหรับการทำงานร่วมกันในขอบเขตงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำหรับบทบาทของ NSA ใน WHO reform ก็ยังคงดำเนินการหารือคู่ขนานกันไป และสังเกตความเคลื่อนไหวซึ่งกันและกันในส่วนทั้งสองส่วนให้สอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน)

- สหภาพยุโรป โดยสาธารณรัฐเฮลเลนิกและสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิลเสนอขอให้เน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง (Inclusiveness) โดยเปิดโอกาสให้ Non State Actors เข้ามาร่วมในกระบวนการหารือ
- จะต้องมี การเตรียมข้อมูลสำหรับจัดทำ call to action เพื่อนำเข้าพิจารณาในการประชุม UNGA ในเดือนกรกฎาคม ๒๐๑๔ ณ นครนิวยอร์ก

### ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

- ประเทศไทยโดยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันนำแผนปฏิบัติการมาถ่ายทอดและปรับเป็นแผนการดำเนินงานตามบริบทของประเทศแล้ว รวมถึงการกำหนดระยะเวลาและงบประมาณในการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน
- ประเทศไทยโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบการรายงานต่อ WHO เพื่อทบทวนและพัฒนาฐานข้อมูลของ ๒๕ ตัวชี้วัด ทบทวนเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ระเบียบวิธีการวัด (measurement) และส่งรายงานข้อมูล baseline data ของปี ๒๐๑๐ เป็นรายงานแรก
- ศึกษาแผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๓ ที่ผ่านการรับรองอย่างละเอียด ดำเนินการประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ส่วนขาดและโอกาสในการพัฒนามาตรการต่างๆ ทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และบูรณาการแนวทางดังกล่าวเข้ากับแผนป้องกันและควบคุม NCDs ระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น รวมถึงการเตรียมความพร้อมเพื่อรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด และนิยาม ต่างๆ ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติตามที่ WHO กำหนด ปี ๒๕๕๖-๒๕๖๓

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ หน่วยงานระหว่างประเทศ องค์กรนอกภาครัฐ ผ่านเครือข่ายและปรับแนวทางการทำงานร่วมกันให้เหมาะสมโดยบูรณาการตั้งแต่ระดับนโยบาย หลีกเลียงผลประโยชน์ทับซ้อน กำหนด แผนที่เดินทางและกำหนดเป้าหมายและกระบวนการ ตามข้อเสนอ
- ขยายบทบาทการนำประเด็น NCDs ในระดับภูมิภาคและระดับโลกของประเทศไทย เตรียมความพร้อมสำหรับการปรึกษาหารือในเดือนกรกฎาคมที่ UNGA โดยทำงานร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ
- ติดตามแนวทางการทำงานร่วมกับ Non State Actors อย่างใกล้ชิด

#### Intervention on Agenda ๑๓.๑ Prevention and Control of noncommunicable diseases

Read by Dr. Nawanan Theera-Ampornpunt (๒๗/May/๒๐๑๔)

Thank you, Chair.

The Thai delegations welcome the good progress in the implementation of the first Global Action Plan for NCDs (๒๐๐๘-๑๓) on six objectives, as well as the development of the TOR for the global coordination mechanism and TOR for the UN inter-agency task force on shared responsibilities.

We appreciate the Secretariat in facilitating all these processes with tangible outcomes; and appreciate that Member States – actively engage in the process.

The Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCD was adopted as a UNGA resolution in ๒๐๑๑. Subsequently we have achieved by consensus then nine global targets in the Global Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐. It's time to act now and fulfill our responsibilities. Delays in effective implementation result in death tolls and huge economic losses.

Thailand is about to adopt the nine global targets into our national targets and to start the process to integrate the global action plan and the South East Asia Region Action Plan with our existing NCD prevention and control strategies.

Multi-sectoral actions are a critical success factor to prevent and control NCDs particularly when addressing the social determinants contributing to NCD.

My delegations appreciate the requirements of conflicts of interest (COI) management which are applicable to both convening and partner institutes in the inter-agency partners; however a repository compiling incidents of COI is not adequate. Periodic reviews and appropriate actions must also be taken.

Further, in the free market, often we witness the unethical practice by industries in undermining, delaying and weakening national health policy. We therefore need collective efforts in protecting health from undue influence of health damaging products.

As stated by our mighty DG on Monday, something is fundamentally wrong in this world when a corporation can use trade and investment agreements to handcuff governments and restrict their policy space to protect the public from products that kill. From our perspective, these are, among others, tobacco, alcohol, and food and beverages high in fat, sugar, and salt.

Thailand supports the statement made by Slovenia in reiterating that alcohol is one main risk factor for NCDs and the need for sustainable political commitment to implement the cost-effective interventions to achieve the target on ๑๐% reduction of harmful use of alcohol.

Lastly, we highlight the importance of improved information systems for monitoring progress of the implementation of the Action Plan ๒๐๑๓-๒๐๒๐. We therefore urge WHO to provide technical support to Member States to strengthen health information systems in this important global agenda.

Thank you, Chair.

## Agenda ๑๓๒: Maternal, infant and young child nutrition

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| ๑. พญ.สายพิน โขติวิเชียร | กรมอนามัย        |
| ๒. พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร | มหาวิทยาลัยมหิดล |

### สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้ได้กล่าวถึงผลการดำเนินงานตามเป้าหมายโลก (global targets) ตามแผนงานด้านอาหารและ โภชนาการ ในมารดา ทารก และเด็กเล็ก ใน ๖ ประเด็น ๗ เป้าหมาย ที่ต้องการให้บรรลุเป้าหมายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ คือ
  - ภาวะเตี้ย (Stunting) เป้าหมาย ลดภาวะเตี้ยของเด็กอายุ ๕ ปี ลง ร้อยละ ๔๐
  - ภาวะโลหิตจาง (Anemia)
    - เป้าหมาย ๒.๑ ลดภาวะโลหิตจางของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ลง ร้อยละ ๕๐
    - เป้าหมาย ๒.๒ ลดภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ลง ร้อยละ ๕๐

- ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) เป้าหมาย ลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลง ร้อยละ ๓๐
- ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) เป้าหมาย ภาวะน้ำหนักเกินของเด็กไม่เพิ่มขึ้น
- การกินนมแม่ (Breastfeeding) เป้าหมาย อัตราการกินนมแม่อย่างเดียวยัง ๖ เดือนแรก เพิ่มขึ้น เป็นอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐
- ภาวะผอม (Wasting) เป้าหมาย ลดภาวะผอมลงเหลือต่ำกว่า ร้อยละ ๕

มีการเสนอตัวชี้วัด ๗ ตัว as initial indicators ในการติดตามความสำเร็จของเป้าหมายระดับโลก (global targets) ตามกรอบการทำงานด้านโภชนาการของมารดา ทารกและเด็กเล็ก ดังนี้

๑. ความสูงของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่มีส่วนสูงต่ออายุต่ำกว่าเกณฑ์ (low height-for-age)
๒. ความสูงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า ๑๒ กรัมต่อเดซิลิตร (Hb <๑๒ g/dL)
๓. ความสูงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า ๑๑ กรัมต่อเดซิลิตร (Hb <๑๑ g/dL)
๔. ความสูงของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
๕. ความสูงของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่มีน้ำหนักต่อส่วนสูง >๒ SD
๖. ความสูงของทารกอายุ ๖ เดือนหรือต่ำกว่าที่กินนมแม่อย่างเดียว
๗. ความสูงของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่มีน้ำหนักต่อส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์

มีการเสนอให้จัดตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการแต่งตั้งจากประเทศสมาชิก และองค์การสหประชาชาติเพื่อติดตามการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในมารดา ทารก และเด็กเล็กให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (global monitoring framework)

- กล่าวถึง การประชุม The Second International Conference on Nutrition (ICN๒) ที่จะจัดขึ้น ณ กรุง Rome ประเทศอิตาลี วันที่ ๑๙-๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ การประชุมจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะ ทุพโภชนาการทั้งขาดและเกิน การปรับ food system ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชากรโลกและกรอบการทำงานที่บูรณาการกันในหลายภาคส่วน
- กล่าวถึงบทบาทของ Non-state actors ที่เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับองค์การอนามัยโลก วาระนี้ได้เพิ่มคำ อธิบายของ “การโฆษณาอาหารเสริมตามวัยที่ไม่เหมาะสม” ตามที่ผู้เชี่ยวชาญจาก Scientific and Technical Advisory Group ได้เสนอไว้ โดยถือว่าไม่เหมาะสมเมื่อการโฆษณาส่งเสริมเข้าได้กับประเด็น ต่อไปนี้ คือ ทำให้ ๑) บั่นทอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๒) มีส่วนทำให้เกิดโรคอ้วนในเด็กและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๓) ผลิตภัณฑ์นั้นไม่มีส่วนสนับสนุนโภชนาการในทารกและเด็กเล็ก ๔) บั่นทอนอาหารที่เตรียมที่บ้านหรืออาหารท้องถิ่น หรือ ๕) ทำให้เข้าใจผิด สับสน หรือนำไปสู่การใช้ที่ไม่เหมาะสม
- กล่าวถึงการขับเคลื่อนและความก้าวหน้าในเรื่อง international code of marketing of breast-milk substitutes ของประเทศสมาชิก ซึ่งในขณะนี้ มี ๑๓๓ ประเทศ ที่ code นม มีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย โดยประเทศที่มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจน คือประเทศเวียดนาม โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๒ ได้ผ่านกฎหมายควบคุมการโฆษณา breast-milk substitutes สำหรับเด็กเล็กจนถึงอายุ ๒ ปี

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนร่าง Decision และรายงานในเรื่องการประชุม ICN๒ มีการดำเนินงานโภชนาการตามตัวชี้วัดที่เสนอในที่ประชุมนี้ ประเทศคูเวตและอัฟกานิสถานขอปรับแก้ข้อความใน EB๑๓๔(๒) โดยตัดข้อความที่ว่า ensure appropriate marketing of complementary foods เหลือเพียง Member States were urged to end inappropriate promotion of food for infants and young children เป็นการเน้นย้ำความสำคัญของการหยุดยั้งการส่งเสริมอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ไม่เหมาะสม ไม่ใช่เพียงแต่ให้มั่นใจว่าการโฆษณานั้นจะเหมาะสมเท่านั้น



## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบ สนับสนุนร่างรายงานและเตรียมการดำเนินงานเพื่อรองรับ โดย

- อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำแผนอาหารและโภชนาการในมารดา ทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๘ เป้าหมาย ถูกกำหนดให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ๗ เป้าหมายใน ๖ ประเด็นข้างต้น
- บรูณาการนโยบายและแผนงานด้านโภชนาการร่วมกับหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและ ภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคการเกษตร ศึกษา อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทรัพยากร รวมทั้ง ภาคเอกชนและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ตลอดจนภาคสังคมต่างๆ

สำหรับการขับเคลื่อนร่างพระราชบัญญัติ Code นม (International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes) อยู่ในขั้นการทำประชาพิจารณ์เพื่อนำเสนอเข้าคณะรัฐมนตรี

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

Decision entitled : Maternal, infant and young child nutrition นี้ ผ่านการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย จัดทำแผนอาหารและโภชนาการในมารดา ทารกและเด็กเล็ก โดยมี เป้าหมาย ๗ ตัว ข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของ core set ที่ใช้ในการติดตามการดำเนินงาน
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ดำเนินการต่อเรื่องการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

กรมอนามัยเตรียมพร้อมสำหรับ

- ๑ การประชุม The Second International Conference on Nutrition (ICN๒)
  - ๑) ได้ส่งตัวแทนเข้าร่วมเป็นตัวแทนภูมิภาคคือ พญ.นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนัก โภชนาการ ประเทศไทยควรให้การสนับสนุน
  - ๒) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม ICN๒ ควรมีการบูรณาการงานกับหน่วยงานทั้งภายในกรม อนามัยเอง และกับหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะกรรมการ อาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น
- ๒ Global Monitoring Framework (GMF) ติดตามเรื่องการแต่งตั้งคณะทำงานและการดำเนินงาน รวมถึงการ ปรึกษาหารือ ในประเด็นต่อไปนี้
  - ๑) การพัฒนาตัวชี้วัดที่เป็น core set และ extended set สำหรับติดตามการดำเนินงานแผนอาหารและ โภชนาการในมารดา ทารกและเด็กเล็ก
  - ๒) การสร้างตัวชี้วัดแบบ “tracer” สำหรับดำเนินการระดับนโยบายสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความ สำเร็จตามเป้าหมายโภชนาการระดับโลก
  - ๓) เตรียมการติดตามผลเพื่อนำเสนอในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘
- ๓ การติดตามเรื่อง Non-State actors ที่อาจเข้ามามีบทบาทในประเด็นข้อขัดแย้งทางผลประโยชน์ ด้านอาหาร และโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการโฆษณาส่งเสริมผลิตภัณฑ์ที่ใช้แทนนมแม่ รวมถึงอาหารเสริมต่างๆ
- ๔ การติดตามเรื่อง Marketing regulation และขับเคลื่อนให้มีการออกพระราชบัญญัติการตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (Milk code)

**Intervention on agenda ๑๓.๒ Maternal, infant and young child nutrition**

Read by Dr. Saipin Chotivichien (๒๑/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you, Madam Chair

My delegation appreciates the Secretariat for the report and welcomes the EB Decision EB๑๓๔(๒). This decision guides us the medium-term roadmap for the very long journey on nutrition.

Madam Chair, we adopted the global strategy two years ago here in this Assembly, and now Thailand is in the process of seriously implementing the global strategy, including the development of the national strategy on maternal, infant and young child nutrition. All seven global targets are already adopted as our national targets. Furthermore, in the related area, Thailand is in the process to formulate the legal tool to regulate the marketing of breast milk substitute.

Achievement in nutrition, Chair, requires concerted effort and collaboration across sectors. However, the multi-sectoral engagement must safeguard the public health interests from any conflict of interest. Thailand agrees with the roadmap in developing the guideline in addressing the sector having conflict of interest in nutrition. This does not mean that private operators who got benefit from selling of breast milk substitutes, complementary food, and NCD-promoting foods and beverages, cannot have any contribution in tackling malnutrition problems. Their appropriate roles are the role of manufacturers, distributors, marketers and retail sellers of food, but not in policy formulation process and scientific world.

Social determinants of health should be taken into account in addressing malnutrition problems. Children are not solely malnourish because their mothers are lack of knowledge, but our society fails to make nutritious food attractive to them. We have witnessed the upsurge of obese children, not because they are moral failure, but mainly because we flood them with cheap, high energy and aggressively marketed foods and beverages.

Thailand appreciates and thanks Madam DG in establishing the commission to work on children obesity. We believe that transparency and protecting health from conflict of interest are applied in the process.

Thailand stands ready to proactively participate in this very long journey of nutrition, as identified in this draft decision.

Thank you, Madam chair

**Agenda ๑๓.๓: Disability****ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| ๑. นพ.สุทัศน์ ดวงดีเด่น      | กรมการแพทย์   |
| ๒. ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                            |
| ๓. ดร.กาญจนา จันทร์ไทย       | สำนักการพยาบาล                                      |
| ๔. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี       | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กรมควบคุมโรค |

## สาระสำคัญของวาระ

ในเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๓ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๖ ได้ adopt resolution WHA ๖๖.๙ Disability, รับรอง World report on disability และเรียกร้อง Director-General ให้เตรียม Action Plan โดยอาศัยหลักฐานทางวิชาการจากรายงาน ร่วมกับ ผลการประชุม the Rights of Persons with Disabilities และ outcome document ของ high-level meeting ของ UN ได้มีการเตรียม zero draft action plan ทันทีหลังการประชุม WHA ๖๖ โดยรวบรวมคำแนะนำจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ได้มีการทบทวน draft แรก เมื่อ ๓๑ กรกฎาคม ๒๐๑๓ และรับคำวิพากษ์วิจารณ์จากหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งใน WHO website จนถึงต้นเดือน พฤศจิกายน ในที่สุด second draft ผ่านการรับรองจาก Executive Board ในการประชุม EB ๑๓๔ Secretariat ได้เตรียม Draft WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๑: Better health for all people with disability เพื่อให้ที่ประชุม WHA ๖๗ รับรอง

สรุปเนื้อหาโดยย่อของ draft disability action plan

- ผู้คนมากกว่า ๑ พันล้านคนมีชีวิตอยู่กับ disability หรือประมาณ ๑๕ % ของประชากรโลก จำนวนผู้พิการเพิ่มขึ้นจากการที่ประชากรสูงอายุและคนไข้โรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้พิการในประเทศรายได้ต่ำมีจำนวนมากกว่าผู้พิการในประเทศรายได้สูง และผู้พิการยังพบมากกว่าใน ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และคนยากจน กลุ่มผู้พิการเป็นกลุ่มที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ ได้รับการศึกษาน้อย มีรายได้น้อย ยากจนกว่า ได้รับการดูแลสุขภาพไม่เพียงพอ ได้รับการปฏิเสธ และได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมมากกว่า ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับปรุงได้ ซึ่งมีเป้าหมายในการปรับปรุงการดูแลสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนของผู้พิการ มีเนื้อหาโดยย่อดังนี้
- Action Plan นี้ใช้คำนิยาม disability ในร่มของ impairments, activity limitations และ participation restrictions ตาม International Classification of Functioning, Disability and Health และ derivative version ของ children and youth
- ปัญหาหลายอย่างของผู้พิการที่ poorly managed ได้แก่ อุบัติการณ์ของโรคอ้วนใน Down syndrome ในคนไข้ schizophrenia พบโรคเบาหวานและมะเร็งลำไส้สูงกว่าประชากรปกติ ผู้พิการในประเทศ lower-income countries มากกว่า โดยพบว่า ๘๐% ของผู้พิการอาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนา และผู้พิการยังมีปัญหาความยากจน ซึ่งทำให้มี impairments ตามมาได้แก่ malnutrition, การได้รับการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี ความเสี่ยงต่ออันตรายในชีวิตประจำวัน ชีวิตการทำงาน และการเดินทาง นอกจากนี้ผู้พิการยังมีปัญหาการเข้าถึงการศึกษา การจ้างงาน และเพิ่มค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากความพิการ
- ผู้พิการบางประเภทได้รับความเข้าใจจากสาธารณชนว่าเป็นผู้พิการเช่น เด็กสมองพิการ คนไข้ที่ต้องนั่งรถเข็น คนตาบอด หูหนวก คนปัญญาอ่อน แต่ผู้พิการบางประเภท เช่น คนไข้โรคไม่ติดต่อ คนไข้ติดเชื้อ โรคทางสมอง โรคจากการบาดเจ็บ หรือภาวะชราภาพ สาธารณชนมักมองไม่เห็นว่าการกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นผู้พิการเช่นกัน
- การ prevention ในผู้พิการก็เป็นอีกปัญหาหนึ่ง การลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือการให้การสนับสนุน healthy lifestyles เช่น คำแนะนำเรื่องอาหารสุขภาพ ความสำคัญของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การไม่สูบบุหรี่ การได้รับวัคซีน การ screening เบาหวาน โรคซึมเศร้า การจัดการความเจ็บปวด การได้รับกายภาพบำบัด patient support groups การลดอุปสรรคในการเข้าถึงทางการแพทย์ มีผู้ใหญ่ระหว่าง ๑๐๐-๑๕๐ ล้านคนทั่วโลกเป็นผู้พิการ เด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี อีก ๕๓ ล้านคน มีชีวิตอยู่อย่างผู้พิการ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ตามประชากรโลกที่มีอายุยืนยาวขึ้น และ โรคเรื้อรังที่เป็นกันมากขึ้น อุบัติเหตุจราจร การตกจากที่สูง ความรุนแรง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความขัดแย้ง อาหารที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และสารเสพติด ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อ disability

- วิสัยทัศน์ของ action plan นี้ก็คือ โลกที่ผู้พิการและครอบครัว มีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีสิทธิและโอกาสที่เท่าเทียม และสามารถประสบความสำเร็จได้เต็มศักยภาพ โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้การดูแลสุขภาพ การ function ความเป็นอยู่ และสิทธิมนุษยชน ของผู้พิการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง
- วัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ
๑. กำจัดอุปสรรค และปรับปรุงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และโปรแกรมด้านสุขภาพ
  ๒. สร้างความเข้มแข็งและขยายบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู การเข้าถึงเทคโนโลยีสำหรับผู้พิการ และการสนับสนุนผู้พิการด้านอื่นๆ
  ๓. สร้างความเข้มแข็งในการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นที่ทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ในระดับนานาชาติ รวมทั้งการสนับสนุนการวิจัยด้านผู้พิการ
- Action plan นี้ยังสนับสนุนยุทธศาสตร์อื่นขององค์การอนามัยโลกด้านต่างๆ เช่น healthy ageing, reproductive, maternal and child health, emergencies and disasters, mental health, avoidable blindness and visual impairment และ โรคไม่ติดต่อ การออกแบบ และการ implement action plan นี้ ใช้แนวทาง Human rights approach รวมถึงการ empowerment ผู้พิการ A life-course approach, รวมทั้ง continuum of care Universal health coverage, A culturally-appropriate person-centered approach, Multisectoral/community-based rehabilitation, Universal design

### ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติแก่ประเทศสมาชิก

แนะนำให้ประเทศสมาชิกปรับวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ รัฐบาลของแต่ละประเทศมีบทบาทสำคัญที่จะต้อง commit และต้องสนับสนุน formal และ informal caregivers ร่วมด้วย ความสำเร็จของแผนขึ้นอยู่กับ multisectoral approach ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีการหนึ่งที่น่ามาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ คือ community-based rehabilitation อย่างไรก็ตาม action plan นี้เพียงแต่วางโครงสร้างและให้คำแนะนำ แต่ไม่ได้เป็นคำตอบที่เป็น one-size-fits-all Monitoring และ reporting จะดำเนินการในช่วงระยะเวลาครึ่งกลางแผน คือ ปี ๒๐๑๗ และ ปีสุดท้ายคือ ปี ๒๐๑๗

### บทบาทและท่าทีประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ Draft WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๐: Better health for all people with disability

### บทบาทท่าทีของประเทศไทย

Draft action plan นี้เป็นครั้งแรก อาจจะไม่สมบูรณ์นัก แต่เป็นก้าวแรกที่ประชาคมโลกจะได้เรียนรู้จากการนำมาปฏิบัติร่วมกัน ปัจจัยแห่งความสำเร็จอยู่ที่การเปลี่ยนแนวคิดจากการมองภาพผู้พิการว่าเป็นภาระแก่สังคม มองว่าการช่วยเหลือผู้พิการเป็นการบริจาคน หรือเป็นสิ่งที่รัฐเจียดงบประมาณมาให้ ต้องเปลี่ยนมุมมองของผู้พิการใหม่ว่าการช่วยเหลือผู้พิการเป็นการลงทุน ผู้พิการมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ถ้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถทำงานและคืนผลตอบแทนได้ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่นับถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนและคุณภาพชีวิต อีกอย่างหนึ่งก็คือควรนำ universal health coverage (UHC) เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้พิการ

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประเทศสมาชิกเห็นควรรับรอง Draft WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๐: Better health for all people with disability

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- ประเทศไทยโดยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอาทิ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ควรร่วมกันนำแผนปฏิบัติการมาถ่ายทอด และปรับเป็นแผนดำเนินการตามบริบทของประเทศ กำหนดระยะเวลา และงบประมาณ ในการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน
- ประเทศไทยโดยภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอาทิ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานต่อ WHO ในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทย และอินโดนีเซีย เป็นสองประเทศที่ได้รับการยกย่องว่าได้มีการนำคำนิยาม disability ในร่มของ impairments, activity limitations และ participation restrictions ตาม International Classification of Functioning, Disability and Health และ derivative version ของ children and youth มาใช้ แต่ยังคงอยู่ในระหว่างดำเนินการ เพียงแต่มีข้อทักท้วงให้หวังว่า การเพิ่ม participation restrictions เข้าไปในคำนิยามอาจจะทำให้จำนวนผู้พิการสูงมากขึ้นในปีต่อไป อาจไม่สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมที่เคยรายงาน WHO ซึ่งใช้คำนิยามเก่า รวมทั้งอาจมีผลต่องบประมาณที่จัดสรร
- นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติตามที่ WHO กำหนด

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานระหว่างประเทศ องค์การนอกภาครัฐ รวมทั้งจัดกำลังคน และงบประมาณให้เหมาะสม
- นำประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มามีบทบาทในการปรับแผน ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

#### Intervention on agenda ๑๓.๓ Disability

Chairperson,

Thai delegation fully endorse and ready to adopt the draft WHO global disability action plan.

AS this is the first action plan, it may not be a perfect one. However, it is a big first step which we should all learn from the implementation.

The key success of implementing any plan on disability is the need to shift our paradigm. The current mainstream paradigm looks at the disables as the burden of the society. Thus the cost to improve rehabilitation services and conducive environment is considered as ‘expense’ that have little return. This paradigm sympathize the disables and promote ‘donation’ and ‘social welfare’ services to them.

At very first step, we need to change our paradigm to look at the disables as the social assets. With adequate, quality, and accessible rehabilitation services, creating a friendly environment, and job opportunity, the disables can contribute to social development not less than any person. With this new paradigm, the cost becomes ‘investment’ with clear social and economic return, and all that, it is in addition to human right and quality of life.

Thus, we would like to request the leaders of all member states and the WHO to strongly advocate for the new paradigm and embed it into all steps in implementing the action plan.

Furthermore, the world is moving towards UHC. The UHC opens huge opportunity to include this new paradigm and invest in improving the quality of life of the disabled. The UHC is the basis to further strengthens the health systems capacity on rehabilitation together with the financial capacity to pay for the essential rehabilitation services and the devices. The benefit package of the UHC should be comprehensive to cover health promotion, disease prevention, curative care, rehabilitation services and palliative care.

Finally, chair, the Thai delegation would like to request all leaders to include people living with disabilities in the processes of formulating and implementing the policies, strategies and action plans. That would be the first step in changing our paradigm.

Thank you, chair.

#### Agenda ๓๓๔: Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.พญ.เบญจมาศ พฤษภานนท์

กรมสุขภาพจิต

๒. ผศ.ดร. ขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ

มหาวิทยาลัยมหิดล

##### สาระสำคัญของวาระ

วาระเพื่อพิจารณา resolution EB ๑๓๓.R๑ Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders ซึ่งได้รับการสนใจและมีการปรึกษากันใน resolution WHA๖๕.๔ the global burden of mental disorders and the need for comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, resolution WHA๖๖.๙ disability, resolution SEA/RC๖๕/R๘, resolution EUR/RC๖๑/R๕, resolution EM/RC๕๗/R. ทั้งนี้ประเทศทั้งในกลุ่ม SEA, EUR และ EM ต้องการเน้นให้มีการตระหนักถึงความต้องการของบุคคลที่มีพัฒนาการผิดปกติ ทั้งอดีตและอนาคตทางพัฒนาการอื่นๆ ซึ่งถือเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาระต่อครอบครัวและสังคม

##### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศที่เสนอความเห็น มีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่าควรสนับสนุน resolution นี้ รวมทั้งมีการเสนอความเห็นสอดคล้องกันทั้งภูมิภาค ( regional one voice) ๒ ภูมิภาค คือ SEAR one voice (๑๑ประเทศ) โดยบังคลาเทศ และ African Region one voice (๕๗ ประเทศ) โดยมาลาวี มีสหรัฐอเมริกาประเทศเดียวที่ขอปรับเนื้อหาใน resolution ดังนี้

PP๖ : Understanding that autism spectrum disorders are [life-long] developmental disorders and conditions that emerge in early childhood and in most cases, persist throughout the lifespan, and are marked by the presence of [markedly abnormal or] impaired development in social interaction and communication and a [markedly] restricted repertoire of activity and interest, with or without accompanying intellectual and language disabilities; manifestations of the disorder vary greatly in terms of combinations and levels of severity of symptoms [on the developmental level and chronological age of the individual]

PP๘ : Deeply concerned [about the rising number of identified individuals with autism spectrum disorders and other developmental disorders and that individuals with autism spectrum disorders and their families face major challenges including social stigma, isolation and discrimination, and children and families in need, especially in low resource contexts, often have poor access to appropriate supports and services;

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

มีความเห็นสอดคล้องกับ SEAR one voice ว่าควรสนับสนุน resolution นี้ และมีข้อเสนอขอเพิ่มเติมเนื้อหาใน one voice ในส่วนที่เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรถูกมองว่าเป็นภาระของสังคม แต่ควรมองว่าหากได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างทันทั่วถึง จะสามารถเป็นทรัพย์สินที่สำคัญของประเทศชาติได้ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะให้เน้นประเด็น ๕ ประเด็นดังต่อไปนี้

๑. ควรกระตุ้นให้เกิดข้อผูกมัดทางการเมือง โดยเฉพาะงบประมาณ กำลังคน นโยบายและแผนระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการดำเนินการร่วมไปในโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสารเสพติดและความผิดปกติทางระบบประสาท (WHO mhGAP program)
๒. เพิ่มความสามารถของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพจิต ในบทบาทเชิงรุก เพื่อให้สามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็วทันทั่วถึง
๓. สื่อให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้
๔. การให้การรักษาย่างบูรณาการในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ร่วมกับสนับสนุนพัฒนาให้มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอย่างไร้รอยต่อ ทั้งนี้พบว่า comprehensive behavioral treatment and parent-mediated intervention มีหลักฐานสนับสนุนว่าคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
๕. ขอให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยออติสติกและพัฒนาการล่าช้า

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- Resolution นี้ได้รับการสนับสนุนจากทุกประเทศ โดยมีการขอแก้ไขจากสหรัฐอเมริกา และผ่านและได้รับการยอมรับจากที่ประชุม
- Zaxena, Director of Child and Adolescence and Substance Disorders, WHO สรุปตอนท้ายว่า ขอขอบคุณที่ทุกประเทศให้การสนับสนุน resolution นี้เป็นอย่างดี ด้วยการดำเนินการหลากหลายกันตามแต่บริบทของแต่ละประเทศที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้คือ ต้องการ ให้ WHO สนับสนุนด้านเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้แก่ประเทศสมาชิก ให้ประเทศสมาชิกผลักดันโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยออติสติกและพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการ รวมทั้งได้รับการปกป้องสิทธิมนุษยชน ด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- กระตุ้นให้เกิดข้อมูลก้นทางการเมือง โดยเฉพาะงบประมาณ กำลังคนในนโยบายและแผนระดับชาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันโดยเครือข่าย ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข
- สื่อให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้
- ให้การดูแลทั้งคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาอย่างบูรณาการในระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ร่วมกับสนับสนุนพัฒนาให้มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอย่างไร้รอยต่อใน service track จิตเวช ในเขตบริการสุขภาพทั้ง๑๕เขตและเขตกรุงเทพมหานคร โดยควรมีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยอดีตกร่วมไปกับการดูแลสุขภาพจิตเด็กคนอื่นๆ รวมทั้งปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยควรมีการบูรณาการเข้าไปในโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสารเสพติดและความผิดปกติทางระบบประสาท (WHO mhGAP program) ที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่นำร่อง และขยายการดำเนินการขั้นต่อไป
- เพิ่มความสามารถของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพจิต ในบทบาทเชิงรุก เพื่อให้สามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างรวดเร็วทันท่วงที

### การทำงานในระดับนานาชาติ

เนื่องจากปัญหาเรื่องออติสติกมิใช่เพียงปัญหาในระดับประเทศ หากแต่ถือเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ดังนั้นควรมีการเครือข่ายการดำเนินงานในต่างประเทศที่จะให้การสนับสนุนการทำงานเรื่องนี้ร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เช่น มีการศึกษาดูงานในประเทศที่มีการดำเนินงานได้ดี เช่น ประเทศในกลุ่ม SEAR รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนสื่อและเทคโนโลยีในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว และควรร่วมมือกันทำวิจัยเพื่อพัฒนาในเรื่องนี้ต่อไป

#### Intervention on agenda: ๑๓.๔ Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders

Read by Dr Benjamas Prukkanone (๒๗/May/๒๐๑๔)

Thank you Madam Chair,

Thailand aligns with the statement made by the distinguished delegate from Bangladesh on behalf of ๑๑ Member States in South-East Asia region.

Thailand thanks the secretariat for the report, and commends the EB in passing this draft resolution on the very important but neglected agenda, so we welcome the draft resolution as contained in the document EB ๑๓๓R๑. This is a significant step and a true milestone in addressing developmental problems particularly, integrated and taking good balance between prevention, promotion, treatment and rehabilitation.

In the implementation of this resolution, Thailand would like to register some concerns.

First, the global community needs to encourage political commitment particularly mobilizing resource to strengthen national policy and program, in order to effectively address autism spectrum disorders and other developmental disorders in the WHO mental health gap action program.



Second, strengthening the capacity of health system, in particular the availability and competency of mental health workforce in terms of proactively role for early detection and early treatment people with autism spectrum disorders is major success factor for implementation.

Third, social attitude toward people affected by autism still need to be concerned. It would be totally wrong if our society excludes, discriminates and depowers people with autism with stigma and myth.

Forth, treatment for autism cannot stand alone. We need to integrate early intervention into primary and secondary health care system, and strengthen the seamless connection to specialized cares, including comprehensive behavioral treatment and parent-mediated intervention. These are cost-effectiveness-proven interventions that could payback high return to the society.

Finally, Thailand encourages Member States to adopt this resolution, and stands ready to implement it.

Thank you Madam Chair.

## Agenda ๓๓๕: Psoriasis

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑	นพ.สุทัศน์ ดวงดีเด่น	กรมการแพทย์
๒	พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓	นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- วาระการประชุมเพื่อพิจารณา the Secretariat report dealing with psoriasis (A๖๗/๑๘) และในการประชุม Executive Board ครั้งที่ ๑๓๓ ได้รับรอง Resolution EB ๑๓๓R๒ จึงได้นำเข้าที่ประชุม WHA ๖๗ เพื่อให้ที่ประชุมรับรอง draft resolution นี้โดยขอให้ Members States ยกย่อง awareness ต่อโรค Psoriasis และสนับสนุน World Psoriasis Day และขอให้ Director General รวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค Psoriasis เข้าไว้ใน WHO Website
- เนื้อหาใน draft resolution ได้กล่าวถึงโรค Psoriasis หรือสะเก็ดเงินว่าเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีอาการทางผิวหนังเป็นผื่นแดงหนา ขอบชัด เป็นสะเก็ดที่พบบ่อยตามข้อศอก หัวเข่า หนังศีรษะ มือและเท้า ในรายที่เป็นมากอาจจะมีผื่นผิวหนังขึ้นทั่วตัว บางรายถึงกับเสียชีวิตก็มีเนื่องจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการปรับอุณหภูมิ และการปกป้องผิว
- คนไข้โรคสะเก็ดเงินประมาณ ๑๐% จะมีอาการข้ออักเสบร่วมด้วย อาจจะเป็นที่มือ เท้า ข้อมือ ข้อเท้า เข่า คอ และหลัง ข้อบางข้ออาจจะเสียรูปทรง ปวดจนทำให้ร่างกายพิการได้
- ปัญหาที่สำคัญของโรคสะเก็ดเงินซึ่งเป็นโรคที่มีการอักเสบของร่างกายไม่เฉพาะแต่ผิวหนัง เป็นผลให้พบ comorbidities ที่สำคัญในอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายด้วย ทำให้คนไข้สะเก็ดเงินมีความเสี่ยงต่อโรค ischemic heart disease, stroke, hypertension, dyslipidemia, diabetes และ Crohn disease ขึ้นกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป

- ผลของโรคสะเก็ดเงินทำให้คนไข้กลุ่มนี้มี obesity, increase alcohol consumption, increase incidence of smoking
- World prevalence ของโรคสะเก็ดเงินประมาณ ๒% แต่ในประเทศพัฒนาแล้วอาจพบถึง ๔.๖% คนไข้ ๒ ใน ๓ เป็นชนิด mild form ซึ่งมีผื่นครอบคลุมร่างกายน้อยกว่า ๓% โดย ๓ ใน ๔ ของคนไข้เป็นโรคนี้อ่อนอายุ ๔๐ และ ๑ ใน ๓ เป็นก่อนอายุ ๒๐ ปี แต่เกิดในเด็กเพียง ๐.๓% โรคนี้อาจเป็นโรคที่มักจะเป็นเรื้อรัง รักษาดีขึ้นแล้วก็เป็นใหม่ แต่ในบางรายอาการอาจหายไประยะหนึ่ง ๕ ปี หรือนานกว่านั้น
- สาเหตุยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด พบว่า abnormal keratin formation, epidermal proliferation, activation of immune system และปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อพยาธิกำเนิดของโรค เด็กที่ทั้งพ่อและแม่เป็นโรคสะเก็ดเงิน มีโอกาสเป็นโรคนี้อีกถึง ๔๑% ถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็น โอกาสที่ลูกจะเป็น ๑๔%
- ผื่นอาจกำเริบบริเวณที่ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ ผื่นที่มี sunburn หรือกำเริบเมื่อคนไข้มีความเครียด ถ้ามีการติดเชื้อที่ผิวหนังคนไข้ ๔๕% ผื่นสะเก็ดเงินอาจกำเริบขึ้นได้ เช่น pharyngitis, dental abscess, skin infection ในคนไข้กลุ่ม HIV infection ผื่นสะเก็ดเงินในคนไข้กลุ่มนี้อาจจะยากต่อการรักษา และมักพบอาการปวดข้อร่วมด้วย
- ยา lithium salts, interferon,  $\beta$ -blockers, chloroquine, รวมทั้งการลดหรือหยุดยาสเตียรอยด์อาจทำให้ผื่นสะเก็ดเงินกำเริบขึ้นได้
- ปัญหาทางสังคม คนไข้สะเก็ดเงินมักจะได้รับ discrimination ในการจ้างงาน และ social isolation เด็กที่เป็นสะเก็ดเงินมีแนวโน้มจะเกิด psychiatric disorders มากกว่า
- สะเก็ดเงินเป็นโรคที่รักษาได้ แต่ไม่หายขาด (it is a treatable but not a curable disease) การรักษา ถ้าเป็นน้อยใช้ยาทาเป็นหลัก ได้แก่ vitamin D<sub>3</sub> analogues, corticosteroids, coal tar, dithranol รายที่เป็นมากขึ้นอาจรักษาด้วย phototherapy หรือใช้ systemic agents เช่น Methotrexate, cyclosporine, systemic retinoids หรือยา biologicals.
- การรักษาโรคนี้นี้ไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาผื่นผิวหนัง แต่มุ่งไปที่ comorbidities ซึ่งเน้น early detection, screen cardiovascular risk factors ได้รับคำปรึกษาและการรักษาที่เหมาะสม ทั้ง healthy diet, exercise รวมทั้งการดูแลเรื่อง over-weight คนไข้สะเก็ดเงินมัก unmet medical need
- โรคนี้อย่างต้องการการวิจัยสนับสนุนทั้งในด้านพยาธิกำเนิด การรักษา การจัดการ comorbidities
- ระบบการดูแลรักษา
- ควรเข้าไปอยู่ใน healthcare service ระดับ primary care ทั้ง best possible patient care, patient education การให้คำปรึกษาและการเข้าถึงการรักษา สำหรับประเทศที่มีความพร้อม การให้การดูแลโรคนี้อาจมีทั้งในส่วนที่เกิน primary care เช่นการรักษาโดย dermatologists, หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทั้ง secondary และ tertiary care โดยมีการจัดสมดุระหว่าง professionals และ generalists training และการดูแลที่ cross referral ทั้งสองส่วน
- ให้อุดูแล identifying successful approaches for integrating management of psoriasis ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ทั้งกลุ่มประเทศ low-income และ middle-income

#### Key actions ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

๑. Commitment of policy makers และการจัดการให้มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอ
๒. การเข้าถึงบริการ และยาที่จำเป็น
๓. การศึกษาอบรม health care providers โดยเฉพาะใน primary care settings
๔. สร้าง core network ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคผิวหนัง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ให้ตอบสนองต่อความต้องการได้

- ๕ จัดให้มีองค์กรด้านประชาชนที่ให้การศึกษาค่าปรึกษา และ self-care program กับคนไข้สะเก็ดเงิน
- ๖ Effective mechanisms ที่จะพัฒนาองค์กรที่สนับสนุนการดูแลคนไข้สะเก็ดเงินและครอบครัว

#### บทบาทและท่าทีประเทศอื่นๆ และสรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมมีความเห็นตรงกันในการที่จะเพิ่ม awareness และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ให้เป็นระบบในทุกๆ level of care และ encourages Member States ให้จัดให้มี World Psoriasis Day ขึ้นทุกวันที่ ๒๙ ตุลาคมของทุกปี และขอให้ Director-General จัดทำ global report on Psoriasis ภายใในปี ๒๐๑๕ และให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงินใน WHO website
- มีส่วนที่ไม่เห็นด้วยคือ Medicus Mundi International และ People's Health Movement กล่าวว่า ร่างนี้ส่วนหนึ่งถูกผลักดันมาจาก the International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยา รวมทั้ง the International Association of Patients' Organizations (IAPPO) และอีกหลายองค์กร ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาเช่นกัน ทำให้ World Psoriasis Day ดูเหมือนเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ทำให้บริษัทยาสามารถขยายตลาดยารักษาสะเก็ดเงินที่มีราคาแพง จึงไม่เห็นด้วยกับการเพิ่ม awareness ด้วย World Psoriasis Day

#### บทบาทท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนการเพิ่มความตระหนักต่อโรคสะเก็ดเงิน และให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ให้เป็นระบบ ในทุกระดับของการบริการสุขภาพและ สนับสนุน World Psoriasis Day

#### ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

- ๑ จัดทำแผน health workforce ให้สอดคล้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในทุกระดับทั้ง primary care secondary care และ tertiary care
- ๒ จัดระบบการให้การศึกษาคู่มือ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงินโดยเฉพาะบุคลากรด่านหน้า
- ๓ จัดการเรื่อง network ของผู้เชี่ยวชาญหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคสะเก็ดเงิน ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ผิวหนัง
- ๔ ผลักดันให้มีทั้ง civil society groups รวมทั้ง self-help group
- ๕ สนับสนุนสร้างความเข้มแข็ง Psoriasis Centers ให้เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการวางแผนงาน ให้การสนับสนุนด้านการศึกษา และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และจัดทำ National Program โรคสะเก็ดเงิน

##### ในระดับนานาชาติ

สนับสนุนการมีส่วนร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ในการติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้านการดำเนินงานบริหารจัดการการเพิ่มความตระหนักต่อโรคสะเก็ดเงิน และการดำเนินงาน World Psoriasis Day

#### Intervention on agenda ๑๓.๕ Psoriasis

Thank you Chair,

Thailand commends the secretariat for the report on this important yet largely neglected topic of Psoriasis.

Psoriasis is not merely the disease of skin of individual, but it also reflects the diseases of health system, including poor health literacy, awareness, health care accessibility, adequacy and competency of health workforces and health information system.

Thailand, chair, see the preparedness of health workforces, particularly at primary and secondary care systems, as the do-or-die for the success in addressing Psoriasis. Education, training and motivation are of significance to strengthen our frontline workforces. Network of experts, community of practices, and collaboration of civil society groups including self-help groups could enhance the effectiveness of the program.

Thailand envisages that if strategically utilized, the Psoriasis Centers around the world could play the significant role in boosting the programs, particularly on strengthening of expertise and experience, trained workforces and raising awareness.

Lastly, Thailand supports the concept of establishing and strengthening national program on Psoriasis, integrating the program and activities to broader health system, and declaring the World Psoriasis Day to raise social awareness and commitment. Therefore, Thailand supports the draft resolution as contained in the document A67/A/Conf. X.

Thank you Chair.

#### Agenda ๑๘.๑ : Monitoring the achievement of the health-related MDGs (Health in post ๒๐๑๕)

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เบญจวรรณ ธีวสุภา	กรมอนามัย
๒. ญ. อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๓. พญ. สายพิน โชติวิเชียร	กรมอนามัย
๔. ดร. ญ. วลัยพร พัทธนฤมล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

##### สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้มีการเสนอและพิจารณาให้ยอมรับร่าง Resolution Document A67/A/CONF./๔ /REV.๒ Health in the post-๒๐๑๕ development agenda ที่สนับสนุนโดย ๕๗ ประเทศในภูมิภาคแอฟริกา (Draft resolution proposed by the ๕๗ Member States of the African Region) นำโดยประเทศซิมบับเว ได้เสนอร่าง Resolution ของวาระนี้ และให้มี Drafting group โดยเชิญ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นประธาน Drafting group และ ให้ที่ประชุมสมัชชานานาชาติ สมัยที่ ๖๗ พิจารณาร่าง Resolution
- ร่าง Resolution นี้ ได้ให้ความสำคัญในเรื่องเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะส่งต่อการพิจารณาเรื่องเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ ที่นครนิวยอร์ก ในเดือนกันยายน ๒๐๑๕ เพื่อให้แน่ใจว่าเรื่องสุขภาพจะเป็นศูนย์กลางของเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ นี้ โดยเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะการลดภาระโรคไม่ติดต่อ (Reducing the burden of non-communicable

diseases) และให้มีการผนวกเรื่อง Multisectoral approach นอกจากนี้เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพแบบรอบด้าน ผ่านการให้บริการสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ นั้นประสบความสำเร็จได้

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ใน Drafting group ประเทศสมาชิก ได้เริ่มกันระดมความคิดเห็นโดยร่วมกันกำหนดขอบเขตของวาระสุขภาพในเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

#### (๑) จำแนกตามประเด็นปัญหา (Problem streams)

๑. วาระที่ยังทำไม่สำเร็จ (Unfinished agendas) ประกอบด้วยเป้าหมายเฉพาะทั้ง MDG ๔, MDG ๕ และ MDG ๖, อนามัยเจริญพันธุ์ (sexual reproductive health and right ใน MDG๕b), FGM
๒. Emerging agendas ประกอบด้วย การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD), สุขภาพจิต, Injuries, New born, Cancer, Neglected Tropical Disease (NTD), Disability

#### (๒) จำแนกตามแนวทางต่างๆที่เพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพ (Solution streams: cross cutting/ cross sectoral)

๑. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage) โดยครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม และการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน
๒. Health System Strengthen (HSS) ประกอบด้วย ระบบการส่งต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสาธารณสุขชุมชน, บุคลากรด้านสาธารณสุข, งบประมาณ, palliative care, การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ, คุณภาพในการให้บริการ
๓. สิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Right - based approaches for sexual reproductive health)
๔. Social determinants of Health ที่รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาคส่วนอื่น เช่น จากสิ่งแวดล้อม หรือจากนโยบายด้วย
๕. Equity (gender)
๖. Health in all policy (HiAP)
๗. การสุขภาพิบาล / น้ำสะอาด / โภชนาการ
๘. Preparedness complex emergencies situation
๙. Accountability: achieved through evidence and information platforms, CRVS systems, ระบบติดตามและประเมินผล

จากนั้น ประธานได้ให้ฝ่ายเลขานุการ ปรับร่าง Conference paper โดยรวบรวมประเด็นต่างๆข้างต้น และใช้ในการพิจารณาตัวร่าง Resolution ต่อไป โดยพบว่าแต่ละประเทศมีท่าทีต่างๆ เพื่อนำเสนอประเด็นที่ประเทศตัวเองสนใจ และเป็นข้อห่วงใยในเรื่องคำและภาษาที่ใช้ เช่น ประเทศ Argentina, Mexico, Denmark, Norway, Sweden, Switzerland มีข้อห่วงใยเรื่องการให้ความสำคัญกับ MDGs ในวาระสุขภาพตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ (post-๒๐๑๕ development goals) ที่จะต้องครอบคลุมเรื่องสุขภาพทุกช่วงอายุ และใช้ Human Right Approach ประเทศในกลุ่ม EU ให้ความสำคัญในการใช้ Right-based approach เพื่อดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย ประเทศโมนาโคให้ความสำคัญเรื่อง sexual reproductive health Right ประเทศบราซิลให้ความสำคัญเรื่อง Social determinants of health และคำว่า Right to health ประเทศลิเบีย มีข้อห่วงกังวลเรื่องกลไกทางการเงิน ที่จะมาช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยเข้าร่วมการประชุม Drafting group เพื่อพิจารณาร่าง Resolution และได้นำเสนอข้อห่วงใยต่างๆ ในการประชุมคณะทำงาน Drafting group เช่น ใน post-๒๐๐๕ วาระด้านสุขภาพควรมุ่งไปที่เป้าหมายหลักที่สำคัญ มากกว่าเรื่องตัวชี้วัดด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญเรื่อง UHC เนื่องจากเป็นแนวทางที่ครอบคลุมเรื่อง Unfinished agendas ของ MDGs และครอบคลุมประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพอยู่แล้ว
- ประเทศไทยสนับสนุนร่าง Resolution Document A/๖๗/W/CONF./๔ นี้ และสนับสนุนประเทศ Timor Leste ในฐานะตัวแทนประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่สนับสนุนให้มีการรับรองร่างมตินี้เช่นกัน

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ประธาน Drafting group (นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) ได้สรุปผลการดำเนินงาน จากร่าง Resolution ที่ประเทศในภูมิภาคแอฟริกาได้ยกร่างมา มีการประชุมกันหลายชั่วโมง และประชุมกันหลาย session ต่อเนื่อง จนได้ออกมาเป็น Resolution Document A/๖๗/W/CONF./๔ ที่เป็น consensus text โดยมีคำขอปรับแก้คำและเครื่องหมายที่ฝ่ายเลขา ฯ พิมพ์ผิดบางส่วน ทั้งนี้หากแก้ไข text เรียบร้อยแล้ว ประธานได้ขอให้มีการรับรองร่างมตินี้ โดยฉันทามติ
- ประเทศส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับ consensus text ในร่าง Resolution Document A/๖๗/W/CONF./๔ /REV.๒ และสนับสนุนประธาน drafting group ที่ให้มีการรับรองร่างมติ เรื่องวาระสุขภาพ ในเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ นี้
- ที่ประชุมรับรองมติ ตามข้อเสนอของประเทศสมาชิก

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการเตรียมการเพื่อรองรับ เป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ และจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตาม MDGs ที่เป็นปัจจุบัน และเร่งดำเนินการตามเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุผลให้ได้ตามที่กำหนดไว้ต่อไป เนื่องจากประเด็นเหล่านี้ อาจจะถูกบรรจุในเป้าหมายแห่งการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ ด้วย
- หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข มีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมายเหล่านี้ ดังนั้นควรมีการมอบหมาย focal point ที่จะป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลและประสานติดตามการดำเนินงานตาม MDGs และ Post-๒๐๑๕ ที่จะเกิดขึ้น ต่อไป

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความร่วมมือกับ WHO และผลักดันในระดับนานาชาติ ให้ Unfinished Agenda ของ MDGs สำเร็จและเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ใหม่ๆ ทางสังคมที่จะเกิดขึ้นจากการพัฒนา
- สร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาค หรือนานาชาติ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาไปพร้อมๆกัน เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เป็นสากล เพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของ MDGs

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

Read by ดร.เกษักรหญิงวัลย์พร พัทธนนฤมล (๒๔/๐๕/๒๐๑๔)

Delegations of Thailand support Timor Leste on behalf of SEAR who co-sponsor on resolution A๖๗/A/CONF./๔/REV.๒ and support small amendments by Chair of the drafting group.

*[Note: The first version of this intervention on agenda ๑๔.๑ that had been prepared before the drafting group but had not been read out due to outcomes of drafting group and time limitation]*

### Agenda: ๑๔.๒: Newborn health: draft action plan “Every newborn: an action plan to end preventable deaths”

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| ๑. พญ.สายพิน โขติวิเชียร | กรมอนามัย        |
| ๒. พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร | มหาวิทยาลัยมหิดล |

#### สาระสำคัญของวาระ

แม้จะมีความพยายามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปีในการลดการตายของทารกทั่วโลก แต่ยังคงพบว่า อัตราการลดลงของทารกตายยังเป็นไปอย่างล่าช้า ทารกจำนวนมากยังคงเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าทารกจำนวนมากเติบโตเป็นเด็กที่ภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของประชากรโลก ทั้งในปัจจุบันและอนาคต หลายองค์กรระดับโลก เช่น WHO, UNICEF มีความพยายามในการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการออก action plan และตัวชี้วัดต่างๆจากการประชุมและลงความเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก รวมทั้งผู้แทนของแต่ละประเทศ NGOs และตัวแทนจากหน่วยงานราชการ โดยมีการเปิดรับข้อคิดเห็นและปรับแก้ไข จนกระทั่งครั้งล่าสุดเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ ๒๐๑๔ จึงได้มีการนำเสนอ draft action plan เรื่อง “Every newborn: an action plan to end preventable deaths” และ draft resolution proposed โดย Cameroon, Canada and Malawi (A๖๗/A/CONF./๒) เพื่อพิจารณาในการประชุม WHA ๖๗<sup>th</sup>

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนและ cosponsor draft resolution ที่ proposed โดย Cameroon, Canada and Malawi (A๖๗/A/CONF./๒) โดยเสนอปรับข้อความบางส่วนและได้ออกมาเป็น draft resolution proposed Cameroon, Canada and Malawi incorporating amendments by Member States (A๖๗/A/CONF./๒ Rev.๑) ประเทศอิหร่าน มาลาวี และคูเวต เสนอให้ปรับข้อความใน action plan และมีความเห็นขัดแย้งกับข้อความที่เสนอใน OP(๑) ของ draft resolution (A๖๗/A/CONF./๒/Rev.๑) ที่ว่า “๑. ENDOSES the newborn health: action plan, with amendments as suggested at the Sixty-Seventh World Health Assembly.” ในขณะที่ประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทยเห็นควร adopt this action plan ท้ายที่สุดทุกประเทศเห็นด้วย กับข้อความที่ประเทศออสเตรเลียเสนอ คือ ปรับข้อความใน OP(๑) โดยตัดส่วน with amendments as suggested at the Sixty-Seventh World Health Assembly และเพิ่มข้อความดังต่อไปนี้ใน OP(๓) “๓. REQUESTS the Director-General: To take into account the view express at ๖๗<sup>th</sup> World Health Assembly as well as the domestic contexts when supporting the implementation the plan of the action at national level.”

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

วาระนี้เป็นหนึ่งใน SEAR one voice และประเทศไทยให้การสนับสนุน action plan ดังกล่าว โดยมี การขอแก้ไข draft resolution ที่ proposed โดย Cameroon, Canada และ Malawi เพียงเล็กน้อย นอกนั้นเป็นการแสดงความเห็นเกี่ยวกับ action plan และ indicators สำหรับประเทศที่สามารถลดการตายของทารกได้ตามเป้าหมายแล้ว ซึ่งควรเน้นเรื่องคุณภาพการบริการและความเท่าเทียมให้มากขึ้น นอกจากนี้ในกลุ่ม High-risk group ได้แก่ teenage pregnancy และ migrants ซึ่งยังมีปัญหาในการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ การใช้ชุดสิทธิประโยชน์ (Universal health coverage) และ social determinants of health น่าจะเป็นกลไกสำคัญ ในการแก้ปัญหา

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมลงความเห็นเป็นเอกฉันท์ตามข้อเสนอในการปรับแก้ไข Draft resolution proposed Cameroon, Canada and Malawi incorporating amendments by Member States (A๖๗/A/CONF./๒ Rev.๑) รายละเอียดดังแสดงข้างต้น

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- ประเทศไทยดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่เสนอใน action plan โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๕ อัตราการตายทารกเท่ากับ ๖.๘ ต่อการเกิดมีชีพพันคน อัตราตายคลอด (stillbirths) ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๔ คน ต่อการเกิดทั้งหมดพันคน
- กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพมีโครงการที่เสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลแม่ และเด็กทั้งการฝากท้อง ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเน้นการฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ และการอภิบาลทารกแรกเกิด เน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่รับผิดชอบ มีการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล โดยมี MCH Board เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานอบรม อสม. ให้เข้ามามีส่วนร่วมเน้นการทำงานโดยเครือข่ายชุมชน
- การดำเนินงานต่อควรเน้นในเรื่องคุณภาพและการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น migrants และการพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพรวมทั้งการลงทะเบียนและเพื่อให้ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์และทารกทุกราย

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามเรื่อง newborn health จากที่เป็นหนึ่งในหัวข้อที่มีการเสนอให้บรรจุใน MDG post ๒๐๑๕ development agenda
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของ health information system ให้มีข้อมูลที่ทันต่อสถานการณ์และมีตัวชี้วัดที่สามารถใช้เปรียบเทียบสถานการณ์กับนานาประเทศได้

Intervention on agenda ๑๔.๒ Newborn health: draft action plan “Every newborn: an action plan to end preventable deaths”

Read by Dr. Pattarawalai (๒๗/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you, Chair

Thailand aligns with the statement made by Nepal on behalf of eleven member states from South-East Asia region.

My delegation appreciates the Secretariat for the report and would like to commend all Member States, Secretariat and other relevant stakeholders involved in the developments of the draft action plan in our hands today.



Thailand supports the Draft Action Plan, with strong believe that this Plan would be the main tool for the global community to prevent this preventable tragedy. However, Thailand would like to raise our concerns on this action plan.

Firstly, the Action Plan should guide every country what to do, regardless to their Newborn Health situations. Thailand is among many other countries that already achieve the two mortality targets, so what should we do then. From our perspective, we should integrate mortality targets with quality-oriented and equity-oriented targets.

Secondly, in any situation, Chair, we should 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. Universal health coverage and people-centered health care system are among tools to reach these high-risk groups.

Thirdly, the social determinants of health are sparsely referred to in the action plan. In its implementation, Thailand would like to see both universal health coverage and social determinants of health as the core cross-cutting concepts at both national and international levels. Thailand would also like to thank the cosponsors of the draft resolution. We would like to propose four minor and friendly amendments.

In the six preamble paragraph, at line three, after women and newborns we would like to insert the clause, “especially for high-risk groups’ so the line would read: women and newborns, especially for high-risk groups, including the prevention .. (and so on).

Second amendment is on operative paragraph 6. At the end of subparagraph 6 we would like to add a clause “with particular focus on high-risk groups” so the line would read indicators defined in the newborn health action plan, with particular focus on high-risk groups”.

Third amendment is on operative paragraph 6, subparagraph 6, we would like to insert the word “the access to and “ after financial resources to improve. So the line would read: committing themselves to allocating adequate human and financial resources to improve the access to and the quality of care ... (and so on).

Lastly, at operative paragraph 6, subparagraph 6, we would like to amend the first part of this subparagraph from “strengthening national health management information systems” and replace with “strengthening health information systems”.

Thank you, Chair

## Agenda ๑๔.๓: Addressing the global challenge of violence, in particular against women and girls

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.พญ.เบญจมาศ พงษ์กษานนท์	กรมสุขภาพจิต
๒. ผศ.ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ	สมาคมพยาบาลฯ
๓. พญ. ھرรษา รัชชาคม	กรมควบคุมโรค
๔. นพ. ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / กรมควบคุมโรค
๕. ภญ. อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- เป็นวาระเสนอเพื่อพิจารณาให้ยอมรับร่าง Resolution Document A๖๗/A/CONF./๑/REV.๑ Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children ที่สนับสนุนโดย ๒๒ ประเทศ (Draft resolution proposed by the delegations of Albania, Australia, Belgium, Canada, Guatemala, India, Italy, Latvia, Mexico, Moldova, Namibia, Netherlands, Norway, Paraguay, Portugal, Switzerland, Thailand, Turkey, Ukraine, Uruguay, USA and Zambia)
- ร่าง Resolution ได้ให้คำจำกัดความของประเภทของความรุนแรง และให้ตระหนักถึงความสำคัญถึงปัญหาความรุนแรงประเภทต่างๆ ที่พบว่ามีระบบการรายงานที่ไม่ครอบคลุม ให้ความสำคัญในกรณี interpersonal violence, in particular against women and girls, and children ที่พบว่าเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ซึ่งทำลายระบบสาธารณสุข กรณีการจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ รวมทั้งผลเสียที่ตามมาทางเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น ระบบการศึกษา

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ในระหว่างการร่าง Resolution พบว่ามีท่าทีที่หลากหลายในแต่ละประเทศ โดยมีประเด็นสำคัญที่แสดงท่าทีแตกต่างกันแบ่งได้ประมาณ ๓ ประเด็น

๑. ประเด็นเรื่องขอบเขตการดูแลปัญหาความรุนแรง (type of violence) ว่าจะกำหนดเฉพาะความรุนแรงระหว่างบุคคล หรือ ความรุนแรงอื่นๆทั้งหมดให้ครอบคลุม เช่น ความรุนแรงต่อตนเอง (self-directed violence) ความรุนแรงในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งของกลุ่มคน (collective violence)
๒. ประเด็นเรื่องขอบเขตการดูแลผลกระทบที่เกิดจากปัญหาความรุนแรง ว่าจะกำหนดขอบเขตเฉพาะการจัดการดูแลและป้องกันผลกระทบเฉพาะทางด้านสุขภาพ (health consequences/impact) หรือ การจัดการดูแลป้องกันผลกระทบให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม (health, economic and social consequences/impact)
๓. ประเด็นเรื่องกลุ่มประชากรเป้าหมายว่าจะเน้นกลุ่มผู้หญิงและเด็กหญิง (women and girl) ซึ่งจะเป็นประเด็นเรื่องเพศภาวะ (gender related violence) ที่ทางกลุ่มประเทศยุโรปสนับสนุน หรือ จะเน้นกลุ่มผู้หญิงและเด็กที่รวมทั้งเด็กหญิงหรือเด็กชาย (women and children) ที่ทางกลุ่มประเทศมุสลิมสนับสนุน เนื่องจากในกลุ่มประเทศเหล่านี้มีอุบัติการณ์ของปัญหาความรุนแรงในเรื่องเพศ (sexual –related violence) กับเด็กชาย

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการร่างมติ)

- สนับสนุนร่าง Resolution นี้
- เข้าร่วมการประชุมของคณะกรรมการร่าง Resolution ทั้งสิ้น ๓ sessions ตั้งแต่ EB ๑๓๔ ทั้งสิ้น ๓ sessions และ WHA ๖๗ ๑๐ sessions on ๒๑ May ๒๐๑๔ (๑๔:๓๐-๑๗:๓๐, ๑๗:๓๐-๒๑:๓๐) ๒๒ May ๒๐๑๔ (๐๙:๐๐-๑๑:๔๕, ๑๔:๓๐-๑๗:๓๐, ๑๗:๓๐-๒๑:๓๐) ๒๓ May ๒๐๑๔ (๐๙:๐๐-๑๑:๔๕, ๑๔:๓๐-๑๗:๓๐, ๑๘:๐๐-๒๑:๐๐, ๒๑:๓๐-๒๔:๐๐), ๒๔ May ๒๐๑๔ (๐๙:๑๕-๑๓:๑๕)
- เน้นให้มีความตระหนักว่าปัญหาความรุนแรง ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดผลกระทบทางสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังทำให้เกิดผลกระทบในมุมกว้างทางสังคม รวมทั้งไม่ใช่ปัญหาของบุคคลคนเดียว แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย และเรียกร้องให้ WHO ทำรายงาน World Report on Violence and Health ฉบับใหม่ให้ครอบคลุมประเด็นทางสังคม และ สังเคราะห์ ทั้ง risk และ protective factors สำหรับความรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิก

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- Co-chair สรุป outcomes หลัก ๆ ของ resolution: ให้ประเทศสมาชิกมีการสนับสนุนบทบาทของระบบสุขภาพในการทำการป้องกันและดูแลปัญหาความรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงและเด็กหญิงรวมทั้งเด็ก รวมทั้งให้มีรายงานการดำเนินงานใน EB๑๓๖, รายงานใน global status report on violence and health ที่จะมีการทำงานร่วมกันกับ UNDP และ UNODC , รายงานการดำเนินงานใน EB๑๓๘ และขอให้มีการนำเสนอร่าง global action plan ใน WHA๖๘
- ๖๗ ประเทศแสดงความเห็นสนับสนุนให้ยอมรับ resolution นี้ (มี amendment บางถ้อยคำ ซึ่งยอมรับกันได้ ในที่สุด) เช่น อิรัก บาร์เรน ออสเตรเลีย โดยไทยไม่ได้ make intervention เพราะเวลาจำกัด

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

- เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน ทั้งความรุนแรงระหว่างบุคคลและความรุนแรงในเหตุการณ์วิกฤติและขัดแย้ง ควรมีการผลักดันให้เกิดภาพนโยบายระดับประเทศที่ชัดเจน อันจะมีผลให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณและกำลังคน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการดำเนินงานในหลายภาคส่วนร่วมกัน ทางภาคประชาชน ภาคเอกชนและภาครัฐบาล
- ให้ระบบสุขภาพมีบทบาทในการสร้างร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เช่น ระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ในให้บริการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงหรือได้รับผลกระทบกับความรุนแรงทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสตรีและเด็ก โดยอาจจะมีการทำมาตรฐานการทำงานประสานระหว่างกันให้ชัดเจน
- ปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร งานวิจัย รวมทั้งระบบรายงานเพื่อให้สามารถรายงานอุบัติการณ์และผลกระทบของความรุนแรงประเภทต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น

### การทำงานในระดับนานาชาติ

สำหรับวาระที่มีความต่อเนื่องเช่นวาระปัญหาความรุนแรงนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรจะต้องมีการมอบหมายให้เป็นวาระที่มีหน่วยงานเช่นกรมหรือกองใด เพื่อการเป็นจุดประสาน (focal point) กับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้ผู้แทนจากหน่วยงานที่รับผิดชอบดังกล่าว สามารถรับทราบสถานการณ์ความก้าวหน้า ซึ่งจะทำให้การนำเสนอผลความก้าวหน้าในเวทีระดับโลก ได้แก่ การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (EB) การประชุมสมัชชาโลก (WHA) ครั้งต่อไปเกิดประโยชน์สูงสุด

## Agenda ๑๔.๔ Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา	กรมอนามัย
๒. ผศ.ดร. ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. ดร. ประภาสิต กายะสิทธิ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. รศ.ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	สภาการพยาบาล
๕. นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

### สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้ได้กล่าวถึงปัญหาการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ที่อาจส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น ความต้องการด้านต่างๆที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการบริการด้านสาธารณสุข การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และสวัสดิการทางสังคม ในขณะที่สัดส่วนของประชากรในวัยทำงานลดลง
- แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัด ในเรื่องของระบบสุขภาพและบุคลากรที่ดูแลประชากรผู้สูงอายุ ที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและสังคม ดังนั้น จึงมีแนวคิดเรื่อง Life-course approach to healthy ageing ที่ให้ความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในประชากรตลอดช่วงอายุ และจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ระดับโลก ในการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ (Comprehensive global strategy on ageing and health) นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงการบูรณาการในการทำงานจากทุกภาคส่วน (Multisectoral Approach) รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางที่สำคัญในการดูแลประชากรผู้สูงอายุด้วย
- มีการเสนอรายงาน ให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ พิจารณา

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศออสเตรเลียเสนอให้ WHO ดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ระดับโลก และแผนปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ (Comprehensive global strategy and plan of action on ageing and health) โดยผ่านการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกและบูรณาการกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และนำเข้าสู่การพิจารณาในการประชุม EB ในเดือนมกราคม ๒๐๑๖ และ WHA ในเดือนพฤษภาคม ๒๐๑๖
- ประเทศต่างๆ เห็นด้วยกับตัวรายงาน และหลายประเทศสนับสนุนข้อเสนอของออสเตรเลีย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์อย่างรวดเร็ว โดยจัดว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี ๒๐๐๗ จากนั้นมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๐ มาเป็นร้อยละ ๑๕ ภายในปี ๒๐๑๔ และในปี ๒๐๒๕ คาดว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นมากกว่า ๒๐ เปอร์เซ็นต์ หรือ ๑๔ ล้านคน
- ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน ที่จะต้องทำให้ประชาชนผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพอย่างครบถ้วนและทั่วถึง โดยผ่านการดำเนินงานร่วมกันจากหลายภาคส่วนแบบบูรณาการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่าน the life-course approach ซึ่งรวมถึงความต่อเนื่องของการได้รับดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งก่อน/กำลังเสียชีวิต ซึ่งประเทศไทย ได้นำยุทธศาสตร์ชาติในการส่งเสริมสุขภาพ มาดำเนินการเพื่อให้ได้ "Good death" ด้วย
- ทั้งนี้ ประเทศไทย ได้สนับสนุนข้อเสนอที่เสนอโดยประเทศออสเตรเลียเช่นกัน โดยได้แสดงข้อห่วงใยในเรื่องความปลอดภัยด้านสุขภาพ แหล่งทางการเงินที่มั่นคง และการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งแบบระยะสั้น และระยะยาว เป็นสิ่งที่ต้องทำให้มีความเข้มแข็ง ต่อไป

- นอกจากนี้ สิ่งที่ยังเป็นข้อกังวลและเป็นช่วงว่างที่สำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา ได้แก่ เรื่องการพัฒนาด้านนวัตกรรมและกลยุทธ์ที่อาศัยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมสร้างศักยภาพและการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ประชุมรับรองข้อเสนอของประเทศสมาชิก และมอบให้ฝ่ายเลขาเตรียมพัฒนาร่างยุทธศาสตร์ฯ และแผนปฏิบัติการ นำเข้าพิจารณาในการประชุม ๑๓๘<sup>th</sup> EB และ ๖๙<sup>th</sup> WHA

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับเรื่องผู้สูงอายุ โดยผนวกไว้ในพัฒนานโยบายและแผนระดับชาติต่างๆ
- พัฒนารอบการดำเนินงาน และแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ประกอบด้วยเรื่อง การบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งในประเด็นนี้ไม่เพียงแต่สุขภาพผู้สูงอายุเท่านั้น แต่เป็น Life-course ที่ให้ความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในประชากรตลอดช่วงอายุด้วย และควรให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนอกภาคสาธารณสุข ภาคเอกชนและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนนี้ ให้เกิด Multisectoral action plan ที่ครอบคลุมถึงเรื่อง social service and welfare ด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและดำรงชีวิตได้อย่างไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น
- สิ่งสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความพร้อม โดยอาจมีหลักสูตรโดยเฉพาะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ และเพิ่มความเข้มแข็งให้การบริการสาธารณสุขชุมชน (primary care) ให้สามารถช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านหรือในชุมชนได้ โดยไม่ต้องรอป่วยแล้วมาโรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงโรงพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคซับซ้อน เช่น มะเร็ง กระดูก ไต หรือโรคเรื้อรังต่างๆ และต้องการการดูแลรักษาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ primary care ในประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอ และยังขาดความพร้อมที่จะรองรับความเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องบุคลากรและงบประมาณ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทเชิงรุกในกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์ระดับโลก และแผนปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ (Comprehensive global strategy and plan of action on ageing and health) โดยในเบื้องต้นอาจมอบหมายให้กรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบ โดยผ่านการปรึกษาหารือกับคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรหลักระดับชาติด้านผู้สูงอายุ ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ
- ควรดำเนินการเตรียมการในส่วนที่เกี่ยวข้องในวาระเรื่องผู้สูงอายุ สำหรับการประชุมที่จะจัดขึ้นครั้งต่อไป คือ ๑๓๘<sup>th</sup> EB และ ๖๙<sup>th</sup> WHA

Intervention on agenda ๑๔.๔ Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing

Read by Dr. Benjawan Tawatsupa (๒๔/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you Chair,

Thailand thanks the Secretariat for the report and appreciates the great effort and much progress on healthy aging agenda.

Thailand is among societies with the most rapid demographic transitions. Since ๒๐๐๗, it became an ageing society, elderly proportion increases from ๑๐ percent to ๑๕ percent by ๒๐๑๔ and to over ๒๐ percent or ๑๔ million population by ๒๐๒๕

There is an urgent need for a comprehensive public health intervention integrated through multi-sectoral actions to promote healthy aging through the life-course approach. This includes a continuum of care until the end of life while observing the dignity of the death and dying. Thailand had adopted a national strategy for health promotion to “good death”.

However, health security, sustainable financial sources and provision of acute and long term care are all to be further strengthened.

Also evidence-based strategies and innovation development, capacity building and workforce development, particular elderly carers and at primary cares, are still a major gap.

Thailand also supports the proposed by Australia.

Thank you Chair,

#### Agenda ๑๔๕: Public Health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: the role of WHO and ministries of public health in the implementation of the Minamata Convention

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| ๑. ดร.เบญจวรรณ ชวีชสุภา | กรมอนามัย              |
| ๒. นายรติกร กัณฑ์พงษ์   | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |

##### สาระสำคัญของวาระ

- สารปรอทเป็นสารเคมีที่ทั่วโลกมีความห่วงกังวล เนื่องจากสามารถเคลื่อนย้ายได้ไกลในชั้นบรรยากาศ ตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการสะสมในสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศน์รวมทั้งส่งผลเสียต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ
- อนุสัญญามินามาตะว่าด้วยการจัดการสารปรอทนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจากการปลดปล่อยสารปรอทและสารประกอบปรอท จากกิจกรรมของมนุษย์สู่ธรรมชาติ
- การศึกษาของ UNEP พบว่า “การลดความเสี่ยง” เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานเพื่อการจัดการสารปรอทระหว่างประเทศในระยะยาว พร้อมทั้งเรียกร้องให้รัฐบาลประเทศต่างๆ องค์กรเอกชน และองค์การระหว่างประเทศ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO) ดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงจากสารปรอทในผลิตภัณฑ์และกระบวนการผลิต และผลักดันให้ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมการรับรองอนุสัญญามินามาตะ ให้ดำเนินการเพื่อรองรับตามอนุสัญญานี้
- วาระนี้ ได้ให้ประเทศสมาชิกพิจารณาเห็นชอบและรับรองร่างข้อมติ EB๑๓๔.R๕ “ผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารปรอทและสารประกอบปรอท: บทบาทขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขในการปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะว่าด้วยการจัดการสารปรอท” ร่วมกัน

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศให้ความเห็นชอบต่อร่างดังกล่าวโดยถือว่าการเป็น Global problem โดยเฉพาะประเทศกลุ่มอุตสาหกรรม(จีนเป็นผู้ระบุ) โดยชี้ให้เห็นถึงที่มาของสารปรอทที่มักเกิดจากน้ำมีอมนุษย์เช่นการเผาถ่าน การทำเหมืองแร่ที่มีการใช้ปรอท การควบคุมจัดการด้านขยะพิษของสารปรอทเพื่อไม่ให้กระทบต่อคนและสิ่งแวดล้อม การป้องกันควบคุมปัญหาดังกล่าวประเทศส่วนใหญ่เห็นว่านอกจากต้องลดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีส่วนประกอบของปรอทแล้วยังต้องมีการร่วมมือกันหลายภาคส่วนทั้งรัฐบาลที่มีทั้งส่วนของ public health และ หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคเอกชน (private sector) แต่ทั้งนี้ยังคงให้ Health sector เป็นแกนกลางในการดำเนินการ
- ในการนำเสนอที่ประชุมครั้งนี้ อูรุกวัย เป็นประเทศที่ได้รับการสนับสนุน intervention อย่างมาก เช่น โคลัมเบีย สวิตเซอร์แลนด์ อาร์เจนตินา เอกวาดอร์ สวีเดน รวมทั้งจาก WHO Secretariat และ UNEP นอกจากนี้ประเทศเม็กซิโกก็ได้นำเสนอให้รวมกลุ่มคนในพื้นที่เหมืองแร่และบริเวณโดยรอบเหมือง และประเทศญี่ปุ่นพร้อมที่จะ share activity ร่วมกับประเทศอื่น
- ประเทศส่วนใหญ่เสนอให้มีการสนับสนุนด้าน Technical และ financial เพื่อให้มีการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยเฉพาะสุรินัมซึ่งพูดในนามของ Union South African ส่วนเวียดนามขอให้มี Guideline for preventive

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยให้การสนับสนุนร่างนี้เช่นกันและได้เสนอให้เพิ่มกลุ่มผู้เสี่ยงสูง (High risk group) เพื่อไม่ให้ตกหล่นในการดำเนินการ นอกจากนี้ได้เน้นความร่วมมือในหลายภาคส่วนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนดำเนินการ

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมเห็นชอบต่อร่างข้อมตินี้ โดย WHO Secretariat จะให้การสนับสนุนทางวิชาการ และมอบให้ประเทศอูรุกวัย เป็น leadership

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย (ได้แก่ สำนักทันตสาธารณสุข ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม) และดำเนินการร่วมกับกรมควบคุมมลพิษ เพื่อเตรียมความพร้อม หากมีการลงนาม ให้สัตยาบัน หรือภาคยานุวัติ เพื่อการปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะให้สอดคล้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน
๒. กระทรวงสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารปรอท ในบริบทของการใช้งานของภาคสาธารณสุข ให้มีการจัดการสารปรอทแบบครอบคลุมทั้งวงจรชีวิตของปรอท ยกย่องการบริการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและการรักษา และดูแลประชาชนกลุ่มอ่อนไหว (เช่น เด็ก สตรี โดยเฉพาะหญิงมีครรภ์) รวมถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัส (ได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพที่อาจสัมผัสกับสารปรอท เช่น ในโรงพยาบาล เหมืองแร่ทองคำขนาดเล็ก เป็นต้น รวมไปถึงประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง) รวมทั้งใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
๓. ดำเนินงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตร ฯ และกระทรวงอื่น ๆ ที่มีส่วนรับผิดชอบในการปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะ

### การทำงานในระดับนานาชาติ

๑. กระทรวงสาธารณสุขต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับภูมิภาค และระหว่างประเทศ เพื่อปฏิบัติตามอนุสัญญามินามาตะ
๒. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านระบาดวิทยา ที่เน้นเรื่องของความเชื่อมโยงระหว่างผลกระทบต่อสุขภาพและการสัมผัสสารปรอทและสารประกอบปรอท โดยทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

#### Intervention on agenda ๑๔.๕ Public Health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: the role of WHO and ministries of public health in the implementation of the Minamata Convention

Read by Mr.Ratigorn Guntapong (๒๔/May/๒๐๑๔)

Thank you chair,

Thailand appreciates the Secretariat for the well-prepared report.

Chair, Thailand welcomes and support the resolution recognizing the importance of dealing effectively with health aspects of the challenges chemicals and wastes, including mercury, may pose, particularly to vulnerable population groups, especially women, children, and, through them, future generations.

Thailand would like to register our concerns. Firstly, we should have a comprehensive view in identifying the high risk groups affected by the mercury and its compounds, which are not only children and women, but also persons who are at risks to expose mercury or its compounds from the equipment or process using in their workplace, or from the environment. These include our precious health workforces, and is just to confirm that these high risk groups are not neglected.

Secondly the health sector cannot work alone. Ministries of Environment, Labour, Industry, Finance, Commerce, Agriculture and other relevant agencies are also needed to collaborate with health sector to address the health aspects of exposure to mercury and mercury compounds as well as the health impacts. We need to strengthen multi-sectoral collaboration and develop strategic plan for effective implementation.

Thank you, chair



## Agenda ๑๔๖: Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity

### ผู้รับผิดชอบ

๑. นพ.อุกฤษฏ์ มิวินทางกูร	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. ภญ.อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๔. นพ.ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

- Health in All Policies (HiAP) หรือ แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” เป็นแนวทางเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วนในหลายระดับ และการให้ความสำคัญในประเด็นสุขภาพอย่างรอบด้านในนโยบายต่าง เพื่อที่จะพัฒนาสุขภาพของประชาชนและลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ มีหลักการสำคัญ ดังนี้ คือ ความชอบธรรม (legitimacy), ความรับผิดชอบ accountability, ความโปร่งใส (transparency), การเข้าถึงข้อมูล, การมีส่วนร่วม (participation), ความยั่งยืน (sustainability), และความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนในทุกระดับของรัฐ รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ
- วาระ ๑๔๖ นี้เป็นความก้าวหน้าต่อเนื่องในการขับเคลื่อนวาระ ‘Health in all Policies’ จากที่ประชุม the ๘th Global Conference on Health Promotion ที่จัดโดยประเทศฟินแลนด์ ในปี ๒๐๑๓ ซึ่งมีผลลัพธ์ที่สำคัญสองอย่าง คือ (๑) Helsinki Statement on Health in all Policies และ (๒) Health in all Policies Framework for Country Action
- วาระนี้เสนอให้ WHA๗๗ รับทราบรายงาน EB๑๓๔/๕๔ และรับรองมติ EB๑๓๔.R๘ โดยในมติเสนอให้รับทราบเอกสารผลลัพธ์จากการประชุมทั้งสองดังกล่าว ซึ่งในเอกสาร “Helsinki Statement on Health in All Policies” มีเนื้อหาสำคัญที่เรียกร้องให้ รัฐบาลให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพในนโยบายต่างๆ รวมถึงความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health equity) ตามหลักการของ HiAP ควรมีการวางแผนเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และการจัดสรรทรัพยากร พัฒนาศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ การใช้กลไกในการติดตามความก้าวหน้าในการทำงาน การพัฒนามาตรการที่สร้างความโปร่งใสและป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และสร้างการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคประชาสังคม ส่วน เอกสาร “Framework for Country Action” นั้นเป็นแนวทางสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการในการนำหลักการ HiAP ไปปฏิบัติใช้ให้เกิดเป็นรูปธรรมในระดับประเทศ ประกอบด้วย ๖ หลักการสำคัญ ได้แก่ (๑) การสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นและความสำคัญของ HiAP, (๒) การสร้างกรอบและขอบเขตเพื่อปฏิบัติการ, (๓) การวางแผนเชิงกระบวนการและโครงสร้างที่สนับสนุนการทำงาน, (๔) การส่งเสริมให้การประเมินและการมีส่วนร่วม, (๕) การพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลและการรายงานความก้าวหน้า และ (๖) การพัฒนาศักยภาพ โดย WHO จะเป็นแกนหลักในการจัดกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแผนปฏิบัติการต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

แนวคิด HiAP ของวาระนี้ได้รับการสนับสนุนจากหลายประเทศ โดยให้ความสนใจในประเด็นที่แตกต่างกันไป เช่น การเริ่มต้นที่การพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายระดับชุมชน ความร่วมมือภาครัฐ-ภาคเอกชน (Public Private Partnership) ในเรื่องสุขภาพ การขับเคลื่อน HiAP ผ่านการขับเคลื่อนประเด็น Universal Health Coverage และ Post-๒๐๑๕ development, การให้ความสำคัญมากขึ้นกับมิติเศรษฐกิจกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social and economic determinants of health) นอกจากนี้ มีบางประเทศ

สมาชิกขอให้ WHO ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนทางวิชาการให้เกิดการปฏิบัติจริงของระดับประเทศ และเรียกร้องให้มีระบบการประเมินผลและการติดตามความก้าวหน้าของวาระด้วย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยรับทราบและสนับสนุน Helsinki Statement on Health in all Policies และ Health in all Policies Framework for Country Action และขอบคุณประเทศฟินแลนด์ในการเป็นประเทศเจ้าภาพจัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนประเด็นนี้ พร้อมทั้งสนับสนุน intervention ของประเทศศรีลังกาที่นำเสนอในนามของ ๑๑ ประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEAR) โดย ประเทศไทยได้ยกตัวอย่าง กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๐ และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของ HiAP ว่าต้องอาศัยการเข้ามีส่วนร่วม (Engagement) และความเป็นเจ้าของ (Ownership) ตลอดกระบวนการนโยบายตั้งแต่การร่างนโยบายจนถึงการนำไปปฏิบัติใช้ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในระดับองค์กร ความโปร่งใสของกระบวนการและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้แสดงความมุ่งมั่นในการนำ HiAP ไปปฏิบัติ และความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับนำ Framework for Country Action ไปปฏิบัติที่จะจัดขึ้นหลังจากนี้ด้วย

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานและร่างมติ และรับทราบ Helsinki Statement on Health in all Policies และ Health in all Policies Framework for Country Action และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนวาระสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการทำงานด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยให้สอดคล้องกับมติ WHA๖๕.๘ (Rio Political Declaration) และตามวาระการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และเรียกร้องให้ WHO จัดกระบวนการปรึกษาหารือในการนำเครื่องมือที่มีอยู่เกี่ยวกับ HiAP ไปปฏิบัติใช้ในระดับประเทศโดยให้เสนอต่อ WHA๖๘ เพื่อพิจารณา พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการแก่ประเทศสมาชิกเพื่อพัฒนาศักยภาพ ระบบ และกระบวนการเพื่อเกิด HiAP ในเชิงปฏิบัติในทุกระดับ และเรียกร้อง WHO ให้ทำงานต่อเนื่องร่วมกับ UN Agencies, development banks และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นการติดตามปัจจัยกำหนดสุขภาพและการทำงานเคลื่อนไหว วาระ post-๒๐๐๕ development ต่อไป โดยให้รายงานผลอีกครั้งที่ WHA๖๙ ผ่านที่ประชุม EB

### ข้อเสนอแนะต่อสำหรัการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### การทำงานในระดับประเทศ

- หน่วยงานที่ขับเคลื่อนที่ชัดเจนในประเด็น HiAP ระดับประเทศคือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และยังมีกลไกเฉพาะประเด็นที่มีการผนวกบางส่วนของแนวคิด HiAP เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยในการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ จึงควรมีการริเริ่มกำหนดกลไกและกระบวนการในการพัฒนาแผนงานนโยบายระดับชาติ โดยอาจเริ่มจากนโยบายสุขภาพระดับชาติที่เป็นนโยบายใหม่ๆ และที่กำลังขับเคลื่อนอยู่ เช่น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs), นโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (ONE HEALTH) เป็นต้น ทั้งนี้ ให้นเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวางมากขึ้น
- สำหรัการทำงานดำเนินการที่มีอยู่ เช่น การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเก็บข้อมูลและวิเคราะห์บทเรียน ความสำเร็จและอุปสรรค เพื่อพัฒนาเชิงกระบวนการให้ผลที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นต่อไป

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

การติดตามต่อเนื่องความเคลื่อนไหวในประเด็น HiAP, Health Equity และ Social Determinant of Health ในระดับโลก โดยเฉพาะความเคลื่อนไหวประเด็นเหล่านี้ ในวาระ Post-๒๐๐๕ development และการนำข้อเสนอแนะ

ตาม Commission on SDH ไปสู่การปฏิบัติผ่าน HiAP เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ พร้อมทั้ง การเข้าไปมีบทบาทเชิงรุกของประเทศไทยเมื่อมีโอกาส และการแลกเปลี่ยนบทเรียนความสำเร็จและอุปสรรคจากการทำงานร่วมกับต่างประเทศด้วย

**Intervention on agenda ๑๔.๖ Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity**

Read by Orratai Waleewong (๒๔ May ๒๐๑๔)

Thank you, Chair.

Thailand aligns itself with the statement delivered by Sri Lanka on behalf of ๑๑ Member States from South-East Asia Region. Thailand delegation commends the Government of Finland and WHO in co-hosting the ๘<sup>th</sup> global conference on health promotion in June last year. We welcome ‘the Helsinki Statement on Health in All Policies’ and ‘Framework for Country Action’.

Chair, the pathway in translating Health in All Policies (HIAP) concept into real practice and good outcome, is not paved by roses. Thailand National Health Assembly is an example of a platform for participatory public policy processes for which Political Power, Academic Power and Civil Society Power jointly deliberate and adopt resolutions by consensus; on a hope that ownership and engagement in the policy formulation by all sectors will result in effective implementation of the Resolutions.

We found that key success factors are engagement and ownership through the whole processes from policy formulation to implementation; institutional capacity, transparency and accountabilities among line responsible agencies.

We support the actions proposed by EB๑๓๔R๘, especially the WHO organized consultation on implementation of the Framework for Country Action, for which my delegation will fully involve and contribute. Finally we pledge our firm commitment to implement Health in All Policies.

Thank you, Chair.

**Agenda ๑๕.๑ : Traditional medicine**

**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. ดร.ภญ. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์
๒. ดร.นพ. จเด็จ ธรรมธัชอารี
๓. ดร.ภญ. อัญชลี จูฑะพุทธิ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

### สาระสำคัญของวาระ

- เสนอให้ประเทศสมาชิกเลือกรับปรับใช้ WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔-๒๐๒๓ ตามความเหมาะสม และรายงานความคืบหน้าการดำเนินการให้ WHO ทราบ
- ยุทธศาสตร์ใหม่นี้แตกต่างจากยุทธศาสตร์เดิมในปี ๒๐๐๒-๒๐๑๕ คือ มีการให้ความสำคัญมากขึ้นต่อการผนวก Traditional medicine เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข โดย traditional medicine นี้ครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็น products, practices และ practitioners
- วัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์นี้ คือ เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกให้มีการพัฒนานโยบายเชิงรุก (proactive policies) และปฏิบัติตามแผนงานตามนโยบายที่วางไว้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมบทบาทของ traditional medicine ในการทำให้ประชากรมีสุขภาพดี

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศที่ขออภิปราย (ประมาณเกือบ ๒๐ ประเทศ) สนับสนุนมตินี้ ในจำนวนนี้มี ๔ ประเทศที่เสนอแก้ไขร่างมติ ได้แก่ อิหร่าน อินเดีย สหรัฐอเมริกา และไทย การแก้ไขส่วนใหญ่เป็น friendly amendments เพื่อมุ่งให้เกิดความชัดเจนของร่างมติ โดยประเทศออสเตรเลียช่วยฝ่ายเลขานุการในการขัดเกลารายงาน
- ประเด็นที่แก้ไขและมีการหารือกันมากที่สุด คือ กรอบระยะเวลาที่ WHO จะต้องรายงานความคืบหน้าของยุทธศาสตร์นี้ต่อ WHA ซึ่งเดิมกำหนดเป็น ๕ ปี (๗๒<sup>nd</sup> WHA) แต่อินเดียเสนอเป็นทุกๆ ๓ ปี จากนั้นประเทศสมาชิกต่างๆ ได้อภิปรายอย่างกว้างขวาง โดยเห็นว่าการรายงานทุกๆ ๓ ปี จะเป็นภาระต่อ WHO มากเกินไป เพราะ WHO ที่ยังมีงานปฏิรูปองค์กรที่เป็นชิ้นใหญ่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ขณะที่การรายงานตามเหมาะสม (as appropriate) จะหย่อนเกินไป จึงได้ข้อสรุปว่าให้ WHO มีการรายงานความคืบหน้าใน WHA เป็นระยะ (Periodically)
- อนึ่ง วาระนี้ SEAR ตกลงให้เป็น regional statement ซึ่งประเทศเกาหลีเหนือเป็น leading country แต่ไม่มีการส่งเวียนร่าง regional statement ให้ประเทศกลุ่ม SEAR จนกระทั่งวาระ Traditional medicine เข้าสู่การพิจารณาในที่ประชุมใหญ่ ซึ่งทั้งประเทศไทย และอินเดียต่างก็เสนอ intervention ของตนเองไปแล้วในช่วงเช้า หลังจากนั้นเกาหลีเหนือจึงนำเสนอร่าง regional statement เข้ามาหารือในช่วง SEAR meeting ในช่วงบ่าย และนำ regional statement ที่ผ่านการหารือดังกล่าวไปนำเสนอในการประชุม WHA ในช่วงบ่าย

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย สนับสนุนมตินี้

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHA รับมตินี้ตามร่างที่ผ่าน EB และคำขอแก้ไขเพิ่มเติมที่เสนอโดยประเทศอิหร่าน อินเดีย สหรัฐอเมริกา และไทย หลังจากที่มีการตกลงร่วมกันแล้ว

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

พิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามมติ ใน OP๑ และ OP๒ โดยเห็นควรให้มีการเลือกรับปรับใช้ WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔-๒๐๒๓ ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เนื่องจาก traditional medicine ในยุทธศาสตร์นี้ครอบคลุมทั้งในส่วนที่เป็น products, practices และ practitioners จึงมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งดูแลเรื่องผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณ (products) ในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย รวมทั้งจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล practices และ practitioners การสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพการแพทย์แผนไทย การเข้าถึงและการใช้บริการการแพทย์แผนไทย และการพัฒนา ศักยภาพและกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน โดยทำงานร่วมกับสถาบันบันการศึกษ สหประชาชาติ และสถานบริการการแพทย์แผนไทยต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทสำคัญในส่งเสริม การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยโดยผนวกการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

Regional Director แจ้งในการประชุมหารือใน SEAR เมื่อวันที่ ๒๓ พ.ค. ว่าประเด็นเรื่อง traditional medicine จะเป็นวาระหนึ่งใน RC meeting

#### Intervention on agenda ๑๕.๑ Traditional medicine

อ่านโดย ดร.ภญ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ (๒๓ พ.ค. ๒๕๕๖)

My delegation appreciates the Secretariat for their hard work. Thailand welcomes the WHO Traditional Medicine Strategy ๒๐๑๔-๒๐๒๓ and the resolution EB๑๓๔.R๖. Yet, we have some concerns as follows.

The new strategy emphasizes mainly on traditional medicine used or provided by the health service system. However, evidence shows that in many countries, traditional healers (including herbalists, monks, or priests who offer services outside the conventional health service settings) still play a significant role in primary health care of people, especially in rural communities. Hence, one should not lose sight on the contribution of traditional healers on community health care. Proper education, training, assessment and licensing of traditional healers should therefore be one of the strategic actions, in line with the country context, to ensure quality, safety and effectiveness of their services.

As monitoring framework and indicators are important in measuring progress of Traditional Medicine in the next decade, my delegation has a friendly amendment to strengthen the Operative Paragraph ๑ Subparagraph ๑, third line, after “further development and” insert the text “the importance of key performance indicators in guiding the evaluation of the”. It would read as follows :

TAKES NOTE of the WHO traditional medicine strategy: ๒๐๑๔-๒๐๒๓, its three objectives, and the relevant strategic directions and strategic actions that guide the traditional medicine sector in its further development and the importance of key performance indicators in guiding the evaluation of the advancement over the next decade;

## Agenda ๑๕๒: Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑ ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๒ ผศ.ดร.นันทพันธ์ ชินล้าประเสริฐ	สมาคมพยาบาลฯ
๓ ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๔ นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้เป็นการติดตามความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) ในประเด็นการเงินการคลังและการประสานงาน จากเอกสารประกอบการประชุม A๖๗/๒๗, A๖๗/๒๘, A๖๗/๒๘ Addendum ๑ มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการรายงานผลการทบทวน coordination mechanisms และผลการประเมิน mechanisms for contributions to health R&D ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้ระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ Adaptability, Scope of research, Geographical scope, Inclusive governance structure, Experience in funding and managing R&D, Transparency ซึ่งตามมติสมัชชา WHA ๖๖.๒๒ ต้องมีการทบทวนกลไกที่มีอยู่ ฝ่ายเลขานุการไม่ได้กล่าวถึงข้อเสนอในการจัดตั้งกลไกใหม่ นอกจากนั้นในเอกสารได้กล่าวถึง ๓+๑ potential demonstration projects ที่คัดเลือกโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมี ๔ โครงการที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ๑) Visceral Leishmaniasis Global R&D & Access Initiative ๒) Development of chemotherapy for Cutaneous Leishmaniasis ๓) Exploiting the Pathogen Box: accelerate drug development in addressing diseases of poverty ๔) Development for Biomarkers as diagnostics for Types II and III Diseases ส่วนอีก ๓+๑ โครงการ ได้แก่ ๑) Multiplexed Point of Care test for acute febrile illness ๒) Demonstration of the potential of a single dose malaria cure of artemether-lumefantrine ๓) Development of a Vaccine Against Schistosomiasis และ ๔) Dengue Vaccine Development นอกจากนั้น เอกสารได้กล่าวถึงการมีฐานข้อมูล Global R&D Observatory จะช่วยค้นหาช่องว่าง และกำหนดนโยบายการวิจัยและพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศรวมถึงการพัฒนาศักยภาพและการถ่ายทอดเทคโนโลยี

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิก เช่น Burkina Faso, Switzerland, France, Finland, Jordan, USA, Indonesia, Brazil, Mexico, Russia, China, Malaysia, Argentina, Iran, Kenya, Suriname รับทราบการรายงานของฝ่ายเลขานุการ และเห็นด้วยกับการจัดตั้ง Global Health Observatory ส่วน Iraq กล่าวถึงการพัฒนาศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ส่วน Maldives กล่าวถึงข้อจำกัดของการพัฒนาศักยภาพของการวิจัยในประเทศของตน ส่วน Bolivia กล่าวถึงการตัดสินใจของทิศทางการสนับสนุนการวิจัยใน demonstration project และการรายงานนี้จะรับรองตัวชีวิตในการวัดความสำเร็จในการดำเนินการของ health research and development demonstration projects อย่างไรก็ตาม น่าจะมีเอกสารที่แสดงถึงการตัดสินใจของที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกด้วย ซึ่งผู้แทนของฝรั่งเศสและสวิตเซอร์แลนด์ได้ร่างเอกสาร A๖๗/B/CONF./๒ เพื่อนำเข้าที่ประชุมในวันต่อมา โดย draft decision ดังกล่าวเสนอให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ พิจารณารายงานความก้าวหน้าตามมติสมัชชา WHA ๖๖.๒๒ และ

decision EB๓๓๔(๕) และรับรองตัวชี้วัดในการวัดความสำเร็จในการดำเนินการของ health research and development demonstration projects ตลอดจนร้องขอให้ DG รายงานความก้าวหน้าของ ๔ โครงการนี้ ในการประชุม EB สมัยที่ ๑๓๖ รวมถึงขอให้ค้นหาทางเลือกในการทำวิจัยเกี่ยวกับโรคเขตร้อน (Tropical Disease Research) ซึ่งได้มีเอกสาร A๖๗/B/CONF./๒ Rev.๑ ซึ่งเป็น Draft decision proposed by the delegation of France มาให้ที่ประชุมพิจารณาในวันสุดท้ายของการประชุม

### **บทบาทและท่าทีของประเทศไทย**

ประเทศไทยชื่นชมฝ่ายเลขานุการที่จัดทำเอกสารรายงานความก้าวหน้าของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) ซึ่งได้แสดงให้เห็นการทำงานที่เป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก ประเทศไทยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของนักวิจัยและสถาบันวิจัยในการพัฒนา Global Health R&D Observatory และขอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความก้าวหน้าของประเทศไทยในการจัดตั้งระบบฐานข้อมูลงานวิจัยไทย ซึ่งคลังข้อมูลระดับชาติดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลงานวิจัยสุขภาพในสถาบันการศึกษาและสถาบันวิจัย ที่นักวิจัยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งมีประโยชน์ในการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้ประเทศไทยได้สนับสนุนให้มีการจัดสรรทรัพยากรและนักวิจัยในด้าน R&D ในทั้งสามกลุ่มโรค ไม่ควรเน้นเฉพาะกลุ่ม ๑ และ ๒ เท่านั้น (กลุ่ม ๑ เป็นกลุ่มโรคที่พบในประเทศรวยและยากจน แต่ประเทศยากจนไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้เพราะมีราคาแพง กลุ่ม ๒ เป็นกลุ่มโรคที่พบในประเทศรวยและยากจน แต่พบในประเทศยากจนมากกว่า เช่น HIV/AIDS, TB ส่วนกลุ่ม ๓ เป็นกลุ่มโรคที่ส่วนใหญ่พบในประเทศยากจน มักเรียกกันว่าโรคที่ถูกกละเลย (Neglected Disease) เช่น African sleeping sickness

### **สรุปผลลัพธ์ของวาระ**

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ รับรองรายงานความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group (CEWG) ในประเด็นการเงินการคลังและการประสานงาน และรับรอง decision ตามเอกสาร A๖๗/B/CONF./๒Rev.๑ ตามที่ผู้แทนของประเทศฝรั่งเศสได้เสนอ โดยขอให้ Director-General รายงานความก้าวหน้าคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ Consultative Expert Working Group ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘ และอ้างอิงถึง decision นี้ด้วย

### **ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข**

#### **การทำงานในระดับประเทศ**

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้มีการกำหนดหัวข้อและทิศทางในการวิจัยสุขภาพของประเทศ ให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการของประเทศ และอาจสอดคล้องกับคำแนะนำของคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ (CEWG)

#### **การทำงานในระดับนานาชาติ**

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ อาจพิจารณาติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานของ CEWG เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาเทคโนโลยีและยาสำหรับโรคที่ถูกกละเลย รวมถึงเฝ้าติดตามผลของการดำเนินทั้ง ๔ โครงการที่ผ่านการคัดเลือก

**Intervention on agenda ๑๕.๒ Follow-up of the report of the consultative Expert Working Group on Research and Development : Financing and Coordination**

Read by Jaruyaporn (๒๒/May/๒๐๑๔)

Chairperson,

We welcome the comprehensive report on the Consultative Expert Working Group on Research and Development by the secretariat. We have reviewed the Follow-up report in the document of A๖๗/๒๗ and A๖๗/๒๘ , and wish to appreciate the concrete actions taken by the secretariat with engagement of member states.

We support the premise of using participatory approach to engage the researcher or institutions in the development of Global Health Research and Development Observatory.

We would like to share our progress in building country owned research and development initiatives. Similar to the WHO's Global Health R&D Observatory, Thailand has recently established the Thailand National Research Repository. This repository serves as the National Health R&D Observatory similar to that suggested by WHO. It serves as a national database where all Thai research institutions can upload previous and current research projects into the repository, allowing others to access their information. Also number of scientists and resources spent on R&D, though in general and not only focus on the neglected diseases or Disease Type I and II; we found it very useful in monitoring the progresses of health R&D in Thailand.

Thank you, chair.

**Agenda ๑๕.๓ : Substandard/spurious/false-labelled/falsified/counterfeit medical products: report of the Working Group of Member States**

**ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน**

๑. ญ.สิตานันท์ พูนผลทรัพย์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒. ดร.ญ. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

**สาระสำคัญของวาระ**

เป็นการรายงานรายงานการประชุมกลไกของรัฐสมาชิก (Member State mechanism, MSM ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๘-๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ in Geneva) สำหรับความร่วมมือนานาชาติในระหว่างรัฐสมาชิกเพื่อดำเนินการเกี่ยวกับเรื่อง SSFFC ให้ครอบคลุมมุมมองด้านสาธารณสุขและปราศจากประเด็นทางการค้าและทรัพย์สินทางปัญญาโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชนและส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม MSM ได้พิจารณา และ รับรอง non-exhaustive list of กิจกรรมต่างๆที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ SSFFC medical product เพื่อกำหนดนิยามและกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ SSFFC medical product MSM ได้รับรองแผนการดำเนินงานและงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนงานในปี ๒๐๑๔-๒๐๑๕



ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อปฏิบัติงานให้เป็นไปตาม final workplan ทั้ง ๘ Objectives และได้ขอให้ Steering committee พิจารณาและจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานให้แล้วเสร็จก่อนการประชุม MSM ครั้งที่ ๓ ซึ่งจะจัดระหว่างอาทิตย์ที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๐๑๔

การคัดเลือกประธาน ของ Steering Committee และ MSM นั้นจะเป็นผู้แทนจากภูมิภาคต่างๆสลับหมุนเวียนกันทำหน้าที โดยคัดเลือกจากรองประธาน (vice-chairpersons) ตามลำดับตัวอักษร

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

มีกว่า ๓๐ ประเทศให้ความเห็นชอบกับกิจกรรมภายใต้กลไกการดำเนินการของรัฐสมาชิก สหรัฐอเมริกา เห็นชอบกับรายงานและเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในการประชุม MSM ครั้งที่ ๓ และมีกว่า ๑๐ ประเทศแสดงความห่วงกังวลในเรื่อง Medicine supply chain และต้องการให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการอย่างจริงจัง

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เห็นชอบกับรายงานความคืบหน้าของกลไกการดำเนินงานของรัฐสมาชิก
- สนับสนุนการพัฒนากระบวนการข้อมูลเพื่อเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับสินค้าที่จำหน่ายผ่านอินเทอร์เน็ตและการแสดงสรรพคุณเกินจริง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจาก SSFFC
- สนับสนุนให้หน่วยงานกำกับดูแลด้านยา (National Regulatory Authority; NRA) ของแต่ละประเทศเข้มงวดมากขึ้นในการตรวจสอบและดำเนินการกรณีที่ปัจจุบันพบมีการขายยาผ่านทางอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น

สรุปผลลัพธ์ของวาระ ที่ประชุมมีมติรับรองรายงานการประชุม#

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

- วิเคราะห์หน่วยงานเพื่อจัดทำแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของ SSFFC
- ประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตามแผนการดำเนินงานในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อม เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

##### การทำงานในระดับนานาชาติ

- เข้าร่วมการประชุมของ Member state mechanism เพื่อดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานและตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม
- ติดตามความคืบหน้าของการจัดลำดับความสำคัญของแผนการดำเนินงาน SSFFC
- ดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในเรื่องความร่วมมือในการเฝ้าระวังและติดตาม SSFFC ในระดับภูมิภาค

Intervention on agenda ๑๕.๓ Substandard/spurious/false-labelled/ falsified/counterfeit medical products

Read by ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื่อ (๒๗/May/๒๐๑๔)

Thank you Chair,

Thailand appreciates WHO Secretariat for the report on SSFFC in doc A๖๗/๒๐๑ We do appreciate active participation of the member states such as Argentina and India for developing

recommendations for health authorities and for the work plan on the identification of activities and behaviours that fall outside the mandate of the Member States Mechanism. These activities will accelerate the process of work plan.

Chair, SSFFC causes the huge negative impact on health system. Combating SSFFC must focus on public health protection without trade and intellectual property issues for better access to affordable, quality, safety and efficacy medical products.

Having reviewed Am/๒๗, my delegations have ๒ concerns as follows

Firstly, Member States Mechanism adopted the non-exhaustive list of actions, activities and behaviour that result in SSFFC medical products. We do emphasize that the interpretation of the list must not threaten the legitimacy of registered generic medicines.

Lastly, Increasing international trade of pharmaceuticals and sales via internet has further facilitated the entry of SSFFC products into the supply chain. At a national level, law enforcement and robust regulatory frameworks with effective implementation are essential. In addition, effective collaboration on surveillance and monitoring on SSFFC at national, regional and global levels is required. Thailand supports an initiative on WHO global Surveillance and monitoring project. We'd like to urge other member states to actively participate in this project which will lead to better combatting of SSFFC.

Thank you, Chair

## Agenda ๕๕: Access to essential medicines

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| ๑. ดร.ภญ. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา               |
| ๒. ดร.นพ. จเด็จ ธรรมธัชอารี   | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ           |
| ๓. ดร. อินทิรา ยิมภักย์       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

### สาระสำคัญของวาระ

เสนอให้ประเทศสมาชิกพิจารณาและรับร่างมติ EB๑๓๔R๑๖ ซึ่งเน้นให้ประเทศสมาชิกพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบายแห่งชาติด้านยา มีการคัดเลือกยาจำเป็น (essential drug) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดหาอย่างมีประสิทธิภาพในราคาที่สามารถจ่ายได้ ระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริหารจัดการด้านยาที่ดี การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และคุณภาพการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพจะเพิ่มการเข้าถึงยา ป้องกันการเกิดภาระจาก out-of-pocket payment ช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดความก้าวหน้าในการดำเนินงาน UHC และในการบรรลุเป้าหมายตาม MDG และทำให้การดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศที่ขออภิปราย (ประมาณ ๔๐ ประเทศ) สนับสนุนมตินี้ ในจำนวนนี้มี ๕ ประเทศที่เสนอแก้ไขร่างมติ ได้แก่ ภูฏาน อินเดีย โอมาน สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย และเวียดนาม
- ประเด็นที่แก้ไขและมีการหารือกันมากที่สุด คือ OP๑๒ ที่ประเทศอินเดียเสนอให้เพิ่ม including critical medicines ต่อท้ายจาก essential medicines ด้วย โดยให้เหตุผลว่ามียาบางรายการที่ไม่ได้อยู่ใน essential medicine แต่ critically important ต่อสุขภาพประชาชน ประเทศไทยไม่เห็นด้วยกับการเพิ่มคำว่า critical medicines เพราะไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนและแนวคิด essential medicine ก็มีความชัดเจนและครอบคลุมอยู่แล้ว โดยมีประเทศสมาชิก เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และจีน สนับสนุนท่าทีของประเทศไทย ประเทศอินเดียและประเทศกรีซได้เสนอขอปรับจากคำว่า “...essential medicines including critical medicines...” เป็น “... essential medicines and other medicines critical to public health need...” และประธานขอให้ประเทศไทยพิจารณา ประเทศไทยยังคงยืนยันว่าให้ใช้คำว่า “essential medicine” เท่านั้นโดยไม่มีอะไรต่อท้าย จากนั้น ประธานสั่ง pending และขอให้ไทยและอินเดียไปหารือนอกรอบ ในการหารือนอกรอบ มีประเทศสมาชิก เช่น จีน สหรัฐอเมริกา EU เข้าร่วมหารือด้วย ซึ่งประเทศเหล่านี้สนับสนุนไทย จนในที่สุดได้ประโยชน์ใหม่ คือ “... essential medicines which should include medicines critical to their priority public health needs” ที่สามารถถ่วงแนวคิดเรื่อง essential medicine และสอดคล้องกับคำจำกัดความของ essential medicine อยู่ ขณะเดียวกัน สามารถตอบสนองข้อกังวลของอินเดียได้
- วาระนี้ SEAR ตกลงให้เป็น regional statement ซึ่งประเทศภูฏานเป็น leading country และประเทศไทยได้ช่วยภูฏานปรับร่าง regional statement ดังนั้น ใน intervention ของไทยจะสนับสนุน regional statement ที่เสนอโดยภูฏาน และไม่มีการปรับแก้เพิ่มเติม

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย สนับสนุนมตินี้

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHA รับผิดชอบตามร่างที่ผ่าน EB และคำขอแก้ไขเพิ่มเติมที่เสนอโดยภูฏาน อินเดีย โอมาน และเวียดนาม หลังจากที่มีการตกลงร่วมกันแล้ว

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

พิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามมติ ใน OP๑ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่รับผิดชอบเรื่องนโยบายแห่งชาติด้านยา และบัญชียาหลักแห่งชาติจะทำงานประสานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง องค์การเภสัชกรรม และมหาวิทยาลัยต่างๆ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการปฏิบัติตามนโยบายแห่งชาติด้านยา และส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงยาจำเป็น และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

##### การทำงานในระดับนานาชาติ

Regional director ของ SEARO มีการประชุมหารือกับทีมไทยเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม และประชุมหารือใน SEAR meeting เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม โดยให้ความสนใจในเรื่องการเข้าถึงยาจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทเรียนและประสบการณ์ของประเทศไทยในการจัดหาจำเป็น รวมทั้งการต่อรองราคา และเสนอว่าประเทศไทยมีศักยภาพที่จะช่วยเหลือประเทศเล็กๆ ใน SEAR ผ่านกลไก regional procurement ซึ่งประเด็นนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยินดีแบ่งปันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับประเทศต่างๆ ส่วนการทำ regional procurement อาจต้องพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งในการประชุม RC meeting จะมีวาระเกี่ยวกับ essential medicines ที่จะเน้นเรื่องการแก้ปัญหา out-of-pocket payment และ procurement mechanism ของ essential medicines

### Intervention on agenda ๑๕.๑ Access to essential medicines

อ่านโดย ดร.ภญ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ (๒๓ พ.ค. ๒๕๕๗)

Thailand supports the regional one voice made by Bhutan.

While supporting regional statement, we would like to emphasize the three following issues.

First, good governance in pharmaceutical systems is one of the most significant components for improving access to quality medicines as indicated in WHO report in ๒๐๑๐ on Good Governance for Medicine Program. Good governance in procurement of medicines contributes to the lowest possible price given assured quality. However, this is still challenging in developing countries. Therefore, we take note again here that good governance is fundamental for pharmaceutical regulatory, procurement and distribution systems.

Second, unaffordable price of essential medicines is one of the major barriers. However, many countries including Thailand make a good progress in ensuring affordable price of essential medicines via various techniques such as price negotiation, bulk purchasing, procurement centralization and the full use of TRIPS flexibility in line with the Global Strategy and Plan of Action on Public Health Innovation and Intellectual Property and national laws. We take note that development and implementation of medicines policies should include developing strategies on price control, promoting local pharmaceutical production, fair competition by access to intellectual property database as well as supporting technology transfer.

Finally, shortages of essential medicines are often observed in developing country. We strongly support to strengthen monitoring mechanisms for better detection and alert of causes and situations of the shortage and to develop strategies to prevent and mitigate the problem caused by the shortage. In addition, we would like to share that there are many causes of medicines shortage for example limited production of medicines for diseases, neglected diseases or temporary stock out due to epidemic situation, interruption and changes in production line. These different causes need various effective strategies to deal with. Active communication and information sharing among manufacturers, health insurance purchasers, regulatory authority and healthcare providers is amongst strategies to better management of shortage of essential medicines.

### Agenda ๑๕.๕: Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| ๑. น.พ. สุทัศน์ ดวงดีเด่น   | กรมการแพทย์                               |
| ๒. น.พ. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ          |
| ๓. ดร. ประภาศิต ทยะสิทธิ์   | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ |

## สาระสำคัญของวาระ

- ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ (throughout the life course) บุคคลมีสิทธิด้านสุขภาพ (Right to Health) ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพจนกว่าจะถึงระยะท้ายของชีวิต โดยยังครอบคลุมไปถึงการดูแลครอบครัวจากการเศร้าโศก สูญเสียด้วย จากการเปลี่ยนแปลงภาวะประชากรและสุขภาพของประชากร อันได้แก่ การมีประชากรผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โรคเรื้อรัง โรคเอดส์ โรคมะเร็งและไม่ติดต่อกันอื่น ๆ :ซึ่งกำลังจะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตมากขึ้น จึงทำให้เกิดความต้องการการบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มากขึ้นตามมาด้วย การดูแลที่สำคัญของการบริการดังกล่าวนี้ คือ ควบคุมอาการที่เป็นผลจากภาวะโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวด (Pain Management) ซึ่งจะต้องใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เป็นหลัก ดังนั้นในการจัดบริการดังกล่าว ต้องการการพัฒนาาระบบบริการทั้งระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่เป็นภาระทางการเงินการคลังของประเทศ ของโรงพยาบาล และของครอบครัว
- ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคอง ประเทศสมาชิกจะต้องมีการกำหนดนโยบายรองรับการบริการ การวิจัยและพัฒนาาระบบบริการ การพัฒนากำลังคน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาควบคุมพิเศษ โดยเฉพาะยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างทั่วถึงพอเพียง สิ่งที่สำคัญที่วาระนี้ได้เสนอคือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดูแลแบบประคับประคองในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาพยาบาลแบบบูรณาการ (integrated treatment) ตลอดช่วงชีวิต

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

กว่า ๓๐ ประเทศให้การสนับสนุนวาระนี้ โดยเน้นให้การบริการการดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) การจัดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, PHC) การเข้าถึงยาเพื่อการบรรเทาอาการ ที่เป็นยาควบคุมควบคุม controlled medicines ทั้งกลุ่มยาแก้ปวดและยาในกลุ่ม psychotropic drugs โดยการผ่อนคลายความเข้มงวดเรื่องการควบคุมการใช้ยาเหล่านี้ แต่ก็ไม่ให้มีความสมดุลระหว่างการควบคุมไม่ให้ใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง (abuse) กับการใช้ประโยชน์เพื่อรักษาพยาบาล (medical purpose) การส่งเสริมให้มีการจัดการดูแลที่บ้านและชุมชน การส่งเสริมความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการบริการ และอื่นๆ

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยได้แสดงท่าทีสนับสนุนวาระดังกล่าว โดยได้แจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า ประเทศไทยได้มีการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับวาระนี้ โดยการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายสหสาขา และได้มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตและตายดี ซึ่งการขับเคลื่อนวาระนี้ในระดับโลกจะมีส่วนช่วยให้การขับเคลื่อนในระดับประเทศสามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้เน้นให้ประเทศสมาชิกบูรณาการการบริการนี้เข้าสู่การบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Comprehensive Health Services) และให้ WHO ส่งเสริมการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในหมู่ประเทศสมาชิกรวมทั้งให้มีการติดตามประเมินผลด้วย และที่สำคัญประเทศไทยได้เสนอให้มีการแก้ไขชื่อวาระโดยเปลี่ยนคำว่า “integrated treatment” เป็น “comprehensive care” โดยให้เหตุผลว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยไม่มีการรักษาใดๆ สำหรับโรคนั้นๆ แล้ว และเนื้อหาสาระของวาระดังกล่าวถึงการดูแลที่เป็น comprehensive care มากกว่าที่จะเป็นการรักษาพยาบาล (integrated treatment) นอกจากนี้ คำที่ขอเปลี่ยนเป็นคำที่ใช้ในสถานบริการสุขภาพโดยเป็นบทบาทของบุคลากรสุขภาพ ในขณะที่การบริการดังกล่าวครอบคลุมถึงการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนด้วย

## สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับรองวาระดังกล่าว โดยให้แก้ไขชื่อวาระดังนี้ Agenda ๑๕.๕ Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข โดย

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาระบบและแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาควบคุม (controlled medicines) เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพในการจัดทำแนวปฏิบัติ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในสถานบริการในลักษณะของการดูแลแบบผสมผสาน และบรรจุเข้าไว้ในแผนบริการ (Service Plan) โดยให้สำนักบริหารการสาธารณสุข สถานพยาบาลในสังกัดต่างๆ และสถาบันการศึกษาทางวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม
- ประสานกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะที่เป็นผู้ประสานแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการประสานงานความร่วมมืออย่างใกล้ชิด

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประสานกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นองค์กรวิจัยสุขภาพเชิงระบบจัดทำโครงการวิจัยระบบและรูปแบบการบริการของประเทศไทย ประมวลบทเรียนแล้วจัดทำสื่อเผยแพร่ในระดับนานาชาติ เพื่อเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนวาระดังกล่าวในระดับโลก (Global Movement)

**Intervention on agenda ๑๕.๕ Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course**

Read by Dr. Ugrid Milintangkul (๒๓ May ๒๐๑๔)

Thank you Chair.

Thailand welcomes the report on strengthening of palliative care prepared by the Secretariat. We also thank the Republic of Panama and co-sponsors on their efforts to propose this particular agenda to the Executive Board and the World Health Assembly for the first time.

After reviewing all related documents, Thailand agrees with the draft resolution EB๑๓๔R๗ since Thailand has launched the national strategy on palliative care with strong support and active engagement from multidisciplinary partners. We do believe that palliative care can result in better quality of life and subsequently dignified death. The national strategy aims at promoting health in person at the last period of life towards “Good Death” require appropriate palliative care. So global movement on palliative care will support country’s movement, and also can help break through barriers at the country and global levels.

Having review the draft resolution, we need to emphasize and highlight some key concerns. Firstly, we would like to urge member states to include palliative care as a component of national comprehensive health services. Then we encourage countries to advocate by all means in making the society and health personnel recognize this type of care. Secondly, we would urge

the World Health Organization to actively promote the use of opioid medicines for medical purpose among member states. We strongly urge the Director General to establish appropriate indicators to monitor the use of opioid medicines in palliative care provision.

Finally, palliative care is generally applied in case where there is no more medical treatment modality in curing the disease, but mostly for symptom management. Meanwhile palliative care must also involve with other dimensions of health, which are physical, mental, social and spiritual aspects. The draft resolution addresses many crucial components of palliative care in the perspective of comprehensive care. So we would like to seek clarification from the secretariat to replace the term “integrated treatment” with “comprehensive care”. Therefore the broadening title will allow palliative care to cover the roles of the non-health partners who are also key actors of the palliative care.

Thank you Chair.

## Agenda ๑๕๖ : Regulatory system strengthening

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
๒. นายรติกร กัณทพงศ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๓. ภญ.สิตานันท์ พูนผลทรัพย์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### สาระสำคัญของวาระ

ความพยายามร่วมกันในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ National regulatory authorities (NRA) ในมาตรการทั้ง ๓ ด้าน คือ กฎหมาย การบริหารและทางเทคนิค เช่น มาตรการกำกับดูแลก่อนและหลังการเข้าสู่ตลาดของยา การโฆษณา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น เพื่อการควบคุม คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยา และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นๆ โดยมีปัจจัย Millennium Development Goal และแรงผลักดันจาก Universal Health Coverage ซึ่งรวมทั้งความท้าทายของการกำกับดูแลที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของภาครัฐ เช่น ความซับซ้อนของกระบวนการผลิตและการกระจายผลิตภัณฑ์ และปัญหาเรื่องยา การกระจายของ Substandard/spurious/falsely-labeled/falsified/counterfeit (SSFC) medical products (SSFC) ผู้บริโภคมีความคาดหวังสูงขึ้นและต้องการมากขึ้น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมไม่มีทรัพยากรที่เพียงพอ Conflict of interest และความโปร่งใส ผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่ต้องการการกำกับดูแลเพิ่มมากขึ้น เช่น ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์ รูปแบบการคิดค่าธรรมเนียมจากภาคเอกชนในหลายๆ ประเทศ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานควบคุมและภาคเอกชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (inappropriate governance structure) งานวิจัยทางคลินิกย้ายมาทำใน developing country มากขึ้น

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- Regulatory system strengthening for medical products มี informal discussion ๒ รอบ ประกอบด้วย ออสเตรเลีย เม็กซิโก สหภาพยุโรป แอฟริกาใต้ สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น คิวบา ไทย และ เคนยา นำโดยสหรัฐอเมริกา เป็นประธานในที่ประชุม

- สหรัฐฯ เม็กซิโก สหภาพยุโรป แอฟริกาใต้ สวิสเซอร์แลนด์ มีความพยายามและใช้ความอดทนในการเจรจาอย่างมากที่จะผลักดันให้ผ่านร่างมตินี้
- เม็กซิโก สหภาพยุโรป แอฟริกาใต้ คิวบา ต้องการให้ผลักดันการพัฒนามาตรฐานและระบบกฎหมาย ที่สอดคล้องกับ international standard รวมถึง concept ของ regulatory harmonization และ convergence ซึ่งได้มีการดำเนินการอยู่แล้วในกลุ่ม EU, PAHO, ASEAN และ Africa
- สหรัฐฯ ออสเตรเลีย และสหภาพยุโรปต้องการให้ผลักดันให้เกิดกลยุทธ์ในการจัดการกับความซับซ้อนที่เกิดขึ้นในห่วงโซ่อุปทานของ medical product
- อินเดีย มี strong position ที่ไม่ต้องการให้ใส่ concept ของ regulatory harmonization และ convergence รวมถึงการไม่ต้องการที่จะ engage กับ prequalification programmes ต้องการ tone down commitment ของมตินี้ และไม่ต้องการให้มีความทับซ้อนของการดำเนินการในมตินี้กับกลไกของรัฐสมาชิกในการจัดการ SSFFC medical products
- For biological medicines: access to medicines and ensuring safety, quality and efficacy, มี informal discussion ๒ รอบ ซึ่งเป็นร่างมติที่เสนอโดย Argentina, Colombia, Costa Rica, Paraguay and Uruguay เพื่อสนับสนุนให้เกิดพัฒนา similar biotherapeutic products
- สหภาพยุโรปต้องการที่จะผลักดันมาตรฐานการการประเมินยา similar biotherapeutic products ขององค์การอนามัยโลก และได้ดำเนินการอยู่แล้ว
- กลุ่มประเทศใน South America ให้การสนับสนุน draft resolution นี้

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เข้าร่วมใน informal discussion โดยประเทศไทยให้การสนับสนุนร่างมติดังกล่าว
- ให้การจัดทำข้อปฏิบัติในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตลอดทั้งกระบวนการเพื่อทำให้เกิด Regulatory coherence ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและการดำเนินงานที่สอดคล้องกันทั้งระบบ
- สนับสนุน draft resolution EB๑๓๔R๑๙ เพื่อให้รัฐสมาชิกพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของ national regulatory assessment and authorization frameworks ของผลิตภัณฑ์ชีววัตถุและชีววัตถุคล้ายคลึงให้มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ในราคาที่เหมาะสม ให้สอดคล้องความต้องการทางด้านสาธารณสุข

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

หลังจาก informal discussion ๔ รอบนั้น ฝ่ายเลขาฯ ได้มีการนำเสนอ เอกสาร A๖๗/B/CONF./๔ และ A๖๗/B/CONF./๕ เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณา และมีมติเห็นชอบ draft resolution ดังกล่าว

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)

##### การทำงานในระดับประเทศ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทำการประเมินองค์กร (self-evaluation) ในด้านยาตามแนวทางองค์การอนามัยโลก และ จัดทำ WHO-coordinated institutional development plans สำหรับผลิตภัณฑ์ยา เพื่อเป็นข้อมูลการพัฒนาการทำงานต่อไป
- จัดเก็บข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องและทำการวิเคราะห์เพื่อทำการเทียบเคียงกับ stringent regulatory agency และเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร
- ดำเนินการระบุและพัฒนา core set of regulatory functions สอดคล้องกับความต้องการของประเทศและระดับภูมิภาค



### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ให้ความร่วมมือภายใต้โปรแกรมต่างๆที่ริเริ่มภายใต้รัฐสมาชิกร่วมกับองค์การอนามัยโลกทั้งในระดับภูมิภาค และระดับโลก เช่น การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย (regulatory networks) ในการแบ่งปันข้อมูลความรู้ ข้อมูล และการทำงานระหว่าง NRA
- ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในด้าน Pharmacovigilance, rational use of medical products และ good governance for medicines เป็นต้น
- ติดตามความก้าวหน้าด้านกำลังคนที่มีคุณภาพ (qualified workforce) เพื่อพัฒนาวิธีการพัฒนาที่เป็นระบบโดยการก่อตั้งหลักสูตรร่วมกันในระดับโลกสำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็น regulator

#### Intervention on agenda ๑๕.๖ Regulatory system strengthening

Read by Sitanun Poonpolsub (๒๗/May/๒๐๑๔)

Thailand commends the Secretariat for the report, and welcomes the draft conference paper A๖๗/B/Conf ๔ and ๕

The regulatory system is the backbone to the effort to ensure quality, safety and efficacy of the medicinal products, which as everyone know is among the most important component of the effectiveness of our health system. Unfortunately the regulatory system has been but frequently ignored, to the stage that often lead to undesirable consequences to our population at the grand scale. Therefore, Thailand sees these resolutions as the major milestone in tackling this challenging issue.

Thailand appreciates the effort made by Member States during the informal discussions from different regions. We do believe that the resolutions with amendments as proposed by the distinguished delegates from USA, Argentina and the co-sponsors, best addresses this important issue in a balance and comprehensive manner. And therefore Thailand strongly supports these ๒ draft resolutions with amendments. And strongly encourage Member States to endorse these resolutions and later translate these resolutions into actions.

Thank you Chair

#### Agenda ๑๕.๗: Health technology assessment in support of universal health coverage

##### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. กาญจนา จันทน์ไทย

สำนักการพยาบาล

๒. ดร. ภาณุ ศรีพิชญ์ ตันติเวสส

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

๓. ดร. อินทิรา ยมาภัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

## สาระสำคัญของวาระ

เสนอให้ประเทศสมาชิกนำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health intervention and technology assessment, HITA) ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีฯ เพื่อคัดเลือกเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และขอให้WHO ให้การสนับสนุนแก่ประเทศสมาชิกที่มีขีดความสามารถจำกัด ด้วยการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในระดับนานาชาติและระดับประเทศ เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของ HITA ในประเทศนั้นๆ ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ พัฒนาศักยภาพการทำวิจัยและใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ จัดทำแนวทางการประเมินทั้งด้านวิธีการและกระบวนการ ตลอดจนนำเอา HITA ไปใช้ในการทำงานและดำเนินโครงการของWHO เอง

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ทุกประเทศที่ขออภิปราย (ประมาณ ๒๐ ประเทศ) สนับสนุนมตินี้ โดยเห็นด้วยกับบทบาทและประโยชน์ที่จะได้รับจาก HITA โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการตัดสินใจคัดเลือกเทคโนโลยีฯ และบริการต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากจะทำให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างสมเหตุผล และเกิดประโยชน์สูงสุด อย่างไรก็ตามมีข้อกังวลเกี่ยวกับขีดความสามารถที่ไม่เพียงพอของประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาในการดำเนินการประเมิน หรือแม้แต่ในการทบทวนงานวิจัยเพื่อนำเอาข้อมูลผลการประเมินที่ทำในประเทศอื่นมาใช้ในการกำหนดนโยบาย ดังนั้นทุกประเทศจึงขอให้ WHO ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ด้วยการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่ระบุไว้ในมติ

ทั้งนี้ประเทศตุรกีมีข้อสังเกตว่า คำว่า health intervention and technology assessment ที่ใช้ในมตินี้ไม่สอดคล้องกับคำว่า health technology assessment (HTA) ที่ใช้กันอยู่ทั่วโลกมาเป็นเวลานาน และมีสถาบันและหน่วยงานต่างๆ ที่ใช้คำว่า health technology assessment (HTA) ในชื่อ เอกสาร และการดำเนินงานของสถาบัน และหน่วยงานเหล่านั้น จึงขอให้องค์การอนามัยโลกทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าวต่อไป เพื่อไม่ให้เกิดความสับสน

ประเทศจีนเป็นเพียงประเทศเดียวที่ขอแก้ไข operative paragraphs ในร่างมติ โดยเพิ่มข้อความ: ให้ประเทศสมาชิกพิจารณาจัดตั้งสถาบัน/หน่วยงานเพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับ HITA ไว้หน้าข้อความใน OP๑(๑) และเพิ่มข้อความ: ให้ประเทศสมาชิก strengthen การเชื่อมโยงกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ เข้ากับ HITA เป็น OP๑(๑) bis ซึ่งในประเด็นที่สนธิ สหรัฐอเมริกาคัดค้านเพราะเกรงว่าจะเป็นข้อผูกมัดให้การประเมินเทคโนโลยีฯ มีอำนาจบังคับ ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับบริบทของบางประเทศ ในที่สุดทั้งสองประเทศสามารถตกลงกันได้ ด้วยการเติมคำว่า as appropriate ในข้อความดังกล่าว

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย สนับสนุนมตินี้

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHA รับผิดชอบตามร่างที่ผ่าน EB และคำขอแก้ไขเพิ่มเติมที่เสนอโดยประเทศจีน

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

พิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามมติ ใน OP๑ โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของ HITA และมติ WHA สร้างเครือข่ายการประเมินฯ พัฒนาศักยภาพของนักวิจัย/หน่วยงานภายในประเทศ และ

ร่วมมือกันจัดทำแนวทางการประเมินฯ รวมทั้งมาตรฐานต่างๆ ให้ชัดเจนเป็นที่ยอมรับ นอกจากนี้ให้การสนับสนุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการผลักดันมติเกี่ยวกับการดำเนินงาน HITA ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

HITAP ประสานกับหน่วยงาน และเครือข่ายต่างๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง WHO เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน HITA ในประเทศ LMICs (กิจกรรมตามที่ระบุใน OP๒)

#### Intervention on agenda ๑๕.๗ Health technology assessment in support of universal health coverage

อ่านโดย ดร.กาญจนา จันทร์ไทย (๒๔ พ.ค. ๒๕๕๗)

The Thai delegation appreciates the report prepared by the Secretariat. We join Maldives colleague, on behalf of countries in Southeast Asia region, to support the draft resolution on Health Intervention and Technology Assessment (HITA) in support of universal health coverage (UHC).

While Member States have been moving towards UHC, evidence-based coverage decision is crucial for sustainable and accountable health care financing. Nevertheless, capacity for HITA research and its use in priority setting and policy development is lacking in most developing countries. In this regard, WHO can play a key role in raising awareness on the need for HITA, exchanging information and resources, and coordinating technical supports from different organizations for Member States.

At country level, Thailand would like to underline two elements illustrated in operative paragraph ๒(๔) of the resolution. The first element involves the development and use of global guidance for HITA. We consider that the Secretariat can help to mobilize expertise and other resources to facilitate the preparation of methodological and management guidelines which are practical for resource-constrained countries. As HITA is not merely research, but also a policy tool, these guidelines should include internationally-agreed code of conduct for researchers, policymakers and stakeholders who are involved in technical assessments and policy decisions.

Secondly, this operative paragraph indicates that global health partners and international civil society organizations should be capable to use HITA to guide resource allocation. We strongly support the Secretariat to provide technical assistance to and engage with these international entities, in order to ensure rational and efficient use of their resources for health. In addition, given these global development partners are influential in national policy development in LMICs, their understanding and knowledge on the utility of HITA research will benefit local policy in the UHC context.

Finally, Thailand would like to express our sincere appreciation to WHO for convening a technical briefing session on the issue of HITA on Friday ๒๓ afternoon. This is a good opportunity for Member State delegations to gain better understandings about the role of HITA in support of UHC from the Secretariat, decision makers, as well as experts and practitioners in respective areas.

## Agenda ๑๕.๘: Follow up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health : renewed commitments towards universal health coverage

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. กฤษดา แสงวงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
๒. ดร.ภญ.วลัยพร พัทธนฤมล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นพ.นวนรรณ อีระอัมพรพันธ์	มหาวิทยาลัยมหิดล

### สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้จากการประชุมกำลังคนด้านสุขภาพระดับโลก ครั้งที่ ๓ ซึ่งจัดขึ้น ที่เมือง Recife ประเทศบราซิล ระหว่างวันที่ ๑๐-๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ ซึ่งเป็นการจัดต่อเนื่องจากการประชุมกำลังคนโลกครั้งที่ ๒ ในการประชุมนานาชาติเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference, PMAC ๒๐๑๑) ที่จัดขึ้นที่กรุงเทพฯ ปลายเดือนมกราคม ๒๕๕๔

การประชุมที่ Recife ยอมรับว่าควรมีการทบทวนความมุ่งมั่น (commitments) ที่แต่ละประเทศควรมีการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (health system strengthening) และสนับสนุนการดำเนินงานของนโยบายหลักประกันสุขภาพ (Universal Health Coverage, UHC) โดยควรมีการดำเนินการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการวางแผนกำลังคน การผลิต การพัฒนา และการธำรงรักษากำลังคน รวมทั้งการดำเนินการรองรับประเด็นท้าทายทั้งในปัจจุบัน และอนาคต เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพ ที่เพียงพอ และสามารถตอบสนองความต้องการภายในประเทศของตนเองได้

แต่อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้านี้ ในการประชุมกำลังคนโลกครั้งที่ ๒ ใน PMAC ๒๐๑๑ ได้เรียกร้องให้แต่ละประเทศลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง ในการแก้ปัญหา โดยนำ Kampala Declaration และ Guideline ของ WHO ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการปฏิบัติตาม WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel เพื่อลดผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างประเทศ และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่ง ในปี ๒๐๑๓ มีมติสมัชชาอนามัยโลก WHA๖๖.๒๓ on Transformative Health Workforce Education in Support of Universal Health Coverage ด้วยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่า การปฏิรูปการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพจะมีผลต่อทักษะของกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ และการคงอยู่ของบุคลากร

มีการเสนอรายงานและร่างมติของวาระนี้ให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ พิจารณา

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ในภาพรวม มีประเทศยกป้ายเพื่อขออภิปรายในห้วงประชุมประมาณ ๑๒ ประเทศ ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับตัวรายงาน และ สนับสนุนให้มีการรับรองร่างมติโดยไม่มีเงื่อนไข มีเพียงประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่นเท่านั้นที่ขอแก้ไขร่างมติเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยประเทศญี่ปุ่นขอปรับแก้ Operative Paragraph ๓ เรียกร้องให้ Director General of WHO สนับสนุนให้มีการทำ Global Strategies for HRH in consultation with Member States และให้นำมารายงานที่สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๘

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

วาระนี้ เป็น SEAR One Voice Statement ประเทศไทยเป็น leading country ได้ทำการยกร่าง SEAR One Voice Statement และปรึกษาหารือประเทศอื่นใน SEAR จนกระทั่งทุกประเทศเห็นชอบให้เป็น SEAR One Voice

Statement โดยได้ชื่นชม WHO ที่มีการจัดตั้ง HRH Department ขึ้นมาใหม่อีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่มีการยุบไปเมื่อสองสามปีก่อน นอกจากนี้ ได้มีการขอปรับแก้ร่างมติสามประเด็น (ดู intervention แนบท้าย)

ประเทศไทยในนามของ SEAR One Voice สนับสนุนการขอปรับแก้ร่างมติตามข้อเสนอของญี่ปุ่น และยืนยันให้มีการปรับแก้ตาม SEAR One Voice หนึ่งประเด็นใน preamble paragraph ให้ตระหนักถึง resolutions รวมทั้ง guideline ต่างๆ ของ WHO ที่ผ่านมาด้วย

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ** ที่ประชุมรับรองมติ ตามข้อเสนอของประเทศไทย และญี่ปุ่น

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข**

**การทำงานระดับประเทศ**

แม้ว่าการแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย จะมีการพัฒนามาเป็นลำดับ นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพหลายนโยบายมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ แต่ปัจจุบัน ประเทศไทยก็ยังประสบปัญหาและประเด็นท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา รวมทั้งประเด็นด้านตลาดแรงงาน และการจ้างงานบุคลากร รวมทั้งการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการวางแผนกำลังคนในภาพรวมของประเทศ ทั้งด้านความต้องการ การวางแผนการผลิต การบริหารจัดการการกระจาย และการธำรงรักษากำลังคน โดยกระทรวงสาธารณสุขควรเป็น Focal point ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ

**การทำงานระดับนานาชาติ**

- การร่วมมือกับ WHO ในการดำเนินการและการรายงาน ตามข้อมติสมัชชาอนามัยโลก
- ร่วมมือกับประเทศต่างในภูมิภาค และประเทศเพื่อนบ้าน ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และความร่วมมือทางวิชาการ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานเกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ

**Intervention on agenda ๑๕๘ Follow up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage**

Read by Benjawan Tawatsupa (๒๔/May/๒๐๑๔)

Chair,

Thailand is speaking on behalf of eleven Member States of the South-East Asia Region. We appreciate the work of the Secretariat and Brazil and other partners in convening the Third Global Forum on Health Workforce in Recife.

Most of the SEAR countries are facing challenges and limitation in terms of workforce shortage, distribution, skill mix, production capacity, management, deployment, and information systems. For instance, some of the countries are in critical shortage of health workforce. In our region, we have both source and destination countries on international migration of health personnel and we note with high concern the inadequate implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel.

Nevertheless, the South East Asia Region puts great effort for strengthening health workforce

education and training in the region, by adopting SEA/RC~~2014~~/R~~11~~. All Member States have conducted a comprehensive assessment of health workforce education and training, and will soon develop regional strategies, which is expected to be adopted by the Regional Committee in ~~2014~~. The last May resolution WHA ~~68.10~~ and the Prince Mahidol Award Conference in January ~~2014~~ also moved this agenda actively into global movement.

Member States in our region commend the leadership of the DG and appreciates WHO in re-establishing the Health Workforce Department. We firmly believe that this department will be instrumental to the successful drive of HRH agendas with good outcomes.

Chair,

Though the South East Asia Region strongly supports the Resolution EB ~~134~~R~~10~~, we suggest improvements as follows:

Add a new PP~~11~~ bis, which reads:

**PP~~11~~ bis** Concerning that challenges, since Kampala Declaration in ~~2009~~, in solving the shortages and mal-distribution of appropriately trained and motivated health workers and the inadequate implementation of WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel, continue to hamper the effective functioning of health systems, hinder access, and achieve health-related MDGs;

On PP~~11~~: apart from WHA~~68.10~~, we need to recognize key resolutions and guidelines relevant to HRH to read as follows:

**PP~~11~~** Recognizing the leadership role of WHO in human resources for health, and the mandate given in this regard by resolutions WHA~~68.10~~ on WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel, WHA~~68.10~~ on Transformative Health Workforce Education in Support of Universal Health Coverage, WHO Global Policy Recommendations on Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through improved retention in ~~2010~~, WHO Guideline on Transforming and Scaling up Health Professional Education and Training in ~~2010~~.

Finally, at the end of OP~~11~~, adding a new sentence:

OP~~11~~ .... and provide technical support to Member states to strengthen their health workforce and report the progress in implementing this resolution to the ~~68~~<sup>th</sup> WHA through the Executive Board.

Thank you, Chair.

*Note: An interactive discussion in Com B (just for our experience sharing)*

*Before this draft resolution was adopted, there was an interactive discussion of six countries namely*

Japan, EU, Surinam, Australia, Brazil and Thailand in Com B. It was around ๓-๔ rounds of back and forth as follows:-

- EU: they were not able to accept amendments by Thailand because they did not see the text.
- Thailand: we can align our amendment on OP๓ with Japan's amendment on OP ๓ requesting DG to support the development of Global Strategy in consultation with Member States and to report to WHA๖๘
- Australia: There was flexibility by Thailand. Australia can accept the amendment of PP๒ made by Thailand.
- Surinam: Surinam supported EU that they still feel uncomfortable of not seeing the text.
- Brazil: there is a need for this resolution (because Recife is in Brazil, this is a personal interest of Brazil). Urge for flexibility of Thailand.
- Thailand: to accommodate the request of EU and Surinam that they would like to see the text, Secretariat can support them.
- Secretariat: read the amendment of PP๒ made by Thailand and also the amendment of PP๙(bis) by Thailand
- Australia: Confirmed that amendment of PP๒ is acceptable.
- Chairperson: asked opinion by Thailand again
- Thailand: Having re-considered PP๙(bis), we see that PP๓ mentioned the importance of Kampala Declaration and the need for implementation of WHO Global Code of Practice which are very much similar to the PP๙(bis). We can stay with PP๓ while PP๙(bis) can be dropped.
- Secretariat: Finally, only two amendments were made in OP๓ (by Japan) and PP๒ (by Thailand).
- Chairperson: Any further opinion. If not, the resolution was adopted.

## Agenda ๑๖.๑ : Implementation of the International Health Regulation (๒๐๐๕)

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ.วรรณภา หาญเชาว์วรกุล	กรมควบคุมโรค
๒. ดร.ธนัชฐา ดิขสุวรรณ	กรมควบคุมโรค
๓. พญ.อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง	กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศ และผ่านการรับรองจากสมาชิกทุกประเทศเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘
- ประเทศไทย โดยมติคณะรัฐมนตรี เห็นชอบให้ปฏิบัติตาม IHR ๒๐๐๕ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยมีกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานเพื่อพัฒนาให้ได้ตามสมรรถนะหลักของ IHR ๒๐๐๕ เป็นเวลา ๕ ปี (๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๐ – ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕) หลังจากครบระยะเวลา ๕ ปี ประเทศไทยประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลักของ IHR ๒ ประเด็น ได้แก่ Chemical และ Radiation hazard และได้ยื่นขอขยายเวลา ๒ ปี พร้อมแผนดำเนินงาน และมี ๑๒๓ ประเทศไม่ผ่านการประเมินและขอขยายเวลาอีก ๒ ปี

- เมื่อครบการขยายเวลาครั้งที่ ๑ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๗ องค์การอนามัยโลกเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกที่ประเมินตนเองไม่ผ่านตามสมรรถนะหลัก ขยายเวลาในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศต่อไปได้อีก ๒ ปี (เป็นการขยายเวลาครั้งที่ ๒) นับตั้งแต่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ ถึง ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๗ ประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๔๒ ประเทศที่ไม่ขอขยายเวลาแล้ว
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ นี้ มีการปรับแก้ไขสาระใน IHR ตามข้อเสนอแนะล่าสุดของ SAGE on Immunization ประเด็นการให้วัคซีนไข้เหลือง ในภาคผนวก ๗ เปลี่ยนจาก “a period of ๑๐ years” เป็น “the life of the person vaccinated”

#### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ให้การรับรองข้อแก้ไขประเด็นการให้วัคซีนไข้เหลือง ในภาคผนวก ๗
- สาธารณรัฐอินโดนีเซียเป็นตัวแทนภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออกแสดงท่าทีสนับสนุนการแก้ไขภาค Annex ๗ และชี้ให้เห็นว่าประเทศในภูมิภาคที่พัฒนาศักยภาพได้ตามเกณฑ์ IHR๒๐๐๕ แล้วมีจำนวน ๒ จาก ๑๑ ประเทศ อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพในการรับภาวะฉุกเฉินจากสารเคมีและรังสี (chemical and radiation)
- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ขอให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนวิชาการในการพัฒนาให้ผ่านตามสมรรถนะหลัก โดยควรให้การสนับสนุนในประเด็นเฉพาะ เช่น การติดตามประเมินผล เป็นต้น
- ขอให้ใช้ IHR ๒๐๐๕ เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการรับมือกับ Public Health Emergency of International Concern เช่น การระบาดของไข้หวัดใหญ่ การกวาดล้างโปลิโอ และ MERS-CoV เป็นต้น

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยสนับสนุนการแก้ไขในภาคผนวก ๗ ประเด็นวัคซีนไข้เหลือง
- ประเทศไทยแม้จะผ่านข้อกำหนด IHR แล้ว แต่ก็ยังจะต้องพัฒนาศักยภาพในการเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินจากสารเคมีและรังสี
- เสนอว่าองค์การอนามัยโลกควรสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการเร่งรัดการยกระดับของ National IHR focal center ของแต่ละประเทศให้ National IHR focal center สามารถทำงานได้ตาม IHR ๒๐๐๕ จริง ทั้งนี้ National IHR focal center ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้จะต้องเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจในระดับที่จะมี policy commitment ระยะเวลาและการประสานความร่วมมือข้ามกระทรวงได้ รวมถึงมีศักยภาพในการเข้าถึงและเผยแพร่ข้อมูลของประเทศในกรณีที่เป็น Public health emergency of international concern

#### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม IHR และรับรองการแก้ไขในภาคผนวก ๗ ประเด็นแนวทางการให้วัคซีนไข้เหลือง

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

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

- กรมควบคุมโรค โดยสำนักระบาดวิทยา ในฐานะ IHR focal point ควรเร่งรัดในการสร้างความเข้มแข็งของ National IHR focal center ให้มีศักยภาพและมี Policy commitment ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในกรม กระทรวง และระหว่างกระทรวง เพื่อพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักและสมรรถนะในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินจากสารเคมีและรังสี



- ควรเร่งรัด policy advocacy ให้ภาคส่วนต่างๆ นอกภาคสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินงานตาม IHR ซึ่งมีความสำคัญต่อความมั่นคงของประเทศด้านการป้องกันควบคุมโรค
- กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป ควรปรับระบบการตรวจสอบการได้รับวัคซีน ณ Entry point และแนวทางการให้วัคซีนไข้เหลืองแก่ผู้ที่จะเดินทางไปยัง Yellow Fever Endemic Areas ให้สอดคล้องตามข้อแก้ไขของ IHR และมีระบบเฝ้าระวังติดตามโรคไข้เหลืองต่อไป ภายหลังจากแก้ไข

### การทำงานในระดับนานาชาติ

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 ๑๖.๑ Implementation of the IHR ๒๐๐๕

Read by Dr. Hansa Raksakom (๒๗/๐๕/๒๐๑๕)

Thank you, Chair

Thailand aligns with the statement made by our distinguished delegate of Indonesia, on behalf of ๑๑ Member States in South-East Asia Region.

My delegation appreciates the recommendations made by the Strategic Advisory Group of Expert (SAGE) on Immunization and supports the amendment accordingly.

Chair, The scenario that many state parties requesting for the extension for establishing IHR core capacity, indicates the need for urgent attention by all relevant national and international actors.

The performance of IHR implementation largely relies on the capacity of IHR focal point and center in the country. These focal centers need strong and sustainable political and financial commitments and supports, in particular to facilitate the cross sectional collaboration, where WHO is very important. A clear capacity building plan on IHR and adequately funded is urgently needed. With or without extension request, it is the responsibility of us, the Member States, to fill the gap and strengthen IHR core capacities. Thailand stands firm to promote our preparedness and response on this issue

Thank you Chair

## Agenda ๑๖๒: Pandemic Influenza Preparedness: sharing of Influenza viruses and access to vaccines and other benefits

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ.หรรษา รักษาคม	กรมควบคุมโรค
๒. ดร.ธนัชฐา ดิษสุวรรณ	กรมควบคุมโรค
๓. นายรติกร กัญหะพงศ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๔. พญ. อรรธยา ลีพัฒนายิ่งยง	กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ให้การรับรอง PIP framework เพื่อใช้เป็นกรอบพัฒนาการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดใหญ่ของเชื้อไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนกและประเด็นเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างการ share virus จากประเทศต่างๆ ใน GISRS (Global Influenza Surveillance and Response) กับกลุ่มที่นำไวรัสไปใช้ประโยชน์ที่อยู่นอก GISRS
- ภายหลังจากรับรอง PIP framework มีการดำเนินงานสำคัญต่อเนื่องโดยองค์การอนามัยโลกได้ทำ SMTA๒ (Standard Material Transfer Agreement ๒) กับผู้ผลิตวัคซีน ซึ่งแม้ว่าในช่วงแรกจะมีความล่าช้าในการดำเนินงานไปกว่า ๑ ปี เนื่องจากความซับซ้อนด้านกฎหมายและข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่ในที่สุดองค์การอนามัยโลกก็สามารถทำข้อตกลงกับผู้ผลิตวัคซีนผ่าน SMTA๒ ได้สำเร็จ โดยผู้ผลิตวัคซีนที่ทำความตกลงตาม SMTA๒ ได้สนับสนุนงบประมาณ จำนวน ๒๘ ล้านดอลลาร์สหรัฐแก่กองทุน Partnership Contribution
- การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๖ มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตาม PIP framework ซึ่งมีความก้าวหน้าในหลายด้าน มีการจัดทำ Partnership Contribution Implementation Plan ๒๐๑๓ -๒๐๑๖ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการนำ partnership contribution ไปใช้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามขณะนี้ องค์การอนามัยโลกอยู่ระหว่างการจัดทำแนวทางในการบริหารจัดการ Partnership Contribution ซึ่งจะมีเงินเข้ามาในระบบเป็นรายปีและจำนวนยังไม่แน่นอน ซึ่งหากไม่มีการวางแผนที่ดีอาจส่งผลกระทบต่อแผนการพัฒนาในระยะยาวได้
- เนื่องจากวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค แต่ในปัจจุบันกำลังการผลิตวัคซีนทั่วโลกยังไม่เพียงพอและแหล่งผลิตวัคซีนส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำโครงการ GAP (Global Action Plan for Influenza Vaccines) ขึ้นในปี ค.ศ. ๒๐๐๖ – ๒๐๑๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพประเทศกำลังพัฒนาในการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่เพื่อรองรับการเตรียมความพร้อมของประเทศและความมั่นคงด้านวัคซีนทั่วโลก ภายหลังจากการดำเนินงาน มีความก้าวหน้าในการผลิตวัคซีนในหลายประเทศและสามารถเพิ่มกำลังการผลิตวัคซีนทั่วโลกได้กว่า ๓ เท่า อย่างไรก็ตาม GAP ได้สิ้นสุดลงตามกรอบเวลาเนื่องจากเป็นโครงการสำคัญจึงมีแผนต่อยอดโครงการโดยหางบประมาณมาสนับสนุนเพิ่มเติม ประเทศไทยเห็นว่าควรนำเงินส่วนหนึ่งจาก Partnership Contribution มาสนับสนุน GAP ต่อในระยะยาว

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

วาระนี้มีเวลาจำกัดทำให้มีประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เสนอความเห็น ซึ่งมีประเด็นสำคัญดังนี้

- ประเทศต่างๆ ยอมรับและชื่นชมการทำงานของฝ่ายเลขานุการและ Advisory Group รวมทั้งให้ความสำคัญกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่

- ขอให้ WHO ช่วยเร่งรัดการพัฒนาศักยภาพ technical laboratory รวมทั้งขอให้สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน บนหลักการของ PIP framework
- สหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งในการทำงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผลสานประโยชน์ร่วมกันสูงสุดภายใต้ implementation of PIP framework

#### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ชื่นชมความมุ่งมั่นและการทำงานอย่างเข้มแข็งขององค์การอนามัยโลก PIP Advisory Committee และความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามกรอบ PIP framework
- การผลิตวัคซีนส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่งเท่านั้น ซึ่ง global supply ยังคงไม่เพียงพอ และจากความสำเร็จของ GAP ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า ประเทศกำลังพัฒนามีศักยภาพในการผลิตวัคซีนได้ ดังนั้นจึงขอให้นำ Partnership Contribution ส่วนหนึ่งมาสนับสนุนการดำเนินงานของ GAP ในระยะต่อไป
- มีข้อเสนอและความกังวลถึงความไม่สอดคล้องของงบประมาณที่อาจมีเข้ามาในระยะสั้นแต่มีความต้องการการวางแผนการใช้เพื่อความยั่งยืนในระยะยาว จึงมีความจำเป็นต้องมีการวางแผนและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าตามรายงาน#

#### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

##### การทำงานในระดับประเทศ

(กรมควบคุมโรคในฐานะผู้จัดการแผนงานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ ภาคการศึกษา เป็นต้น)

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙) กรมควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำ PIP framework มาวิเคราะห์และนำมาเชื่อมโยงให้เกิดประโยชน์กับการขับเคลื่อนแผนดังกล่าว และอาจเสนอแผนงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของประเทศในการเตรียมความพร้อมต่อการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่เพื่อขอการสนับสนุนทรัพยากรจาก Partnership Contribution (ตามความเหมาะสม)

##### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามความก้าวหน้าในการจัดทำ Implementation Plan และการดำเนินงานตามกรอบ PIP framework อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือเพื่อขยายหลักการ mutual benefit sharing ไปยังประเด็นสำคัญอื่นๆ เพื่อประโยชน์ต่องานสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป

Intervention on agenda ๑๖.๒ Pandemic Influenza Preparedness: sharing of Influenza viruses and access to vaccines and other benefits

Read by Dr. Hansa Ruksakom (๒๔/๐๕/๒๐๑๔)

Thank you Chair

Thailand expresses appreciation for the strong efforts by WHO, PIP Advisory Committee and the progress of the PIP framework.

Chair, Vaccine production capacities concentrate in a few high-income countries and inadequate global supply is a true statement.

After the WHO launched in 2006 the Global Action Plan for Influenza Vaccine, we have witnessed a number of concrete effects on vaccine production capacity.

Among other supports, the GAP plays significant role in three fold increase in global seasonal production recently. This success has proved that “influenza vaccine manufacturing capacity in developing countries is feasible”.

Effort to strengthen the preparedness capacity of the system should be strategic and specific, not too general. My delegation requests Madam DG to continue her support to the GAP financed by the partnership contribution.

Chair, the mismatch between short term annual budget and long term sustainable demand is foreseen. This needs an effective planning and management.

Thailand continues to fully support the PIP Framework and encourages further development.

Thank you Chair

### Agenda ๑๖.๓ : Smallpox eradication: destruction of the variola virus stocks

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ. วรธนา หาญเชาว์วรกุล	กรมควบคุมโรค
๒. พญ. อรรธยา ลีมวัฒนายิ่งยง	กรมควบคุมโรค

#### สาระสำคัญของวาระ

- ภายหลังจากประกาศการกวาดล้างไข้ทรพิษเป็นผลสำเร็จในปีพ.ศ. ๒๕๒๓ ประเทศสมาชิกได้ตกลงร่วมกันให้มีการเก็บเชื้อ variola virus ที่ WHO Collaborating Centers ๒ แห่ง ที่ The State Research Centre for Virology and Biotechnology (Koltsovo, Russian Federation) และที่ The Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Georgia, United States of America)
- มีข้อขัดแย้งมานาน ประเด็นเรื่องความจำเป็นที่จะต้องเก็บเชื้อไวรัสไว้ และมีการตกลงหลายครั้งที่จะกำหนดเวลาที่ชัดเจนในการทำลายเชื้อไวรัส แต่ก็ยังไม่สามารถตกลงกันได้และมีการเลื่อนการตัดสินใจมาตลอดกว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา ซึ่งในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๔ ได้ตกลงที่จะตัดสินใจยุติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๗ โดยให้ฝ่ายเลขานุการสรุปข้อมูลความก้าวหน้าในการวิจัยพัฒนาต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของประเทศสมาชิก

- ความก้าวหน้าในการวิจัยพัฒนาที่สำคัญได้แก่ (๑) มียาต้านไวรัสสองชนิด (tecovirimat, brincidofovir) ที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะนำมาขึ้นทะเบียน (๒) มีวัคซีนป้องกัน smallpox สำหรับผู้ใหญ่หนึ่งชนิด ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปจำนวน ๒๘ ประเทศ (๓) มีการจัดทำเครือข่ายตรวจวินิจฉัยโรคไข้ทรพิษ (ฝีดาษ) และ orthopoxvirus ทางห้องปฏิบัติการ และ (๔) มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านกำลังผลิตและการจัดสรรวัคซีนของ WHO เพื่อเตรียมพร้อมกรณีมีการระบาดของโรคไข้ทรพิษ
- ในเอกสาร EB๑๓๔/ ๓๔ WHO Advisory Committee on Variola Virus Research (ACVVR) เห็นว่าการศึกษาวินิจฉัยโดยใช้เชื้อมีชีวิต ไม่จำเป็นแล้วสำหรับการวิจัยพัฒนาวิธีตรวจและวัคซีน จะเหลือความจำเป็นเพียงเพื่อทดสอบยาต้านไวรัสส่วน Advisory Group of Independent Experts to Review the Smallpox Research Programme (AGIES) มีความเห็นต่างออกไป โดยเห็นว่าไม่มีความจำเป็นจะต้องเก็บเชื้อไข้ทรพิษที่มีชีวิตไว้ศึกษาต่อไปอีกแล้ว

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ก่อนการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ สหรัฐอเมริกาส่งตัวแทนมาพูดคุยกับประเทศไทย ๒ ครั้งในกรุงเทพฯ และได้ให้ข้อมูลว่าสหรัฐอเมริกามีจุดยืนเก็บรักษาเชื้อไวรัสเนื่องจากมีความจำเป็นต้องศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยเฉพาะการทดสอบยาด้านไวรัส นอกจากนี้ ระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก หัวหน้าผู้แทนของสหรัฐอเมริกาได้เข้ามาหาหรือกับผู้แทนประเทศไทยเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและให้ข้อมูลจุดยืนของสหรัฐอเมริกาและความกังวลเรื่อง bioterrorism จาก genetically modified virus
- เนื่องจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ มีเวลาจำกัด ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงความคิดเห็น (รวมทั้งประเทศไทย) มีประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่งแสดงความคิดเห็น ซึ่งสรุปแนวทางการเห็นเป็น ๒ แนวทาง ได้แก่ ควรทำลายเชื้อ live variola virus โดยให้มีการกำหนด timeline ที่ชัดเจน และ ยังไม่ควรทำลายเชื้อจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้เชื้อ live variola virus อีกต่อไป ในที่สุดประเด็นนี้ยังเป็นข้อโต้แย้งที่ยังไม่สามารถตกลงได้ ที่ประชุมขอให้ฝ่ายเลขานุการไปจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ว่าในปัจจุบันยังมีความจำเป็นใดที่ต้องเก็บรักษาเชื้อไว้ ซึ่งกระบวนการทำลายเชื้อควรจะเริ่มต้นหลังจากคณะทำงานชุดนี้มีความเห็นเป็นไปในทางเดียวกัน โดยยืนยันว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเก็บเชื้อไวรัสไข้ทรพิษอีกต่อไป สำหรับกรอบเวลาการทำงานและแนวทางการจัดตั้งคณะทำงาน / องค์กรประกอบคณะทำงานยังไม่ได้มีการหารือในการประชุมในครั้งนี้#

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ประเทศไทยไม่ได้แสดงท่าทีในประเด็นนี้ เนื่องจากเวลาจำกัดและบรรยากาศการประชุมที่ตึงเครียดและเร่งรัด แต่ประเทศไทยมีจุดยืนเดิมมาตลอดคือเห็นด้วยกับการทำลายเชื้อไวรัสไข้ทรพิษ เมื่อหมดความจำเป็นที่ต้องรักษาไว้ รวมทั้งเห็นว่าองค์การอนามัยโลกควรมีแนวทางที่ชัดเจน ในการเผยแพร่ความรู้ต่างๆ จากการวิจัยต่างๆ แก่สาธารณะ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการป้องกันควบคุมโรคและการสาธารณสุขต่อไป

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ยังไม่มีผลสรุป เนื่องจากเวลาจำกัดและยังมีข้อขัดแย้งที่ไม่สามารถหาข้อยุติได้ ที่ประชุมมอบฝ่ายเลขานุการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อหาข้อสรุปว่ายังมีความจำเป็นใดที่จะเก็บเชื้อไข้ทรพิษไว้ และกระบวนการทำลายเชื้อจะเริ่มต้นขึ้นเมื่อคณะทำงานมีความเห็นตรงกันว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องเก็บเชื้อไวรัสไข้ทรพิษไว้อีกต่อไป

## ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

### การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรคควรติดตามประเด็นนี้อย่างใกล้ชิดและเตรียมความพร้อมของระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในการควบคุมการระบาดของกรณีนี้อาจมีการแพร่กระจายอาวุธชีวภาพ (ซึ่งมีการเตรียมการอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ชาติแล้ว)

### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ติดตามข่าวสารจากเครือข่ายในระดับนานาชาติเพื่อทราบความก้าวหน้าการวิจัยพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับ variola virus รวมถึงความเคลื่อนไหวต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็น Genetically modified virus และแผนการเตรียมความพร้อมขององค์การอนามัยโลก (Stockpiling)
- ติดตามการจัดตั้งคณะทำงานขององค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นกลไกที่เป็นผู้ตัดสินใจหลัก

## Agenda ๑๖๔: Poliomyelitis intensification of the global eradication initiative

### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. พญ.วรรณภา หาญเชาว์วรกุล	กรมควบคุมโรค
๒. ผศ. ดร. ขวัญใจ อำนางส์ตยชี้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. พญ.อรรธยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง	กรมควบคุมโรค

### สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๕ รับรอง resolution สมัยที่ ๖๕.๕ ให้ Polio eradication เป็น Global public health emergency โดยเรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ “Comprehensive polio eradication and endgame strategy to the end of ๒๐๑๘” เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานกวาดล้างโปลิโอในระยะสุดท้าย
- องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ Polio endgame strategic plan ๒๐๑๓ - ๒๐๑๘ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้
  - (๑) การตรวจจับโปลิโอและตัดวงจรการแพร่เชื้อ ซึ่งปัจจุบันมีการแพร่เชื้อใน ๓ ประเทศ คือ สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน สหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรีย และ ประเทศอัฟกานิสถาน
  - (๒) การสร้างความเข้มแข็งให้กับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและให้มีการกำหนดเกณฑ์ในการ withdraw type ๒ oral polio vaccine ให้ได้ทั่วโลกภายในปี ๒๐๑๖ โดย
    - ๑) จัดให้มี IPV อย่างน้อย ๑ โด๊สใน routine immunization
    - ๒) licensed b-OPV ให้มีเพียงพอและเข้าถึงได้ง่าย
    - ๓) มีแนวทางในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อ wild poliovirus type ๒ รวมทั้งมี stockpile ของ monovalent OPV๒
    - ๔) มีการจัดการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจาก residual type ๒ materials ที่เหมาะสม
    - ๕) มีการตรวจสอบยืนยันการกวาดล้าง poliovirus type ๒ จากทั่วโลก
  - (๓) การจำกัดเชื้อและการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ
  - (๔) การจัดทำระเบียบปฏิบัติทางกฎหมาย เพื่อให้มั่นใจว่าความรู้และทรัพย์สินต่างๆ ที่ Global Polio Initiative สร้างและเก็บไว้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะ

### บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- สาธารณรัฐอินเดียเป็นตัวแทนภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออกแสดงความยินดีที่ภูมิภาคได้รับการรับรองเป็นภูมิภาคปลอดโปลิโอ (Polio free region) โดยมีความเป็นห่วงเรื่องการแพร่เชื้อจากประเทศที่ยังมีผู้ป่วย มีความกังวลเรื่องความพอเพียงของวัคซีน
- ประเทศที่ยังมีผู้ป่วย ๓ ประเทศได้รายงานสถานการณ์ โดยสาธารณรัฐอิสลามปากีสถานมีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลง แต่ประเทศอัฟกานิสถานและสหพันธ์สาธารณรัฐไนจีเรียสถานการณ์ปี ๒๐๑๔ ดีกว่าปี ๒๐๑๓ ทั้ง ๓ ประเทศได้มีความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะกวาดล้างโปลิโอให้หมดไป อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายอีกหลายประการที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่และความไม่สงบ เป็นต้น
- ประเทศส่วนใหญ่แสดงความยินดีในความสำเร็จ เห็นด้วยกับการประกาศให้โปลิโอเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ โดยใช้ IHR เป็นเครื่องมือหนึ่งในการกวาดล้างโรคให้หมดไป และยินดีที่จะดำเนินการกวาดล้างโปลิโอต่อไป
- ราชอาณาจักรอังกฤษ ได้เรียกร้องให้การดำเนินการควบคุมโปลิโอเป็นภารกิจสากลแทนการปล่อยให้ประเทศที่ยังมีผู้ป่วยดำเนินการควบคุมโรคเอง
- หลายประเทศได้แสดงความกังวลในประเด็นที่เป็นความท้าทายในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ กำลังการผลิตวัคซีน IPV ให้มีเพียงพอและทันใช้ตามแผน การหาทรัพยากรมาสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านวัคซีนอย่างยั่งยืน
- องค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ GAVI, UNICEF ได้แสดงความยินดีและจะให้การสนับสนุนการทำงานของประเทศต่างๆ ต่อไป

### บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- ประเทศไทยได้แสดงความยินดีที่ภูมิภาคได้รับการรับรองปลอดโปลิโอ ได้แสดงความกังวลต่อปัญหาที่ยังมีผู้ป่วยใน ๓ ประเทศ ความเพียงพอของวัคซีน IPV ลักษณะบรรจุภัณฑ์ ๑๐ โด๊ส ซึ่งมีอัตราการสูญเสียสูงซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริการสูง
- ขอให้รองผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกให้ข้อมูลสถานการณ์กำลังการผลิตวัคซีน จำนวนผู้ผลิต และ Mitigation Plan ซึ่ง Dr. Bruce Aylward (Assistant Director - General for Polio, Emergencies and Country Collaboration) ได้ให้ข้อมูลดังนี้
  - WHO เร่งรัดการกวาดล้างโปลิโอ โดยใช้ IHR เป็นเครื่องมือสนับสนุน และระดมความร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อสนับสนุนทรัพยากร
    - ๑) ปัจจุบันมีผู้ผลิตวัคซีนโปลิโอ ๒ บริษัท อย่างไรก็ตาม ในปี ๒๐๑๔ และ ๒๐๑๕ จะมีอีก ๒ บริษัทที่ได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีสามารถผลิตวัคซีนได้เพิ่มเติม ซึ่งคาดว่าจะมีกำลังผลิตที่เพียงพอและทันตามแผน โดยราคาวัคซีนสำหรับ GAVI eligible Countries ประมาณ ๑ เหรียญดอลลาร์สหรัฐ และ non GAVI eligible countries ๑.๙ เหรียญดอลลาร์สหรัฐ
    - ๒) บรรจุภัณฑ์ขนาด ๕ dose/vial น่าจะมีออกสู่ตลาดในอนาคตอันใกล้
    - ๓) องค์การอนามัยโลกได้จัดทำ Mitigation Plan แล้ว

**สรุปผลลัพธ์ของวาระ** ที่ประชุมรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรคในฐานะ National EPI manager เป็นเจ้าภาพหลักในการหารือและจัดทำแผนระดับประเทศ และขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติ ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยระหว่างนี้กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ตามคำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแผนปฏิบัติการประกอบด้วย

๑. Poliovirus detection and interruption (กรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)
๒. Strengthening immunization systems and withdrawal of oral polio vaccine
  - ประเทศไทยกำลังจัดทำแผนการเปลี่ยนผ่านวัคซีน โดยคำแนะนำของคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและควรมีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ
๓. Containment and certification
  - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมควบคุมโรคจัดทำแนวทางการจำกัดเชื้อ
๔. Legacy planning
  - อยู่ระหว่างการร่าง และจะนำเสนอให้แต่ละภูมิภาคพิจารณาใน regional committee ๒๐๑๔ ก่อนนำเข้าไปที่ประชุม WHA สมัยที่ ๖๘ ปี ๒๐๑๕

#### การทำงานในระดับนานาชาติ

- ควรผลักดันให้บุคลากรกรมควบคุมโรคมีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับนานาชาติ ซึ่งจะเป็นช่องทางในการสะท้อนปัญหาให้กับองค์การอนามัยโลกและรับรู้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญ
- ติดตามสถานการณ์การระบาดของโปลิโอในระดับนานาชาติและแผนการผลิตและกำลังการผลิตวัคซีน

#### Agenda ๑๖.๔ Poliomyelitis intensification of the global eradication initiative

Read by Dr. Attaya Limwattanayingyong (๒๗/๐๕/๒๐๑๕)

Thank you, Chair person

Thailand aligns itself on the statement made by India on behalf of ๑๑ Member States of SEAR.

Thailand welcomes the certification, declaring South-East Asia as polio-free region

Thailand registers our three concerns on the Strategic Plan.

First, while many areas are polio-free, wild polio virus transmission from endemic areas is still very possible. In ๒๐๑๓, out of ๔๑๖ total wild polio virus, ๖๗% are cases in non-endemic areas. Year to date in ๒๐๑๔ is better than in ๒๐๑๓. This situation needs continuous and intensified effort from both sides, endemic and non-endemic areas.

Second, while we are going to launch the IPV worldwide next year, the shortage of global supply is a grave concern as a result from oligopoly market. Although suppliers planned to increase their production capacities, the adequacy and availability of IPV to match the upsurge global demand strategic plan can result in program interruption. This will largely retard the timeliness of goal achievement.

Chair,

My delegation therefore, requests the ADG to clarify the situation of global supplies of IPV, how many pre-qualified IPV in the pipelines and when to launch, and what are the mitigate plans?



Lastly, health resources are finite, we need to maximize efficiency and value for money. Thailand concerns IPV vaccine presentation where only ๑๐ and single dose vials are available. The data from Thailand shows ๑๐ dose vial measles vaccine has a pitiful ๕๗.๑% wastage rate. If we assume the same wastage rate for IPV, it means that ๖ out of ๑๐ doses are unused. The high wastage rate is a real cost pressure to the program. We believe that our situation is common worldwide. The presentation of cheapest-when-purchase is not a real cheapest in real practice when wastage is taken into account.

My delegation urge WHO to take active steps in addressing these three concerns common to other Member States;

Thank you, Chairperson

### Agenda ๑๖๕: Combating antimicrobial resistance, including antibiotic resistance

#### ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร.ภญ. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. ภญ.อรทัย วลีวงศ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นสพ. ศศิ เจริญพจน์	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
๔. ดร. ธนิษฐา ดิขสุวรรณ	กรมควบคุมโรค
๕. นายรติกร กัญตพงษ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

#### สาระสำคัญของวาระ

- เสนอให้ประเทศสมาชิกดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) อย่างจริงจังและเร่งด่วนทั้งในระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ รวมทั้งให้เพิ่มระดับของ political awareness, engagement และ leadership พัฒนานโยบายระดับประเทศ บริหารจัดการทรัพยากรภายในประเทศ และประสานความร่วมมือระดับนานาชาติในการจัดการ AMR
- แนะนำให้ใช้ One Health approach ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมในการจัดการกับปัญหา AMR ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง WHO, FAO และ OIE นอกจากนี้ WHO มีแผนที่จะหารือกับทางเลขาธิการ UN เพื่อหาช่องทางในการดำเนินการ/ประชุมในระดับสูงต่อไป
- เสนอให้ WHO จัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ และพัฒนา draft global action plan to combat AMR, including antibiotic resistance เพื่อให้ทุกประเทศโดยเฉพาะประเทศที่เป็น Low and middle income countries มีศักยภาพที่จะจัดการกับ AMR โดยการพัฒนา draft global action plan นี้จะนำข้อมูลจาก action plans เดิมที่มีอยู่ หลักฐานและ best practice รวมทั้งคำแนะนำจาก WHO Strategic Technical Advisory Group และ ๒๐๑๑ WHO policy package มาใช้ในการจัดทำ Global Action Plan to combat AMR และนำเสนอ draft global action plan รวมทั้งรายงานสรุปความคืบหน้าของการดำเนินการตาม resolution นี้ใน WHA สมัยที่ ๖๘

## บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศที่ขออภิปราย (ประมาณเกือบ ๔๐ ประเทศ) สนับสนุนมตินี้ และประมาณ ๑ ใน ๓ ของประเทศเหล่านี้ (เช่น ออสเตรเลีย สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา สหรัฐอเมริกา แอฟริกาใต้ มาเลเซีย และประเทศไทย) เสนอตัวเป็น Co-sponsor ร่วมกับ WHO ในการแก้ปัญหา AMR โดยมองว่า AMR เป็นเรื่องเร่งด่วนและมีความสำคัญ
- ประเทศเม็กซิโกและญี่ปุ่นได้เสนอขอแก้ไข operative paragraphs ในร่างมติ โดยประเทศเม็กซิโกขอเพิ่มข้อความใน OP๔(๓) ที่ว่าด้วยความร่วมมือระหว่าง WHO, FAO และ OIE ภายใต้ One Health approach เสนอให้เพิ่มข้อความ: ควรคำนึงถึงประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนด้วย ประเทศสมาชิกต่างๆ เห็นด้วยกับการแก้ไขร่างมติที่เสนอโดยประเทศเม็กซิโก ส่วนข้อเสนอแก้ไขจากประเทศญี่ปุ่นไม่ได้รับการตอบรับจากประเทศสมาชิกต่างๆ มากนัก ประธานจึงขอให้ฝ่ายเลขานุการรวบรวมข้อเสนอจากประเทศญี่ปุ่นในรายงานแทน และทางญี่ปุ่นยอมรับการดำเนินการนี้
- ประเทศต่างๆ ได้มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมประเด็นต่างๆ เช่น ประเทศอินเดียขอให้รวมเรื่องการวิจัยและพัฒนา new antibiotics และ technology transfer ประเทศมาเลเซียขอให้การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งส่งเสริมการใช้ Vaccine ประเทศสหรัฐอเมริกาเสนอเรื่องการการใช้ public-private partnership ในการแก้ปัญหา ประเทศกลุ่ม EU และประเทศมาเลเซียขอให้ผนวก AMR surveillance ในโครงสร้าง/ระบบการเฝ้าระวังของ WHO ประเทศไทยเสนอให้ขยาย focus การทำงานที่เดิมเน้นที่ภาคการเกษตร (agriculture) ให้ครอบคลุมในส่วนของสัตว์น้ำ (aquaculture) และสัตว์เลี้ยงด้วยด้วย นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกมีเสนอประเด็นอื่นๆ เช่น ระบบการควบคุมยาต้านจุลชีพ การทำงานระหว่าง/ข้ามหน่วยงานและกระทรวง การให้ความสำคัญกับ HIV ที่ดื้อยา เป็นต้น
- ในส่วนของ non-state actors เช่น สมาคมวิชาชีพ และ civil organizational organizations (CSO) สนับสนุนร่างมตินี้เช่นกัน และมีข้อเสนอของแต่ละองค์กร และข้อเสนอที่ทำในนามของกลุ่ม คือ Antibiotic Resistance Coalition ที่ประกอบด้วยหน่วยงาน CSO ต่างๆ และภาคีเครือข่ายใน ๖ ทวีป และมีข้อเสนอที่สำคัญ คือ การยุติ/ควบคุมการส่งเสริมการขายและการโฆษณาขายยาปฏิชีวนะ สนับสนุน new model ที่ delink ราคาจากต้นทุนการทำ R&D และจากยอดขายยา การ phase out การใช้ยาต้านจุลชีพเป็น growth promoter การมีระบบที่เข้มแข็งในการติดตามแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะและการดื้อยาทั้งในคนและสัตว์ และการสร้างความตระหนักของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของ human-bacteria interaction และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

## บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

สนับสนุนมตินี้

### สรุปผลลัพธ์ของวาระ

WHA รับมตินี้ตามร่างที่ผ่าน EB และคำขอแก้ไขเพิ่มเติมที่เสนอโดยประเทศเม็กซิโก

### ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

#### การทำงานในระดับประเทศ

พิจารณาดำเนินการให้เป็นไปตามมติ ใน OP๑ จำเป็นต้องมีการประสานการทำงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค และสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (เช่น กรมปศุสัตว์ และกรมประมง) กระทรวงศึกษาธิการ (เช่น มหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) หน่วยงานรัฐอื่นๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาเทคโนโลยีระบบยา และสมาคมวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น โดยนโยบายหลัก ๒ ฉบับที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๘ และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๘ นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีการประสานการทำงานร่วมกับ initiatives ที่ดำเนินการอยู่ เช่น แผนงาน AMR โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โครงการ Antibiotics Smart Use โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และโครงการ acute respiratory infection control ของกรมควบคุมโรค เป็นต้น การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการประสานงานกันระหว่างนโยบายต่างๆ ใช้กลไกของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) คณะอนุกรรมการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อก่อโรค (ภายใต้คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ กรมควบคุมโรค)

### การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยมีการทำงานร่วมกับ WHO ในหลายด้าน เช่น การร่วมเป็นสมาชิกใน WHO Strategic Technical Advisory Group on AMR และทำงานร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศในการพัฒนาร่างมติ AMR การที่ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับการยอมรับจาก WHO ให้เป็น WHO Collaborating Center for Collaboration for Antimicrobial Resistance Surveillance and Training และการที่ WHO ได้คัดเลือกโครงการ Antibiotics Smart Use ให้เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้ ประเทศไทยมีการทำงานร่วมกับ OIE ผ่านทางกรมปศุสัตว์ ซึ่งจะช่วยในการสนับสนุนการทำงานใน OP๒ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเสริมความเข้มแข็งของความร่วมมือระหว่าง WHO, FAO และ OIE ในการพัฒนา draft global action plan และการเป็นแหล่งศึกษาดูงาน และในการให้ความร่วมมือในการทำงานแบบ multisectoral approach

#### Intervention on agenda ๑๖.๕ Combating antimicrobial resistance, including antibiotic resistance

อ่านโดย ดร.ภญ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ (๒๔ พ.ค. ๒๕๕๓)

My delegation appreciates the Secretariat for their hard work.

We appreciate and welcome the establishment of WHO Global Task Force on Antimicrobial Resistance and the tripartite collaboration between WHO, FAO and OIE.

Thailand as a member of the core group and a co-sponsor fully supports the draft resolution on antimicrobial drug resistance (AMR) in EB๑๓๔R๑๓

In recent years, AMR has emerged as a major global public health issue addressed by many groups of people, organizations and forums. Publications, both at the domestic and international levels, do not only demonstrate the size and profile of the problem but asserts that global collective actions are needed.

Various actions to prevent and contain AMR are proposed whilst numerous dozens of initiatives, lessons learned and best practices on AMR management are shared among countries. A number of countries report a progress on AMR prevention and control.

We appreciate the resolution emphasizing the importance of the use of antibiotics in all relevant sectors, in particular health and agriculture. Additionally, we would like to emphasize the importance of the use of antibiotics in aquaculture and companion animals. Evidence indicates that Irrational and overuse of antibiotics in aquaculture could lead to great potential risks on environment whereas misuse of antibiotics, especially the use of human antibiotics in companion animals may induce pet animals to become reservoirs of AMR. Therefore, this issue should be included in the Global Action Plan for AMR.

The effective management of AMR requires strong political support and commitment and inter-sectoral actions to prevent and control infection, to secure access to effective antimicrobials and to use them rationally. In this regard, we fully support the convening high level meeting to ensure political commitment at the highest level. We requests WHO to develop the Global Action Plan on AMR for submission to the 76<sup>th</sup> WHA

## ๒. สรุปผลการประชุม Side Meetings

### ๑. การประชุม Technical briefings: Quality of care around childbirth: a triple return on investments. Ending preventable maternal and newborn death and stillbirths

ผู้จัด WHO Secretariat วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๑๕ น.

ผู้รายงาน : พญ.สายพิน โชติวิเชียร, พญ. ภัทรวัลย์ ตีลิ่งจิตร, ดร. กฤษดา แสงวงศ์

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- จนถึงปัจจุบัน การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนตามเป้าหมาย MDGs ค่อนข้างบรรลุเป้าหมาย ในหลายๆ แต่ปัญหาการตายของทารกก็ยังคงสูง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะสามารถช่วยลดการตายของเด็กแรกเกิดได้ คือการป้องกันการเสียชีวิต และให้ความสำคัญกับการลงทุนพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด
- WHO จึงพัฒนาแผนเพื่อยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิด เรียกว่า Every Newborn: an action plan to end preventable death ซึ่งกำหนด Road Map for change, เป้าหมายการพัฒนา และปัจจัยสำคัญที่จะทำงานก้าวหน้า เรียกว่า Every Newborn: an action plan to end preventable death มีประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ
  - Strengthen and invest in care during labour, birth and the first day and week of life
  - Improve the quality of maternal and newborn care
  - Reach every woman and newborn to reduce inequities
  - Harness the power of parents , family and community
  - Count every newborn measurement program tracking and accountability
- นอกจากนั้น WHO ยังได้กำหนดแผนการพัฒนาสุขภาพของมารดา ที่มีเป้าหมายคือการป้องกันการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ของมารดา ซึ่งมีเป้าหมายเพื่ออัตราการตายของมารดา (MMR) ให้ < ๓๖ maternal deaths per ๑๐๐,๐๐๐ live births by ๒๐๓๐ ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ
  - Address inequities in access to quality of reproductive, maternal, and newborn healthcare services
  - Ensure universal health coverage for comprehensive reproductive, maternal and newborn healthcare
  - Address all causes of maternal mortality, reproductive and maternal morbidities, and related disabilities.
  - Strengthen health systems to respond to the needs and priorities of women and girls
  - Ensure accountability to improve quality of care and equity

#### หมายเหตุ

- DG of WHO: การเสียชีวิตของทารกจากเหตุที่สามารถป้องกันได้ถือเป็นความรับผิดชอบที่สำคัญ action plan ที่สร้างขึ้นส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (mindset) ซึ่งมีผลต่อการพัฒนามนุษย์
- Dr. Elizabeth Mason: Director MCA เล่าถึงความรุนแรงของปัญหาทั้ง newborn death, disability and stillbirth ผลของ action plan ในการป้องกันปัญหาดังกล่าวมีความคุ้มค่าในการลงทุนเป็นอย่างยิ่ง (a triple return on investment)
- Melinda Gates: การป้องกันการเสียชีวิตตาม action plan นี้จะนำไปสู่ healthy society โดยเริ่มต้นตั้งแต่การตั้งครรภ์ การคลอด ้วยทารก ไปจนถึงวัยรุ่น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของประชากรและสังคมที่ดี

- **Dr. Mam Bun Heng: Ministry of Public Health of Cambodia** เล่าถึงความสำเร็จในการลดอัตราการตายของมารดาและทารกในกัมพูชาตาม MDGs โดยสามารถเพิ่มอัตราการมาฝากครรภ์ จำนวน skilled-birth attendant เพิ่มค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา อัตราการเข้าถึงคุมกำเนิด ตลอดจนตัวชี้วัดเกี่ยวกับ emergency obstetric care (EMOC)

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- การ implement action plan ยังเป็นประเด็นที่มีความท้าทายสำหรับหลายประเทศและต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน
- Health system, leadership and policy มีส่วนสำคัญในการ implement action plan
- Equity for access in health care of women
- Human resources: skilled health professional
- แหล่งทุนสนับสนุน

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย มีความซับซ้อนมากขึ้น การตายของมารดาและทารกก็ยังคงเป็นปัญหา โดยเฉพาะในบางพื้นที่ จึงอาจนำยุทธศาสตร์ ที่ WHO เสนอมาปรับใช้ บนพื้นฐาน ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์
- คุณภาพในการดูแลรักษา (Quality of care) ข้อมูลทางสถิติ ทรัพยากรบุคคล (skilled health professional) ตลอดจนการเชื่อมโยงของสุขภาพมารดาและทารก (maternal and newborn link) และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเสียชีวิต ความพิการของทารก
- ประเด็นของสุขภาพทารก (newborn health) ควรอยู่ใน target for health ใน post ๒๐๑๕ development agenda ด้วย
- ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงการลงทุนในแม่และทารกที่สามารถลดการตายที่ป้องกันได้ในทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ๒ การประชุม Health care under attack: a call for action

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๒๐ น.

ผู้รายงาน : พญ. อรรธยา ลิมวัฒนายังยง, น.ส. คณิตา ทรัพย์ไพศาล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาทั่วโลก บุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการทางการแพทย์ถูกกระทำรุนแรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ มากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อบริการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยของประชาชนที่บาดเจ็บ รวมถึงกระทบขวัญกำลังใจของบุคลากรทางการแพทย์
- ประเทศต่างๆ ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในบุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการทางการแพทย์ เช่น สาธารณรัฐอาหรับซีเรีย สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐแอฟริกากลาง สาธารณอิสลามปากีสถาน เป็นต้น
- ผลกระทบจากการกระทำรุนแรงมักไม่ได้รับความสนใจจากผู้มีอำนาจตัดสินใจเท่าที่ควร โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือในระยะยาวและการแก้ปัญหาในระยะยาว ซึ่งต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในเชิงนโยบายและทรัพยากร รวมถึงการสร้างความร่วมมือในระดับนานาชาติที่จะร่วมกันผลักดัน

- บุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกกระทำมักเป็นบุคลากรในพื้นที่มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกส่งเข้ามาทำงานจากที่อื่นๆ (จากประเทศอื่นๆ)
- ในขณะนี้ International human right law and International humanitarian law เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่มีอยู่แล้ว แต่ยังขาด law enforcement ที่เข้มแข็ง

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ประเด็นนี้ต้องเป็น Global Health Policy issues และทุกฝ่ายต้องมาร่วมกันแก้ปัญหา
- ควรมี political commitment ในการแก้ไขปัญหาอย่างครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันการเกิดเหตุ ระบบการดูแลช่วยเหลือในระหว่างเกิดเหตุ การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บในระยะยาวและการแก้ไขปัญหาในระยะยาวโดยเฉพาะความขัดแย้งในระดับนโยบาย
- การเตรียมความพร้อมมีความสำคัญมากกว่าการตอบสนอง
- ควรมีระบบรายงานที่ดีเพื่อมีข้อมูลประกอบการแก้ปัญหา
- นำบทเรียนจากโครงการนำร่องต่างๆ มาพัฒนาการแก้ไขปัญหา

### ๓ การประชุม Technical briefings: Goals and targets for health in the post-๒๐๑๕ development agenda

วันพฤหัสบดีที่ ๒๒ May ๒๐๑๔ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๑๕ น.

ผู้รายงาน : นพ.อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร, พญ.สายพิน โชติวิเชียร

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Director General of WHO: การลงทุนด้านสุขภาพมีความจำเป็นและ universal health coverage เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ทุกคนมีสุขภาพดี ใน post-๒๐๑๕ development plan มีการเสนอให้มีความสำคัญเรื่องสุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลัก (Goal) คือ Ensure healthy lives and universal health coverage (UHC) at all ages
- ๔ เป้าหมายรอง (Sub-goal) คือ ความสำเร็จตาม MDGs ในเรื่อง newborn, child and maternal health และโรคติดต่อที่สำคัญ (End การตายของเด็กที่ป้องกันได้ การตายของแม่ที่ป้องกันได้ การระบาดของ HIV/AIDS, วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่นๆ)
- Address ในเรื่องภาระโรคของโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และ mental illness (ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ลดการตายและความพิการจากการบาดเจ็บและโรคทางจิต)
- ความสำเร็จของ UHC รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน (financial risk protection และบริการสุขภาพดีถ้วนหน้า (universal coverage of quality health services))
- Address ในเรื่องปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสถานะสุขภาพ (social and environmental determinants of health) คือ ๑) ลดการ expose ต่อปัจจัยเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อม ๒) ปรับปรุงด้านโภชนาการ ๓) ส่งเสริมหลักประกันสุขภาพ
- UHC สามารถปฏิบัติได้จริงแม้รายได้ประเทศจะแตกต่างกัน จากการนำเสนอของผู้แทนจากประเทศที่มีรายได้สูง (ญี่ปุ่น) รายได้ปานกลาง (ชิลี) และรายได้ต่ำ (บังกลาเทศ)

### ประเด็นสำคัญที่ถูกละทิ้งในที่ประชุม

- ความหมายของ UHC ต้องให้เข้าใจให้ถูกต้อง ตรงกัน เนื่องจากความแตกต่างของทรัพยากรในแต่ละประเทศ Basic essential package of health มีความหมายครอบคลุมถึงไหน
- ทำอย่างไรจึงจะสามารถ achieve UHC
- ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของ Social and environmental determinants of health
- แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิด UHC

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- การลงทุนในเรื่อง UHC ควรอยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละประเทศ โดยงบประมาณจากภายนอกเป็นเพียงส่วนสนับสนุนเท่านั้น
- Basic essential package of health แต่ละประเทศต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง
- ควรมีการจัดทำ Framework เพื่อให้การกำหนดเป้าหมายหลัก เป้าหมายรอง และตัวชี้วัดอยู่ใน
- ขอบเขตที่ปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

### ๔ การประชุม Technical briefing: “The role and priority setting in universal health coverage: the value of international support for Health Intervention and Technology Assessment”

ผู้จัด WHO วันศุกร์ที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๔.๑๕ น.

ผู้รายงาน : พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, ดร.ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low- and middle income countries) ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องเงิน ทรัพยากรบุคคล ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ การจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage, UHC) นั้นจึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญของปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา ในสถานการณ์เช่นนี้ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดได้ประโยชน์สูงสุด technical briefing นี้เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ของประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญในระบบสุขภาพ โดยใช้ผลการประเมินเทคโนโลยีฯ ในการสนับสนุนการกำหนดนโยบายในระบบ UHC ตลอดจนบทบาทการมีส่วนร่วมของ WHO และหน่วยงานภาคประชาสังคมระดับนานาชาติ
- Dr. Marie-Paule Keiny, Assistant Director-General, HIS/WHO นำเสนอในหัวข้อ Priority setting for Universal Health Coverage: The role of health Intervention and Technology Assessment โดยกล่าวถึงตั้งแต่ นิยาม ประโยชน์ของ HITA ไปจนถึงตัวอย่างการนำไปใช้ในงานของ WHO และสรุปว่า WHO จะติดตามความก้าวหน้า ความต้องการ และโอกาสของแต่ละประเทศในการพัฒนาเรื่อง HITA และ WHO จะยกระดับการใช้ HITA ในการทำ recommendations และ guidelines ต่างๆ ภายในองค์กรเอง
- Dr. Winai Sawasdivorn, Secretary General, National Health Security Office, Thailand: HITA เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางของ UHC policy ตลอดจน benefit package ต่างๆ การบูรณาการระหว่างงานวิจัยและนโยบายสุขภาพอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เช่น แนวคิดในการกำหนดนโยบายจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การมีนักวิจัยอยู่ในหลายหน่วยงานที่สามารถทำงานวิจัยได้อย่างเป็นอิสระจากผู้กำหนดนโยบายและแหล่งทุน และ capacity building programs ที่ให้ความสำคัญไม่เฉพาะต่อการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัย แต่ยังเน้นไปที่การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HITA ให้กับผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชนทั่วไป



- Mr Noah Elias, Acting Director Policy and Planning, Ministry of Health Ethiopia สำหรับประเทศเอธิโอเปีย ใช้ one-health tool (OHT) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วางแผนในการทำ priority setting สำหรับ UHC ในช่วง ๓-๑๐ ปี โดยเป็นการรวม Health services, health system และ impact tool เข้าด้วยกัน
- Representative of the Ministry of Health and Medical Education in Iran นำเสนอข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพอิหร่าน ยกตัวอย่าง HTA impact เช่น การประเมินความคุ้มค่าในการใช้ PET scan, MRI ๓ tesla, และ hyperbaric oxygen therapy อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นท้าทายทั้งในเรื่องเกณฑ์การนำ HTA ไปใช้ ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับ clinical practice guideline, แรงต้านจากองค์กรที่เสียประโยชน์ทางธุรกิจ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงผู้กำหนดนโยบายบ่อยครั้ง
- Prof. David Haslam, NICE/ England เล่าถึงประสบการณ์ขององค์กรเกี่ยวกับการใช้ HTA ในการประเมินยาและเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญการบริการสุขภาพ ตลอดจนการทำ guideline เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพในอังกฤษ

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

WHO จะดำเนินการอย่างไร ภายหลังจาก WHA ผ่านมติ HITA?

- Dr. Marie-Paule Keiny: WHO จะสนับสนุนด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความร่วมมือกับเครือข่ายที่มีอยู่รวมทั้ง NICE และ HITAP และพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพให้กับประเทศกำลังพัฒนา
- Dr. Margaret Chan: WHO จะทำงานในลักษณะของ ‘Knowledge Broker’ เพื่อให้เกิดการแบ่งปันความรู้ ข้อมูล และประสบการณ์ ตลอดจนพัฒนาแนวทาง มาตรฐาน ที่เกี่ยวข้องกับ HITA ให้เป็น global public goods

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- WHO ควรสนับสนุนประเทศสมาชิกในการนำ HITA ไปใช้ในระบบสุขภาพ รวมทั้งโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ
- ควรแสวงหาแนวทางที่ช่วยให้สามารถใช้ข้อมูล effectiveness ของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ดำเนินการศึกษาประเมินในประเทศอื่นๆ เพื่อลดการวิจัยและประเมินซ้ำ

## ๕ การประชุม The Rome declaration : achieving self-sufficiency in safe blood and blood product , based on voluntary non-remunerated donation

ผู้จัด Italy วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕

ผู้รายงาน : นายรติกร กัณฐะพงศ์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- วิทยากรประกอบด้วยชาวอิตาลี เอมิเรต ตูนิเซีย WHO และ จากสมาคมทางยุโรป ได้เล่าถึงผลการประชุมซึ่งจัดที่โรม เมื่อตุลาคม ๒๐๑๓ โดยใช้ Resolution จากการประชุม WHA๖๓ ซึ่งกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกตระหนักถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากเลือด เนื้อหาสำคัญคือการผลักดันระบบให้เข้าสู่ UHC และ integrated healthcare service แต่อย่างไรก็ตามก็แจ้งว่า Rome Declaration ยังไม่ใช่ WHO policy
- จากนั้นเป็นการเล่าประสบการณ์การจัดการรวมทั้งนโยบายต่างๆที่ใช้โดยภาพรวมจะคำนึงถึงประโยชน์ทั้งของผู้ป่วยและผู้บริจาค (ผู้บริจาคแบบประจำโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย) โดยเป้าหมายคือจะให้ปริมาณเลือดที่เพียงพอเพื่อเสริมนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศ
- ยกตัวอย่างทางฝรั่งเศสมี good practice guideline ส่วน WHO ต้องการสร้าง”ร่มใหญ่” กำหนดขอบเขตการดำเนินการและมาตรฐานที่ควรมี รวมถึงการเข้าถึงประชาชนที่เสมอภาค นอกจากนี้ต้องเร่งพิจารณาถึงผลิตภัณฑ์จากพลาสมา

- ความท้าทายที่ยังคงมีอยู่คือ ยังมี blood supply ไม่เพียงพอโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ ส่วนหนึ่งมาจากมีผู้บริจาคลดลง

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

มีคำถามจากบังคลาเทศให้ทางคณะผู้อภิปรายระบุ”ความเสี่ยง”ที่จะเกิดขึ้นใน whole blood transfusion ซึ่งคณะฯ ตอบว่าไม่สามารถระบุได้ชัดเจนเพราะมีองค์ประกอบมาก

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญและเร่งรัดมาตรฐานความปลอดภัยด้านเลือดและผลิตภัณฑ์เลือดเพื่อนำมาใช้ได้อย่างปลอดภัย และ จัดหาปริมาณเลือดให้เพียงพอต่อการสำรองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่สูญเสียโดยเปล่าประโยชน์

## ๖ การประชุม Access to medicines: challenges & opportunities for developing countries

ผู้จัด : WHO, UNAIDS, UNITAID และ UNDP วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๑๕ น.

ผู้รายงาน : ญญ.ดร.นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และญญ.สิตานันท์ พูนผลทรัพย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- การประชุมนี้เป็นการนำเสนอประสบการณ์การแก้ปัญหาการเข้าถึงยาของ ๕ ประเทศที่รวมตัวกันภายใต้ชื่อ BRICS คือ บราซิล (Brazil) รัสเซีย (Russia) อินเดีย (India) จีน (China) และแอฟริกาใต้ (South Africa) ซึ่งมีจำนวนประชากรรวมกันคิดเป็นเกือบร้อยละ ๔๐ ของประชากรโลกทั้งหมด มี Luis Loures, UNAIDS Deputy Executive Director เป็นผู้ดำเนินรายการ ผู้ร่วมเสวนาประกอบด้วย Arthur Chioro, Minister of health ของบราซิล, Aaron Motsoaledi, Minister of Health ของแอฟริกาใต้, Oleg Salagai, Deputy Head of the Department of International and Public Affairs ของรัสเซีย, Shri C. K. Mishra, Additional Secretary of International Cooperation/International Health, Ministry of Health & Family Welfare ของอินเดีย และ Zhang Yang, Deputy Director of the International Cooperation of NHFPC ของจีน นอกจากนี้ Philippe Douste-Blazy, chair of the UNITAID Executive Board และ Rohit Malpani, Director of Policy for Médecins Sans Frontières เข้าร่วมให้ความเห็นด้วย ในระหว่างการประชุม Margaret Chan, WHO Director General ได้แวะมาร่วมเวทีเสวนาด้วยประมาณ ๑๐ นาที
- ประเทศในกลุ่ม BRICS มีความแตกต่างทั้งทางด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรม แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศกลุ่ม BRICS ประสบปัญหาด้านสาธารณสุขหลายอย่างเหมือนกัน เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและยา ปัญหาที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปัญหาด้านโรคติดต่อ เช่น HIV และวัณโรค และโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน คำถามสำคัญ คือ จะทำให้ประชากรนับล้านๆ คน เข้าถึงการรักษาได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส
- ในภาพรวม BRICS มีการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาจำเป็นโดยใช้กลไกเชิงนโยบายและการปรับกฎระเบียบของประเทศให้เอื้อต่อการใช้มาตรการ TRIPS flexibilities โดยที่เด่นชัดในทั้ง ๕ ประเทศ คือ การปรับแก้กฎหมายสิทธิบัตรและกฎหมายภายในประเทศของตนเอง ในขณะเดียวกัน แต่ละประเทศในกลุ่ม BRICS นี้มีจุดเด่นของยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยา ดังนี้

บราซิล : เน้นเรื่องการลงทุนในอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในของประเทศและการถ่ายทอดเทคโนโลยีในการจัดการปัญหาการเข้าถึงยาและความแตกต่างของเทคโนโลยีในการผลิตยา ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งของระบบควบคุมยาของประเทศ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และการสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการการซื้อยาของรัฐ โดยบราซิลมีการพัฒนาระบบการจัดซื้อยาในระดับประเทศและมีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยใน

ปี ๒๐๑๑ พบว่าคนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่ใช้โรคติดต่อกว่า ๑๘ ล้านคนสามารถเข้าถึงยาผ่านทางร้านยาจำนวน ๒๕,๐๐๐ แห่ง และในขณะเดียวกันบราซิลได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าความยากจนของประชาชนควบคู่กันด้วย และเสนอสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการหนึ่งเดียวระหว่าง BRICS และ developing countries ต่างๆ ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยา และมุ่งสู่ universal coverage and access

แอฟริกาใต้ : เน้นเรื่องการปฏิรูปนโยบายสุขภาพ โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น การควบคุมราคายาผ่าน supply chain การจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ การติดตามระบบการกระจาย และการใช้ parallel importation นอกจากนี้แอฟริกาใต้เน้นเรื่องการปรับกฎหมายของประเทศเพื่อช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศดีขึ้น ดังนั้นปัจจุบันกำลังมีการปรับแก้กฎหมายด้านสิทธิบัตร โดย Minister of Trade and Industry ที่จะเกี่ยวข้องกับหลายด้าน เช่น การเกษตร การกีฬา และยา และสนับสนุนการทำงานของ UNITAID เรื่อง Medicines Patent Pool

รัสเซีย : เน้นเรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสั่งใช้ยาของแพทย์ การส่งเสริมการผลิตยาภายในประเทศ การควบคุมคุณภาพมาตรฐานของยาที่ผลิตให้เป็นระดับที่สากลยอมรับ การมีระบบติดตามเรื่องราคายามีการทำราคาขายปลีกของยาที่ควรจะเป็น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ การเพิ่มจำนวนร้านยาในชนบท และความร่วมมือระหว่างการผลิตองค์ความรู้และงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาใหม่ในส่วนของอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ

อินเดีย : เน้นเรื่องการใช้มาตรการที่หลากหลายภายใต้ TRIPS-compliant use of flexibilities เชิญชวนให้ประเทศกำลังพัฒนาพิจารณาปรับแก้กฎหมายด้านสิทธิบัตรของประเทศ เตือนให้ระวังการตอบรับเรื่อง TRIPS-plus bilateral trade agreements และขอให้องค์กรระหว่างประเทศ รวมทั้ง civil society ช่วยผลักดันและสนับสนุนให้รัฐบาลใช้มาตรการภายใต้ TRIPS-compliant use of flexibilities ให้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็น supplier ของยา antiretroviral generic drugs กว่าร้อยละ ๘๐ ที่ใช้ในประเทศที่กำลังพัฒนา

จีน : เน้นเรื่องการปฏิรูปสุขภาพที่ครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงยาจำเป็น การจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล โดยเป็นแกนผลักดันเรื่อง Access to Essential Medicines และ Traditional Medicines เข้าเป็นวาระใน WHA ครั้งนี้ด้วย ประเด็นที่จีนเน้นย้ำคือการพัฒนานโยบายแห่งชาติโดยอาศัยแนวคิดของยาจำเป็น และเร็วๆ นี้มีการปรับแก้กฎหมายด้านสิทธิบัตรให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการส่งออก ปัจจุบันจีนเป็น global supplier ที่ใหญ่มากสำหรับ active pharmaceutical ingredient (API) สำหรับผลิตยาสำเร็จรูป โดยคาดว่าคิดเป็นร้อยละ ๓๖ ของตลาดด้าน API

ปัจจุบันประเทศกลุ่ม BRICS ได้มีโครงการความร่วมมือแบบ south-to-south collaboration กับประเทศ low and middle income countries ในการส่งเสริมบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยแก่ประเทศต่างๆ ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยา

องค์การอนามัยโลกชื่นชม BRICS leadership ในด้านนี้ และเน้นย้ำความสำคัญของการสนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศ การจัดการปัญหาเรื่อง SSFFC และระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศร่วมด้วย

**ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปราย/หรือถูกถามจากที่ประชุม :**

มีการหยิบยกเรื่องมาตรการใหม่ๆ เช่น Tier pricing และ Medicines Patent Pool เพื่อใช้ในการเพิ่มการเข้าถึงยาว่าจะส่งผลกระทบต่ออื่นๆ ตามมาหรือไม่อย่างไร

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

ในส่วนของประเทศไทย การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคัดเลือกยาเข้าในบัญชียาหลักฯ และการผนวกการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการมียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักฯ นับว่าเป็นจุดเด่นและต้นทุนที่ดีของประเทศ อย่างไรก็ตาม เพื่อเสริมความเข้มแข็งให้ระบบของไทย ควรนำทริเียนและประสบการณ์จาก BRICS เช่น เรื่องการปรับแก้กฎหมายไปศึกษาเพิ่มเติมและพิจารณาปรับใช้ และควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้เข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ ส่วนกรณีของมาตรการใหม่ ๆ เช่น Medicines Patent Pool ควรมีการติดตามและศึกษาผลกระทบอย่างใกล้ชิดต่อไป

[หมายเหตุ เนื่องจากจำนวนหูฟังล่ามในการแปลต่างๆ เป็นภาษาอังกฤษมีจำกัด ดังนั้น ข้อมูลบางส่วนในรายงานนี้จึงต้องอาศัยแหล่งข้อมูลอื่น เช่น เอกสารประกอบการเสวนาที่แจกในที่ประชุม รวมทั้ง [www.unaids.org](http://www.unaids.org) และ [www.ip-watch.org](http://www.ip-watch.org) เป็นแหล่งข้อมูลร่วมด้วย ]

### ๗ การประชุม Side meeting on dementia

ผู้จัด : Government of UK วันจันทร์ที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๐๑๔

ผู้รายงาน : รศ ดร สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ดร กาญจนา จันทร์ไทย

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- สถิติโลกผู้มีปัญหา **Dementia** ประมาณ ๔๔ ล้านคน โดยสถิติดังกล่าวได้ระบุว่า การวินิจฉัยโรคนี้สามารถทำได้เพียงร้อยละ ๕๐ เท่านั้น ที่เหลือยังไม่เข้าถึงการวินิจฉัยโรค และทรัพยากรรวมถึงบุคลากรที่ใช้ในการให้บริการยังคงค่อนข้างจำกัด ในอนาคตจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นแน่นอน รัฐบาลของประเทศสมาชิกจำเป็นต้องเตรียมรับมือเพื่อให้ประชาชน ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบสุขภาพและสังคมมีความพร้อมและสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอจากผู้แทนประเทศและผู้แทนองค์กรเอกชนที่เป็นวิทยากร
- DG กล่าวถึงความสำคัญของ **Dementia** ต่อประเทศต่างๆ และยังมีสิ่งซึ่งรัฐบาลจะต้องทำอีกมาก
- ผู้มีประสบการณ์ **Living with Dementia** ได้มาแสดงประสบการณ์ชีวิตที่อยู่กับ **Dementia** โดยสรุป " .. Just like a holiday, at end of the day no one around, no help, like to have a life where you can do things, not pushing in hurry..."
- ผู้แทนรัฐบาลสหราชอาณาจักร : ชี้ให้เห็นว่ารัฐบาลสหราชอาณาจักรให้ความสำคัญและตระหนักถึงความท้าทายต่อการดูแล เรื่อง **Dementia** โดยเน้น เรื่อง **risk reduction** ดำเนินการ ๓ เรื่อง พัฒนาระบบและการเข้าถึงการวินิจฉัยโรค การวิจัยด้านยาและการปรับเปลี่ยนทัศนคติและ **prejudice** ต่อ **Dementia** พัฒนาระบบการให้การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล UK ได้นำเอาประสบการณ์ของญี่ปุ่นที่ทำโครงการ **Dementia Friends Movement** ซึ่งมีคนญี่ปุ่นเข้าร่วมแล้วกว่า ๔ ล้านคน
- รัฐมนตรี **Malicious** : ประเทศมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๓ มีผู้ป่วย **Dementia** ประมาณ ๖๐๐๐ คน รัฐบาลได้กำหนดให้การดูแล **Dementia** เป็น **National public health priority** ลงทุนและดำเนินพัฒนาระบบและการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว อาทิ ปรากฏกฎหมายสุขภาพจิต. เพิ่มจำนวนบุคลากร จัดให้มีบริการ **midway home, day care center**, และการให้ **carer allowance** เป็นต้น
- รัฐมนตรี **Canada** : เน้นว่าประชาชนให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก **key initiatives** ของรัฐบาลได้แก่ ลงทุนด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันหรือเพื่อ **delay onset** การค้นพบโรคแต่เนิ่นๆ การพัฒนาคุณภาพการดูแล รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับครอบครัวและ **Cohort study ๔๕-๕๕** ปี เริ่มเก็บข้อมูลปีนี้ เป็นต้น
- ผู้แทนจาก **Inter life** เป็น **NGO voice of NCD activity** ที่เกี่ยวข้องคือ **Alzheimer's Society** สนับสนุนให้มีบริการ **Day care** ฝึกอบรมแพทย์พยาบาลและ **carers** เป็นต้น

- ผู้แทนจาก International Red Cross Society มีสมาชิกของ society ใน ๖๕ ประเทศ ที่กำลังทำงานให้บริการชุมชนใน Red Cross - Dementia ภายใต้ Mental Health Framework: Stigma fear, dementia alliance, and support family in care giving เช่น Red Cross visiting nurse program, Dementia Alliance

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- การป้องกันการเกิด Dementia สามารถดำเนินการอย่างไรได้บ้าง ซึ่งทางแคนาดาได้มีการทำงานวิจัยร่วมกันทั้งภาคส่วนของเอกชนและภาครัฐ ส่วนในเยอรมันเป็นการออกแบบโปรแกรมที่มีตั้งแต่การคัดกรองและป้องกัน ได้ทดลองที่ทำได้แล้ว
- ผลักดันเป็น post MDG ๒๐๑๕ Agenda เข้าใน WHA
- ควรมี international strategy และ country policy priority ของ mental health และ dementia และผู้อภิปรายจากแอฟริกาสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง Multidisciplinary Task Force เพื่อทำงานด้าน Prevention Campaign
- ประเทศต่างๆ ควรมีการทำงานร่วมกันทั้งด้านการวิจัย เรียนรู้ระบบการดูแลและการบริการจากประเทศที่ดำเนินงานด้านนี้เช่นประเทศ G๗ และญี่ปุ่น เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขควรลงทุนด้านองค์ความรู้และการวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันหรือ delay onset ของโรค วิจัยด้านยา Dementia drug ศึกษาแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีเพื่อนำมาปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน
- แสวงหาความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม โดยนำประสบการณ์กลุ่มประเทศ G๗ ที่ทำ Dementia Friends ให้ประชาชนทั่วไปเข้าร่วมลงชื่อเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับ Dementia ขึ้นพื้นฐานเพื่อเกิดทัศนคติที่ดี ช่วยค้นหา สังเกต new case ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในที่สาธารณะ เป็นต้น
- กำหนดและพัฒนากำลังคนที่ใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนและในครอบครัว

## ๘ การประชุม Health, climate change and air pollution

ผู้จัด : France และ Norway วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๔.๐๐-๑๔.๓๐ น.

ผู้รายงาน : ดร. เบญจวรรณ รัชชสุภา

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ เป็นปัญหาในระดับนโยบายสุขภาพโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ปัญหามลพิษทางอากาศที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะโรคของโรคไม่ติดต่อสูงขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรกระบบทางเดินหายใจ โดยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศนั้นมีความเชื่อมโยงกันและมีผลกระทบต่อสุขภาพที่ซ้อนทับกันอยู่
- ผู้อภิปรายได้ให้ความเห็นในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้
  - ประเทศฝรั่งเศสได้นำเสนอการดำเนินงานในประเทศ โดยปัจจุบันมี the ๓<sup>rd</sup> National Plan on Environmental Health ที่ดูเรื่อง Intergovernmental cooperation ในระดับประเทศ และที่ระดับนานาชาติ ร่วมกับ European Union เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ และ

ลดมลพิษทางอากาศจากภาคการคมนาคม ภาคอุตสาหกรรม และภาคพลังงาน นอกจากนี้ได้ให้ความสำคัญในเรื่องโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคซิกนิกุนยา ที่ระบาดในทวีปยุโรปและอเมริกา โรคปรสิตเขตร้อนในตอนใต้ของประเทศฝรั่งเศส ที่ต้องมี International regulation เข้ามาเกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันระหว่างประเทศ

- ประเทศนอร์เวย์ ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทั้งในระยะยาวจากสภาพอากาศที่ร้อนขึ้น และระยะสั้นจากน้ำท่วม และลมพายุรุนแรง ที่ส่งผลต่อการสุขภาพอนามัยน้ำสะอาดและการจัดหาน้ำใช้ จึงได้มีการพัฒนา Warning system และลดมลพิษทางอากาศโดยการรณรงค์จัดกิจกรรมเดินหรือใช้จักรยาน แทนรถยนต์ แต่อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในทุกระดับทั้งชุมชนและระดับประเทศ เพื่อลดมลพิษทางอากาศ โดยให้ภาคสาธารณสุขเป็นแกนนำในการดำเนินงาน
- Dr Keirk Smith ผู้เชี่ยวชาญด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ได้นำเสนอแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ภาคสาธารณสุขจะต้องเตรียมการรองรับ ทั้งเรื่องการพัฒนาศักยภาพและการปรับตัวด้านสุขภาพ โดยในปี ๒๐๕๐ อุณหภูมิเฉลี่ยจะเพิ่มสูงขึ้นมาก ดังนั้นการเตรียมการต่างๆ ในระยะยาว จึงมีความจำเป็น และการใช้ life-course approach เพื่อดูแลเด็กที่เกิดมาในปัจจุบัน จะต้องอาศัยอยู่ในปี ๒๐๕๐ ได้อย่างปลอดภัยด้วย นอกจากนี้ ปัญหามลพิษทางอากาศในบ้านเรือนจากการใช้เตาถ่าน หรือเชื้อเพลิงที่ก่อให้เกิดควัน ฝุ่นในบ้านเรือนยังเป็นปัญหาต่อสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคปอดบวมในเด็ก โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้น ต้องมีมาตรการที่ลดการใช้เชื้อเพลิงเหล่านี้ในบ้านเรือน หรือใช้เชื้อเพลิงสะอาดทดแทน
- ประเทศมัลดีฟส์ มีปัญหามลพิษทางอากาศจากการเผา และหมอกควันข้ามแดน รวมทั้งปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่มีอุณหภูมิเพิ่มสูงขึ้น และน้ำทะเลมีความเป็นกรดมากขึ้น ส่งผลให้รายได้ของประเทศจากการท่องเที่ยวลดลง นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา คือ โรคไข้เลือดออก โรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ และยังมีปัญหาด้าน Health care facility ที่ถูกน้ำท่วม จึงได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มี Best practice packages เพื่อเป็นตัวอย่าง และแหล่งข้อมูลให้ประเทศอื่นๆ ที่เผชิญปัญหาเดียวกันนำไปประยุกต์ใช้ได้ต่อไป
- WMO (World Meteorological Organisation) ในฐานะหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขได้เล็งถึงแผนการทำงานในการลดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ และให้ความสำคัญเรื่องความจำเป็นที่จะต้องมี Global framework และการทำงานร่วมกันระหว่าง WMO และ WHO เพื่อติดตามและป้องกันการเกิดโรคติดต่อ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างรุนแรง การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในเขตเมืองใหญ่และเมืองที่อยู่ชายฝั่ง เป็นต้น
- Climate and Clean Air Coalition (CCAC) เป็นองค์กรที่อยู่ภายใต้ UNEP ดำเนินงานร่วมกับประเทศสมาชิกและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ในการลดการปลดปล่อยมลพิษทางอากาศที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยการสร้างความตระหนักและพัฒนามาตรการในการป้องกันผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานระดับชาติและระดับภูมิภาค เป็นต้น
- ประเทศยูกันดา ประสบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเช่นเดียวกัน ทั้งน้ำท่วม ดินถล่ม และมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะจากอุตสาหกรรมผลิตก๊าซและน้ำมันที่ทำให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ จึงต้องการความช่วยเหลือจาก UN organisations ในการสนับสนุนและพัฒนาแผน รวมทั้งมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การพัฒนาศักยภาพในการลดปัญหาโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้วย

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

มีคำถามจากที่ประชุมว่า ระหว่างการยกระดับสถานะทางเศรษฐกิจให้กลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีรายได้น้อย กับการลดการใช้พลังงานอย่างฟุ่มเฟือยในกลุ่มผู้มีรายได้มาก หน่วยงานต่างๆจะมีบทบาทอย่างไรและใช้วิธีไหนจะได้ผลมากที่สุด โดยได้มีการอภิปรายเพิ่มเติมว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ควบคุม ติดตามด้านมลพิษทางอากาศ มีการใช้มาตรการ Carbon tax และมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- แม้ว่าหลายๆประเทศจะกล่าวถึงเรื่องปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศว่าเป็นสิ่งที่ต้องมีการดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบอย่างเร่งด่วน แต่ยังไม่มีการสะท้อนให้เห็นถึงกลไกทางนโยบายที่ชัดเจนที่จะผลักดันเรื่องสุขภาพให้ไปอยู่ในนโยบายของภาคส่วนอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุขอย่างจริงจัง
- ทุกประเทศควรมีข้อตกลงร่วมกันที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลพิษทางอากาศ โดยมีการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสิ่งแวดล้อมและกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ประเด็นด้านสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะต้องถูกผลักดันให้อยู่ในนโยบายของภาคส่วนอื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นเกษตร อุตสาหกรรม พลังงาน และภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยอาจพัฒนาเป็น International Strategic Plan และเป็นแผนที่มองเรื่องสุขภาพในระยะยาว
- สำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป คือ การประชุม ๑<sup>st</sup> Global Climate Change and Health Conference ในเดือนสิงหาคม ๒๐๑๔ ที่นครเจนีวา และ High level meeting ที่นิวยอร์ก รวมทั้ง Side event เรื่อง Health & Climate Change and Air pollution on COP๒๐ จัดโดยประเทศเปรู

### ๙ การประชุม People Centered and integrated health care: What is it and how do we get there?

ผู้จัด : Delegation of Belgium and WHO Secretariat วันที่ ๑๙ พค ๒๕๕๗ เวลา ๑๘.๓๐-๑๙.๓๐

ผู้รายงาน : ดร. กฤษดา แสงวงศ์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- การบริการสุขภาพที่แยกส่วนนำมาซึ่งความไร้ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ แต่เมื่อก้าวถึง integration ก็มีคำถามว่าหมายถึงอะไรได้บ้างก็ยังเป็นประเด็นว่าในแต่ละระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ ให้คำนิยามของ Integration แตกต่างกัน ภายใต้หลายมุมมอง การดูแล? บริการ? หรือ ระบบ? เช่น
  - Integrate ระหว่างอะไรกับอะไร เช่น การรักษา กับการป้องกัน การฟื้นฟู หรือ Integrate Vertical and Horizontal program หรือ Integrate acute care and chronic care หรือ โรคเรื้อรังกับ ผู้สูงอายุ หรือ
  - Integrate ระหว่างใครกับใคร ระหว่างผู้ให้บริการแต่ละวิชาชีพ ความแตกต่างระหว่างวิชาชีพ ก็นำมาซึ่งคำถามว่า Integrate ได้หรือไม่ แต่ละคนจะมีบทบาท มีสมรรถนะอย่างไร ร่วมมืออย่างไร หรือ บูรณาการระหว่างการดูแลผู้ป่วยและชุมชน หรือ
  - Integrating information
- ประสบการณ์ในเลบานอน พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมาก ต้องส่งเสริม Primary Health Care ส่งเสริม community involvement รัฐบาลร่วมมือกับ NGO ในการจัดบริการ มีความร่วมมือหลายระดับ ใช้ Performance based financing ใช้ indicator ที่สำคัญคือ Case mix and Output indicator : Accreditation, Patient reporting (Quality of care, Extra payment, Responsiveness of provider to non-medical expectation)

- ประสบการณ์ของ Greece รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้อภิปราย เริ่มต้นด้วยการตั้งคำถามว่า คนไข้ที่มาโรงพยาบาลมีกี่ % ที่ได้รับบริการตามที่ต้องการ ปัจจัยด้านระบบมากมายที่ไม่สามารถทำให้เกิด integrated care ได้ เช่น Payment mechanism, Dual employ, Poor regulation and “Unofficial payment และพบว่า การมีแพทย์เฉพาะทางมากๆ ยิ่งทำให้เป็น Doctor centered ทำให้แพทย์มีอำนาจมากกว่าคนไข้มากขึ้นเรื่อยๆ ประเด็นสำคัญคือ จะ Train team ให้ทำงานร่วมกันในการดูแลคนไข้ได้อย่างไร
- WHO โดยให้ DG ซึ่งเข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ ให้ความสำคัญว่า People-centered and integrated health services are critical for reaching universal health coverage. Patient center care is the way to go. PHC need integrated care and need policy concern.
- WHO อยู่ระหว่างดำเนินการทำ strategy on People – Center and Integrated Health Service (PCIHS) แนวคิดสำคัญในยุทธศาสตร์นี้คือ “ encompasses the management and delivery of quality and safe health services เพื่อให้คนไข้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้ง health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services ตามความต้องการในแต่ละช่วงเวลา โดยสนับสนุนให้แต่ละประเทศดำเนินการพัฒนา policy options, reform strategies, evidence-based guidelines and best practices. โดยเฉพาะประเด็นสำคัญ ที่ต้อง concern คือ
  - Ongoing challenges for health services: Accessibility, Availability, Acceptability and Quality of Care
  - Emerging challenges for HS : NCD, Demographic and epidemiological transition
  - Growing inequality
  - Need to reform Health service system
  - Sociopolitical factor
  - Technological advance

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- Medical record มีความสำคัญมากต่อ integrated care
- Integrated care อาจมีความแตกต่างในการดำเนินการระหว่างแต่ละระดับของบริการ และลักษณะของบริการ เช่น Acute care and Chronic care
- ประเภทบุคลากร สมรรถนะ และ ทีม ที่เหมาะสมมีความสำคัญมาก เช่น การมีสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางที่เหมาะสม การมี Family medicine การมีพยาบาล ซึ่งมีจุดเน้นการบริการในลักษณะ Holistic care approach

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

การออกแบบระบบบริการที่ยึดผู้ป่วยประชาชนเป็นศูนย์กลาง อาจต้องทบทวนโครงสร้างการจัดบริการ ที่ออกแบบไว้ อย่างแยกส่วนในอดีต ทั้งการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ และกลไกทางการเงิน และควรพัฒนามีกลไกสนับสนุนความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน



## ๑๐. การประชุม Winning the global fight against tuberculosis

ผู้จัด : The delegation of Brazil วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ผู้รายงาน : นพ.นวนรรณ วีระอัมพรพันธุ์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Minister of Health ของ Brazil กล่าวแสดงความชื่นชมผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมมือแก้ปัญหาเรื่องวัณโรคซึ่งทำลายแต่สามารถประสบผลสำเร็จได้ และได้กล่าวถึง global action plan ฉบับใหม่ที่มีความรอบด้าน (comprehensive) สอดคล้องกัน (consistent) และสามารถวัดผลสำเร็จได้ และได้เล่าประสบการณ์การแก้ปัญหาวัณโรคใน Brazil ผ่านนโยบายด้าน social protection โดยระบบสุขภาพของประเทศ พยายามจัดการปัญหาความยากจน และ SDH และมีหลักฐานอย่างชัดเจนว่าแนวทางดังกล่าวส่งผลดีในภาพรวม โดยมี Ambassador of Brazil กล่าวเสริมถึงประสบการณ์ของ Brazil และ advances และ innovations ใหม่ ๆ ทั้ง diagnostic tests, treatment และ social protection
- Ambassador of France กล่าวถึงความสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษาในราคาถูกลง และการแก้ปัญหาความยากจน รวมทั้งปัญหา HIV/TB ที่เป็น burden ในทวีป Africa อย่างมาก นอกจากนี้ได้กล่าวถึง solidarity ระหว่างประเทศต่างๆ ที่ผ่าน draft resolution อย่างท่วมท้น และชื่นชม Brazil ที่เป็นผู้นำ
- WHO Director of Global TB Programme กล่าวถึง global burden ของวัณโรค ทั้งวัณโรคโดยรวม, HIV/TB และ MDR-TB โดยกล่าวถึงแนวทางที่เป็น priorities ที่สำคัญเพื่อให้การแก้ปัญหา TB บรรลุผล คือ ๑. เข้าถึงผู้ป่วยที่เป็น missed cases ๒. แก้ปัญหา MDR-TB ๓. เร่งจัดการปัญหา TB/HIV ๔. เพิ่มงบประมาณเพื่อปิดช่องว่างของทรัพยากร ๕. เร่งรัด rapid uptake ของนวัตกรรมการรักษาใหม่ๆ จากนั้นได้กล่าวถึง Post-๒๐๑๕ Global TB Strategy โดยสังเขป และกล่าวถึงบทบาทของ WHO ในลำดับถัดไป ทั้งในระดับโลก ได้แก่ ๑. การออก guidance สำหรับการ adopt และ adapt new strategy ๒. การ promote new strategy ๓. แผนการลงทุน และบทบาทสนับสนุนประเทศต่างๆ ได้แก่ ๑. technical assistance สำหรับ new strategy ๒. การสนับสนุนเพื่อ mobilize resources
- Director ของ UNITAID กล่าวถึงการสนับสนุนของ UNITAID ต่อการเข้าถึงนวัตกรรมใหม่ๆ ในการรักษา ซึ่งรวมถึงแนวทาง public health approach ต่อประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา ผ่าน TRIPS flexibilities
- Executive Secretary ของ Stop TB Partnership กล่าวถึงเครือข่าย Stop TB Partnership, burden ของวัณโรคและความสำคัญของ new strategy และแนวทางการแก้ปัญหาใน new global strategy

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

ส่วนใหญ่แสดงความยินดีต่อการผ่าน draft resolution จาก Committee A เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๐๑๔ และสนับสนุน new global strategy และความสำคัญของการเข้าถึงนวัตกรรมใหม่ๆ ในราคาถูกลง

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

กระทรวงสาธารณสุข ควรติดตามบทบาทของ WHO ในการออก guidance และการสนับสนุนการดำเนินการตาม new global strategy รวมทั้งบทบาทของ UNITAID และ Stop TB Partnership ในการสนับสนุน strategy ดังกล่าว เพื่อวางแผนการทำงานของประเทศไทยต่อไป

## ๑๑. การประชุม Autism Spectrum Disorders: The way forward Progress and challenges in implementing WHA's Resolution on autism spectrum disorders (ASDs): countries' experiences and future plans

ผู้จัด : บังคลาเทศ บราซิล อินเดีย อิตาลี มาเลเซีย เกาหลี โรมานีเย อเมริกา และ WHO

วันที่ : ๒๐ พฤษภาคม ๒๐๑๔ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ผู้รายงาน : ดร.พญ.เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Autism spectrum disorders เป็นปัญหาที่สร้างภาระต่อสังคมมากและต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างกันในการจัดการกับปัญหานี้ (Moderator : Shekhar Saxena, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO)
- ปัญหานี้เป็น serious societal stigma จึงควรมีการเพิ่มความเข้าใจกับสังคม (Initial Remarks: H.E.Mr. Mohammed Nasim, MP, Honourable Minister, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh)
- ประสบความสำเร็จในโปรแกรมการคัดกรองเด็กอายุ ๙ เดือน ถึง ๓ ปี ด้วยพยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิ (H.E.YB Datuk Seri Dr.S. Subramaniam, Honourable Minister of Health, Malaysia)
- ให้สื่อช่วยสร้างความตระหนักเรื่องนี้ในสังคมและมีโปรแกรมระดับประเทศในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งมีโปรแกรมรณรงค์เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในชุมชน (Ms Saima W. Hossain, Chairman, National Autism and Neuro Developmental Disorder Advisory Committee and Global Autism Public Health, Bangladesh)
- การวิจัยและเครือข่ายที่จะทำให้เกิดการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Dr. Fabrizio Oleari, Director General, Italian National Institute for Health (ISS), Italy)
- ปัญหานี้ถือเป็นภาระทางการเงินที่สำคัญมากสำหรับครอบครัว (Dr.Lee Jung Kyu, Director for Mental Health Policy, Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea)
- มีโปรแกรมที่ให้ family doctor ดูแลก่อนส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ (Mr. Alexandru Rafila, Advisor to the Ministry of Health for health policies, Romania)
- ควรมีการร่วมมือกันดำเนินการในเรื่องนี้ในระดับนานาชาติ (Closing Remarks: H.E. Mr. Md. Abdul Hannan, Ambassador and Permanent Representative of Bangladesh to Switzerland and to the UN Organizations in Geneva and Vienna)

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- NGOs ใน Switzerland เน้นให้เห็นสำคัญกับเด็กกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับสิทธิทางสังคมน้อย เสนอให้มีการเน้นให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมในระดับประเทศใน Agenda of the ๖๗<sup>th</sup> WHA นี้
- การคัดกรองเด็กแล้วพบปัญหาขาดจิตแพทย์หรือแพทย์ที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น Autistic spectrum disorders มีการเสนอแนะว่าอาจจะใช้แบบคัดกรองเด็กพัฒนาการล่าช้าที่บุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิทำได้ เพื่อให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็วที่สุดก่อน ซึ่งเด็กออทิสติกจะเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับการดูแลไปด้วย

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- เน้นให้มีการสื่อเพื่อเพิ่มความตระหนักของคนในสังคมต่อปัญหานี้
- ควรเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ให้สามารถดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
- สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการดูแลและช่วยเหลือเด็กออทิสติก ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ
- ส่งเสริมให้เกิดการวิจัยเรื่องนี้ใน National Center of Excellence

## ๑๒ การประชุม Towards the implementation of the WHO global disability action plan ๒๐๑๔-๒๐๒๑ : better health for all people with disabilities

ผู้จัด Delegation of Ecuador วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๐๑๔ เวลา ๑๗.๔๕-๑๘.๑๕ น.

ผู้รายงาน : นพ.สุทัศน์ ดวงดีเด่น, ผศ.ดร.จรวายพร ศรีศศลักษณ์, ดร.กาญจนา จันทร์ไทย, ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Role of persons with disabilities and their representative organization and their support to Member States (Yannis Vardakastanis, Chair of International Disability Alliance)
- Strengthen and extend rehabilitation, habilitation, assistive technology, assistance and support services, and community-based rehabilitation (Prof.Melvin Freeman, Chief Director for Non-communicable Diseases, National Department of Health of South Africa)
- Role of WHO in Noncommunicable Diseases and Mental Health (Dr.Oleg Chestnov, Assistant Director)
- Remove barriers and improve access to health services and programmes : Mainstream health and rehabilitation (Seong-jae Lee, President of the National Rehabilitation Center of South Korea)
- Disabilities and Health, a general overview (Lenin Moreno, Special Envoy of the United Nations on Disability and Accessibility)
- Mainstreaming access to health services (Carina Vance, Minister of Public Health of Ecuador)
- Scientific evidence as basis for decision making and public policy (Antonio Barrios, Minister of Health and Social Welfare of Paraguay)

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- DG ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ได้เข้ามาสนับสนุนและได้เล่าถึง พิเดลคาสโต ประธานาธิบดีประเทศคิวบาได้ เกาะติดประเด็นคนพิการอย่างจริงจัง
- มีการให้ความสำคัญถึงการลงทุนทางด้านทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ
- ควรเพิ่มบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม เพราะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำรงชีวิตอิสระและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- วิสัยทัศน์ของแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ๒๐๑๔-๒๐๒๑ กล่าวไว้ว่า คนพิการและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีโอกาสที่เท่าเทียม สามารถใช้ศักยภาพอย่างสูงสุดในการดำรงชีวิต
- องค์การอนามัยโลกมีการจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงาน โดยได้กำหนดให้ ๑) การจัดทำ model disability survey แล้วเสร็จภายในปี ๒๐๑๔ และให้นำไปใช้ในปี ๒๐๑๕ ๒) กำหนดให้มี guideline ด้านการฟื้นฟูฯ ภายในปี ๒๐๑๕ ๓) สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการของแต่ละประเทศ
- แผนนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือการทำงานบูรณาการของภาคีทุกภาคส่วน และผลกระทบในทางที่ดีขึ้นในระยะยาวต่อคนพิการ เช่น การได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ฐานข้อมูลคนพิการที่ดีขึ้น เพื่อการติดตามดูแล

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- ประเทศไทยควรนำข้อเสนอแนะจากที่ประชุมไปประยุกต์ใช้ เช่น การจัดทำและเชื่อมต่อฐานข้อมูลคนพิการให้เป็นข้อมูลระดับประเทศเพื่อการใช้งานในภาพรวมอย่างเป็นระบบ และใช้ในการเปรียบเทียบกับข้อมูลในระดับนานาชาติได้
- ควรเน้นการพัฒนาบุคลากรและการกระจายทรัพยากรให้เข้าถึงบริการของคนพิการ
- การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการต่อคนพิการ โดยการกำจัดทัศนคติด้านลบหรือแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง เช่น การให้ความรู้ด้านความพิการตั้งแต่ระดับ undergraduate และมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้ความรู้กับชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลคนพิการ
- ในอนาคตประเทศไทยควรส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลคนพิการอย่างจริงจัง

### ๓๓. การประชุม Sexual and reproductive health : emerging priorities beyond ๒๐๑๔/๑๕

ผู้จัด : Delegation of Uruguay, the Netherland, Finland, Zambia, Nepal, Chile, UNFPA และ WHO secretariat  
วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๐๑๔ เวลา ๑๗.๔๕-๑๙.๑๕ น.

ผู้รายงาน : รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, ผศ.ดร.นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศศลักษณ์

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Dr.Marlenn Temmerman, WHO ได้ระบุถึงความสำคัญของปัญหา Sexual and Reproductive health โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นโดยระบุว่ายังไม่เห็นความก้าวหน้าเท่าที่ควรในระยะ ๒๐ ปีที่ผ่านมา หลังจาก International Conference on People Development (ICPD) ณ กรุงโคโร เมื่อปี คศ. ๑๙๙๔
- วิทยากรที่เป็นรัฐมนตรีของกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศ เจ้าภาพดังกล่าวต่างเน้นถึง unfinished agenda ในบริบทของประเทศตนซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่อง Sexual and Reproductive Health ของวัยรุ่น การเข้าคุกคามกำเนิด การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กหญิง ซึ่งสะท้อนถึง gender based violence การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การถูกบังคับให้แต่งงานตั้งแต่เด็ก การตั้งครกร์ในวัยรุ่น ปัญหาอัตราการตาย (MMR) ซึ่งหลายประเทศประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาแล้ว
- ค่าใช้จ่ายในการบริการซึ่งหลายประเทศเห็นด้วยกับการป้องกันมากกว่าการรักษา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาก
- เน้นเรื่องการนำแนวคิด Sexual and Reproductive Health ในวัยรุ่นสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกรายงานในที่ประชุม

- ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น
- ความรับผิดชอบของรัฐบาล ควรจะมีมากขึ้นในการจัดบริการด้านนี้ (Enhance Accountability)
- มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของภาครัฐในการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของกลุ่มวัยรุ่น ส่วนใหญ่เน้นปัญหาด้านงบประมาณ บางประเทศเน้นเรื่องอุปสรรค ความเชื่อ และวัฒนธรรม ได้แก่ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ภาครัฐจัดให้วัยรุ่นหรือผู้หญิงนั้นจะไม่มีปัญหาถ้าเป็นผู้หญิงที่สมรสแล้ว แต่หากเป็นวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรจะไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ
- ประเด็นที่มีการย้ำและจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ประชุมเห็นว่ารัฐสภาของแต่ละประเทศ ควรมีบทบาทสำคัญในแง่การออกกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ
- เน้นเรื่องกลุ่มเป้าหมายของบริการ Sexual and Reproductive Health ควรขยายครอบคลุมถึงกลุ่มชายขอบหรือกลุ่มท้องถิ่นดั้งเดิม (Indigenous group)

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ปัญหา Sexual and Reproductive Health ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับเป้าหมาย MDGs ในส่วนของ Maternal Mortality ประเทศไทยควรให้ความสำคัญการจัดบริการแบบครบวงจร และส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านนี้ในวัยรุ่นเพื่อลดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการแท้ง
- การให้ความรู้ควรเป็นแบบ Comprehensive Sexuality Education (CSE) เพื่อให้การป้องกันมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- ควรรณรงค์ให้มีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา Sexual and Reproductive Health ที่เชื่อมโยงกับ Gender Based Issues ให้มากขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานด้านนี้ เนื่องจากช่องว่างด้านความคิดและการยอมรับทั้งกลุ่มผู้ปกครอง ชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพโดยใช้ “Right approach” เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของสิทธิมนุษยชน สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงวัยรุ่น รวมทั้งเน้นเรื่อง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ หรือยุติการตั้งครรภ์ โดยปราศจากการถูกตัดสินหรือตำหนิจากผู้ให้บริการสุขภาพและสังคม

### ๑๔. การประชุม Universal health coverage for ๒๑ billion people: lessons learned from ASEAN Plus three countries.

ผู้จัด : ASEAN Plus Three UHC Network วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๘.๐๐-๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน : นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี, ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

การประชุมนี้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงาน Universal Health Coverage (UHC) ระหว่างประเทศสมาชิกของ ASEAN Plus Three และองค์กรระหว่างประเทศ (World Bank, WHO) โดยแบ่งกลุ่มประเทศนำเสนอตามการดำเนินงาน ได้แก่ ประเทศที่สามารถบรรลุ UHC (ญี่ปุ่น จีน และมาเลเซีย) และประเทศที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (อินโดนีเซียและเวียดนาม)

- กลุ่มประเทศที่อยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อบรรลุ UHC มีการดำเนินงานเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของประชากร ทั้งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและในพื้นที่ห่างไกล ประเทศอินโดนีเซียได้จัดให้มีการรวมการบริหารจัดการหลาย scheme เข้าเป็นหนึ่ง scheme (harmonization) เพื่อให้มีความเสมอภาคของการรับบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและมีการให้อำนาจท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้วย
- กลุ่มประเทศที่บรรลุ UHC แล้วเช่น ประเทศญี่ปุ่น จีน และมาเลเซียมีการพัฒนาระบบมาอย่างยาวนาน นอกจากนี้ทั้ง ๓ ประเทศยังให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ มีการเพิ่มความครอบคลุมการให้บริการโดยการเพิ่มจำนวนสถานบริการ พัฒนาบุคลากร และสนับสนุนงบประมาณอย่างพอเพียง
- มุมมองจากองค์กรระหว่างประเทศ บทบาทของ WHO เป็นผู้สนับสนุนในด้านความรู้ และแต่ละประเทศเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าระบบสาธารณสุขแบบไหนที่เหมาะสมกับประเทศนั้นๆ จากมุมมองของ World Bank ปัจจัยที่สำคัญสู่ความสำเร็จได้แก่ บทบาทของภาครัฐในการดูแลกลุ่มคนยากจน การจัดการด้านงบประมาณที่ต้องให้กระทรวงการคลังเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ความพร้อมของผู้ให้บริการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างประเทศต่างๆ นอกจากนี้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก และรองผู้อำนวยการได้เน้นย้ำถึงการสนับสนุนให้ประเทศต่างๆบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสนับสนุนให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายด้านสุขภาพในวาระการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ health goal in the post-๒๐๑๕ development agenda)
- ความท้าทายของการดำเนินงานในปัจจุบันเช่น การเพิ่มความครอบคลุมของกลุ่ม poor, near poor, informal sector และ vulnerable อื่นๆ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสม การเพิ่มความครอบคลุมของบริการปฐมภูมิ และการลดช่องว่างของความไม่เสมอภาค

- ความท้าทายในอนาคต ได้แก่ การจัดการบริการสำหรับโรคไม่ติดต่อ การพัฒนาระบบสุขภาพในเรื่อง long-term care ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเพื่อรองรับ ageing society ซึ่งรวมถึงระบบการจ้างงาน ระบบการศึกษา ระบบสวัสดิการสังคม

### ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยในที่ประชุม

Palliative care ในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ได้รับอุบัติเหตุ ประเทศทั้งหมดได้รวมการให้บริการ palliative care ในสถานพยาบาล แต่บางประเทศยังไม่ครอบคลุมการดูแลที่บ้าน

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- การดำเนินงานเพื่อบรรลุ UHC เป็นเรื่องที่ทำได้จริง โดยมีปัจจัยสู่ความสำเร็จมีทั้งภายในและภายนอกระบบสาธารณสุข เช่น การขยายความครอบคลุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ระบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพ จำนวนเพียงพอ โดยเน้นการให้บริการปฐมภูมิ การพัฒนาบุคลากรและระบบการคลังสาธารณสุข ข้อผูกพันทางการเมือง (political commitment) นอกจากนี้ยังต้องเตรียมพร้อมกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เช่น โรคไม่ติดต่อ และ ageing society
- การประชุมนี้ได้รับความสนใจมากเนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับคนมากถึงหนึ่งในสามของโลก หรือ ๒ พันล้านคน การประชุมครั้งนี้ทำให้เห็นว่า UHC สามารถเป็นไปได้จริงในประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสาม ดังนั้น ประเทศต่างๆในโลกนี้ก็สามารถทำได้เช่นกัน
- เนื่องด้วยประเทศไทยเป็นประธานของเครือข่ายนี้จึงเป็นโอกาสที่ดี ในการใช้ กลไก network เป็นกลไกในการทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภูมิภาคต่อไป รวมทั้งการผลักดันให้ UHC เป็นเป้าหมายของการพัฒนาหลังปี ๒๐๑๕ ผ่านกลไก ASEAN Summit ด้วย

## ๑๕. การประชุม Health promotion and national immunization programme: Strategy to control hepatitis A

ผู้จัด : Delegation of Argentina วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๘.๓๕-๑๙.๓๐ น.

ผู้รายงาน : ดร.ธนัชชา ดิษสุวรรณ, พญ.हरรรษา รักษาคม, นายรติกร กัญชพงศ์, ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

ประเทศ Argentina มีนโยบายและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ที่มีหลักฐานการศึกษาและการศึกษาต้นทุนประสิทธิผล คำนึงถึง ความเท่าเทียมกัน (Equity), determination, endorsement of health, improve in population ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดย State policy เช่น การดื่มน้ำ การให้วัคซีนฟรี เพื่อลดอัตราการตายในเด็ก มีการเพิ่มความครอบคลุม (Coverage) และ คุณภาพการบริการ universal right, fundamental pillar for human และ social development วัคซีนพื้นฐานเริ่มปี ๒๐๐๓ ฟรี ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีวัคซีน ๑๐ ชนิดและปัจจุบัน ๑๖ ชนิดที่ให้ภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ตัวอย่างวัคซีน ในเด็กต่ำกว่า ๑ ปี จะได้รับวัคซีน Pneumococcal ป้องกัน Pneumonia และ Meningitis ๓ doses ที่ ๒ เดือน, ๔ เดือน และกระตุ้นที่ ๑๒ เดือน ฟรี , Cervical cancer สาเหตุจาก Human papilloma virus (HPV) ติดต่อกันทาง sexual contact ทุกปีมี case ใหม่ มากกว่า ๓,๐๐๐ คน และประมาณ ๒,๐๐๐ คน ตายจากโรคนี การป้องกันโรคนี มีเครื่องมือ ๒ อย่างคือวัคซีน HPV และการทำ Pap test โดยในปี ๒๐๑๑ ประเทศอาร์เจนตินาได้บรรจุวัคซีน HPV ใน National Immunization Schedule จำนวน ๓ doses เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในเด็กผู้หญิงอายุ ๑๑ ปี ฟรี และสามารถเข้าถึงได้ที่โรงพยาบาลทุกแห่งและ Public vaccination center รอบเมือง ในการทำ Pap test ในผู้หญิงอายุ ๒๕-๖๔ ปี ทำง่ายและไม่เจ็บ วัสดุใน ๒-๓ นาทีฟรี ทำได้ที่ Health centers และ Public vaccination center รอบเมือง, Hepatitis B ให้ตั้งแต่แรกเกิด, Hepatitis A ๑ dose ต้นทุน ๑๐ million medical cost

### ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยในที่ประชุม

- WHO มีแนวทาง โดยใช้การศึกษาทางระบาดวิทยาและทางคลินิก วัคซีนและการสร้างภูมิคุ้มกัน การศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ ระบบสุขภาพและการดำเนินการ ผลกระทบทางสังคม กฎหมาย จริยธรรม
- SAGE มีการทำข้อมูล systematic review และ literature comprehensive review มีการเฝ้าระวังทางข้อมูล การศึกษา post-market และ มีการนำประสบการณ์เกี่ยวกับวัคซีนและผลกระทบมาศึกษา แนะนำให้ Hepatitis A ๑ dose ใน national program

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

การดำเนินการตาม National Immunization Technical Advisory Group มีความสำคัญ และการที่ประเทศมีนวัตกรรมที่มาจาก การตัดสินใจและการเฝ้าระวัง การสร้างความเข้มแข็งการสอบสวน จะมีผลกระทบหลักต่อ global public health

## ๑๖ การประชุม Launch of the Lancet Series on mass gathering medicine

ผู้จัด : Saudi Arabia วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๘.๐๐-๑๘.๓๐ น.

ผู้รายงาน : ดร.อินทิรา ยมาภักย์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

การประชุมครั้งนี้เป็นการนำเสนอบทความของ Lancet ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ในสถานการณ์ภาวะฝูงชนจำนวนมาก (Mass gathering medicine) โดยได้นำประสบการณ์ของการจัดการในช่วงพิธีหัจญ์ โอลิมปิกที่ลอนดอนปี ๒๐๑๒ และ Euro ๒๐๑๒ ในช่วงเวลาสำคัญระดับโลกเหล่านี้จะมีการรวมตัวของคนจำนวนมากที่มาจากสถานที่ต่างๆ ทั่วโลก ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดขึ้นกับนักเดินทางต่างชาติหรือคนท้องถิ่น เนื่องจากชาวต่างชาติเหล่านั้นอาจเป็นพาหะของโรคติดต่อ หรือการรวมตัวของคนจำนวนมากทำให้เกิดปัญหาโรคระบาด เนื่องจากความแออัด มลภาวะเป็นพิษ ความเครียด พฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การขับรถที่ไม่ถูกกฎจราจร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวหลักการที่สำคัญในการจัดการตั้งแต่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อ การค้นหาความเสี่ยง การบริหารจัดการในโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงหากเกิดโรคหรือไม่สามารถรองรับได้อย่างเพียงพอ และการแพทย์ฉุกเฉินอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

Global Center for Mass Gathering Medicine เป็นหน่วยงานที่สำคัญในประเทศซาอุดีอาระเบีย ที่มีประสบการณ์ในการวางแผนและจัดการเรื่องภาวะฝูงชน มีผลงานทางวิชาการเผยแพร่ประสบการณ์ และทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงระดับโลกได้แก่ LSHTM หรือ UCL หลักการทำงานคือการระบุความเสี่ยงของเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าหากเกิดเหตุการณ์เหล่านั้นจะรับมืออย่างไร และใครคือกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะได้รับผลกระทบสูงสุด จากประสบการณ์ของการรับมือกับพิธีหัจญ์ ทำให้หน่วยงานนี้มีความสามารถในเรื่อง Health surveillance เป็นอย่างดี โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ที่มีโรคหรือกลุ่มเสี่ยง การติดตาม และการวางแผนเพื่อรองรับสถานการณ์อย่างรวดเร็ว

การสื่อสารและประสานงานทั้งทางด้านเจ้าหน้าที่ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คนต่างชาติ และคนในท้องถิ่นเป็นเรื่องสำคัญ กล่าวคือนักท่องเที่ยวควรจะทราบวิธีป้องกันตัวเองและทราบข้อมูลว่าหากเกิดปัญหาสุขภาพแล้วจะต้องทำอย่างไร เช่น ประเทศบราซิลได้ทำคู่มือสำหรับนักท่องเที่ยว ประกาศผ่านเว็บไซต์ของสนามบิน และให้ข้อมูลถึงสถานพยาบาลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย คนในท้องถิ่นที่รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ในโรงแรมและคนขับรถแท็กซี่ควรจะทราบถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้น สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่ต้องมีการติดต่อประสานงานกันอย่างใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันวันต่อวัน และใช้ข้อมูลร่วมกันและตรงกัน นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับประเทศที่มีประสบการณ์การรองรับฝูงชนเช่นกันจะทำให้เกิดการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อช่วยในการทำงานโดยในปัจจุบันประเทศเหล่านี้ทำควาร่วมมือในการทำวิจัยร่วมกันกับประเทศที่มีสถานการณ์คล้ายๆ กัน

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

มีการสอบถามเรื่องหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับ Mass gathering medicine ซึ่งปัจจุบันยังมีความจำเป็นที่ต้องผลิตกำลังคนด้านนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากงานมีความซับซ้อนและต้องใช้ทักษะหลายด้าน ดังนั้นการพิจารณาเปิดหลักสูตรเรื่องนี้โดยเฉพาะหรือการพัฒนาหลักสูตรระดับหลังปริญญาอาจจะช่วยทำให้เพิ่มจำนวนกำลังคนได้

ประเด็นท้าทายสำหรับ Mass gathering medicine คือการจัดการกับโรคที่ใช้เวลาในการพัฒนา เช่น วัณโรค เนื่องจากโรคนี้มีระยะเวลาในการฟักตัวนาน และจะเกิดการเมื่อเหตุการณ์สำคัญนั้นได้จบลงและฝูงชนได้เดินทางกลับประเทศแล้ว ความท้าทายนั้นเป็นไปได้ทั้งจะทำอย่างไรในการระบุกลุ่มเสี่ยงหรือทราบสถานะการติดเชื้อ ตลอดจนทราบว่าการติดเชื้อนั้นเกิดจากการรวมตัวกันของฝูงชนหรือไม่

### ประเด็นที่ได้เรียนรู้

ปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมาจากเหตุการณ์สำคัญระดับโลก ซึ่งเดิมมักจะพิจารณาเพียงแค่มิติเดียวคือมิติด้านเศรษฐกิจ การมีนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศทำให้เกิดการใช้จ่ายและกระตุ้นเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา มีทั้งที่มองเห็นเกิดขึ้นทันทีและมีทั้งปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต การประชุมครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความซับซ้อนในการจัดการเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินที่ต้องอาศัยทักษะในการประเมินความเสี่ยงและการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการติดต่อประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในสาขาสุขภาพและสาขาอื่น

### ๓๗ การประชุม The role of health sector in scaling up of direct interventions in nutrition. The way from WHA to ICN๒

ผู้จัด : The International Pediatric Association วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น.

ผู้รายงาน : ผศ. ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- เน้นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการบูรณาการงานโภชนาการสำหรับมารดา ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ในระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข และการวางแผนงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของแต่ละประเทศ (ซีวาลีออน แคนาดา) ในการดำเนินงานด้านการบูรณาการงานโภชนาการ ซึ่งมักเกิดจากความไม่ร่วมมือของบุคลากร รูปแบบการให้บริการเพื่อเน้นด้านการป้องกัน การบ่งชี้และการรักษาเด็กขาดสารอาหารที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละองค์กรเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมาย
- การเพิ่มศักยภาพของระบบสุขภาพให้มีความยั่งยืน และเกิดผลสำเร็จในระยะยาว
- การเน้นย้ำว่างานโภชนาการเป็นงานพื้นฐานด้านสุขภาพทั้งในระบบการสาธารณสุขมูลฐานในอดีตจนถึงปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กต่ำกว่า ๒ ปี
- ปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรด้านโภชนาการที่มีความรู้และประสบการณ์ในประเทศกำลังพัฒนา นับเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานมากที่สุด

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- การส่งเสริมความสามารถ (capacity building) แบบ bilateral
- การจัดให้มีอาหารเสริมที่มีจากภาคเกษตรกรรมของประเทศและท้องถิ่นในการรักษาภาวะทุโภชนาการทั้งระดับเฉียบพลันและเรื้อรัง



- WHO ย้ำเรื่องการวางแผนโครงการโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ การติดตามประเมินปัญหาการดำเนินงานให้แน่ใจว่าได้ผลตามตัวบ่งชี้อย่างแท้จริง และเกิดความคุ้มค่า
- องค์การวิชาชีพด้านโภชนาการหยิบยกประเด็นปัญหาการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของกุมารแพทย์ การให้ทุนวิจัยแก่อาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัยเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based)
- การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินโครงการ การวิจัยและการสร้างเครื่องมือการประเมินภาวะทุโภชนาการและประเมินผลการดำเนินงาน
- การประสานงานจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งการประสานงานร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (PPP)
- ปัญหาการไม่ให้ความสำคัญต่องานโภชนาการของรัฐบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานโภชนาการล่าช้า ส่งผลถึงความล่าช้าในความก้าวหน้าของงานโภชนาการในระดับสากลด้วย

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- ประเทศไทยควรพิจารณาเกี่ยวกับการเตรียมบุคลากรด้านโภชนาการที่มีความรู้ความสามารถในด้านระบาดวิทยาของภาวะทุโภชนาการ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย
- ควรมีการเร่งดำเนินงานด้านโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีให้ครอบคลุมพื้นที่ชายขอบ เด็กด้อยโอกาส เด็กเกิดจากผู้อพยพ และแรงงานต่างด้าว เพื่อให้สถานการณ์โภชนาการในประเทศมีความสำเร็จที่ยั่งยืน

## ๘ การประชุม The power of integration: achieving the control and elimination of NTDs

ผู้จัด : The delegation of Nigeria ร่วมกับ UK Coalition against Neglected Diseases

วันที่ : ๒๒ พฤษภาคม ๒๐๑๔ เวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๔๕ น.

ผู้รายงาน : ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

ประธาน : Dr Maria Neira, Director, Public Health and the Environment Department, WHO

ผู้อภิปราย: Prof Onyebuchi Chukwu, Minister of Health, Nigeria (กล่าวเปิดการประชุม); Dr Bridget Okoeguale, Director of Public Health, Nigeria; Dr Dirk Engels, Dept of Control of NTDs, WHO; ผู้แทนจาก Ministry of Health, Tanzania; Dr Wendy Harrison, UK Coalition against NTDs และ Nichola Cadge, DFID

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- โรคเขตร้อนที่ไม่ได้รับความสำคัญ (Neglected Tropical Diseases, NTDs) เช่น chagas disease, human African trypanosomiasis, Leishmaniasis และ trachoma พบมากในหลายประเทศในแอฟริกา เป็นปัญหาที่ทั่วโลกต้องร่วมกันแก้ไข เพราะมีหลักฐานว่าปัญหาดังกล่าวยังมีอยู่ในประเทศในทวีปอื่นๆ อีกทั้งสามารถแพร่กระจายออกไปได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (ภาวะโลกร้อน)
- NTDs มักถูกบดบัง (overshadow) ด้วยโรคอื่นๆ ที่มีขนาดของปัญหาหรือสภาพของปัญหาที่มองเห็นได้ชัดกว่า เช่น มาเลเรีย เกรงว่าในอนาคต NTDs จะถูกบดบังด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
- การแก้ไขปัญหา NTDs ต้องการการบูรณาการมาตรการทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สุขอนามัย (hygiene) และสุขาภิบาล (sanitation) ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติลงไปถึงการดำเนินงานในชุมชน ผ่านบริการแบบปฐมภูมิ

- ในปัจจุบันมีนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติ ได้แก่ London Declaration ๒๐๑๒ มติ WHA สมัยที่ ๖๖ (พ.ศ. ๒๕๕๖) และ Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases ๒๐๑๔-๒๐๑๕ ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันที่จะกำจัด (eliminate) โรคเหล่านี้ให้หมดไปภายในปี ๒๐๒๐

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- การบูรณาการ ประสานงาน แก้ปัญหาอย่างองค์รวม ซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืน โดยลงทุนแบบ massive investment และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (health system strengthening) มากกว่าการมุ่งเน้นมาตรการป้องกันและจัดการโรคใดโรคหนึ่งแบบแยกส่วน

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้:

- ควรจัดให้ NTDs เป็นปัญหาเร่งด่วน เพื่อลดภาระโรค (disease burden) และผลกระทบด้านต่างๆ
- ลงทุนในด้านการพัฒนากำลังคน การค้นหาปัญหา การกำกับติดตามประเมินโครงการ และการศึกษาวิจัย

### ๑๙ การประชุม New programme support and policy changes. Update from the GAVI Alliance.

ผู้จัด : The delegation of Ghana วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ผู้รายงาน : นพ.นวรรณ ธีระอัมพรพันธุ์

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- Minister of Health, Ghana กล่าวว่า immunization เป็น best buy in public health และกล่าวถึงความสำเร็จของ immunization ในการป้องกันโรคและการตายใน Ghana รวมทั้งแสดงความสนับสนุนโครงการ vaccine replenishment ของ GAVI Alliance ในรอบปี ๒๐๑๖ ที่จะมาถึงนี้
- Minister of Health, Mali กล่าวถึงประสบการณ์ของ vaccination programs ในประเทศ Mali ในโรคต่างๆ รวมทั้งผล immunization coverage ในโรคสำคัญๆ และการขยายโครงการไปยังวัคซีนโรคอื่นๆ
- CEO GAVI Alliance เล่าถึงพันธกิจของ GAVI Alliance และ timeline ของการสนับสนุนการเข้าถึงวัคซีนของโรคต่างๆ ให้กับ lowest income countries โดยมีการประมาณการว่า ทำให้เด็กกว่า ๔๕๐ ล้านคนได้รับวัคซีนและป้องกันการตายในคน ๖ ล้านคน นอกจากนี้ได้กล่าวถึงความสำเร็จของ GAVI Alliance ในด้านปริมาณ vaccine โรคต่างๆ ที่ได้สนับสนุน, vaccine coverage ในประเทศที่ได้สนับสนุน และแผนในอนาคตที่จะลงทุนอีก ๗.๕ พันล้าน US\$ ใน ๕ ปีข้างหน้า เพื่อให้วัคซีนต่อเด็กอีก ๓๐๐ ล้านคน รวมทั้งแนวทางเพื่อความยั่งยืนโดยเงื่อนไขของการ co-finance โดยประเทศต่างๆ ที่ขอรับการสนับสนุน, การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศเหล่านี้ และตลาดวัคซีนที่เปลี่ยนแปลงไป (transformed) จากการดำเนินงานของ GAVI Alliance โดยได้อธิบายเงื่อนไข co-financing ของ GAVI Alliance เพิ่มเติมว่า low-income countries จะต้องร่วมจ่ายในอัตราต่ำที่คงที่ เมื่อรายได้ของประเทศเพิ่มขึ้นก็จะมีอัตราการร่วมจ่ายที่สูงขึ้นเป็นลำดับจาก low-income เป็น intermediate และ graduating countries ซึ่งแม้ในประเทศที่เป็น graduated countries จะต้องจ่ายในอัตราเต็ม แต่จากการดำเนินงานของ GAVI Alliance ก็ทำให้ราคาวัคซีนในท้องตลาดต่ำลงด้วย
- CEO GAVI Alliance ได้กล่าวต่อถึงแนวทางการสนับสนุนวัคซีนโปลิโอ IPV ด้วยเงื่อนไขที่ผ่านความเห็นชอบของ GAVI Alliance Board เมื่อ พ.ย. ๒๐๑๓, การสนับสนุนวัคซีน HPV, การปรับแผนการสนับสนุนวัคซีนให้สอดคล้องกับ SAGE Recommendation เป็นต้น และได้กล่าวสรุปว่า GAVI Alliance จำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเต็มที่ในระยะยาวเพื่อสร้าง impact ได้ตามที่ตั้งเป้าไว้

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

ส่วนใหญ่สนับสนุน GAVI Alliance เน้นย้ำเรื่องการเข้าถึงวัคซีนในราคาถูก และประเด็นด้าน logistics

## ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

แม้ประเทศไทยจะไม่มีสิทธิได้รับการสนับสนุนจาก GAVI Alliance แต่ควรติดตามความก้าวหน้าและการปรับนโยบายของ GAVI Alliance ในอนาคต เนื่องจาก GAVI Alliance เป็นองค์กรที่มีความสำคัญและมีอำนาจต่อรองสูงมากในด้าน immunization ในเวทีโลก และทำให้ dynamics ของตลาดวัคซีนเปลี่ยนแปลง การติดตามสถานการณ์ตลาดวัคซีนและอิทธิพลของ GAVI Alliance จึงช่วยให้ประเทศไทยวางแผนด้านการผลิต การเข้าถึง และการจัดการ supply chain ของวัคซีนต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น

## ๒๐. การประชุม New strategies for treatment and care of HIV/AIDS. A model for all health services

ผู้จัด : the delegation of Italy วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๐๐ น.

ผู้รายงาน : พญ. ھرรษา รัชชาคม, ดร.ธนัชฐา ดิษฐ์สุวรรณ

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และมีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกันในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๖๔ ในปี ๒๐๑๑ และมีเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ในช่วง ๒๐๑๑-๒๐๑๕ ที่สำคัญคือ วัตถุประสงค์ผู้ติดเชื้อเฮชไอวีรายใหม่เป็นศูนย์ และอัตราการตายจากการติดเชื้อเฮชไอวีเป็นศูนย์ ไม่มีการตีตราหรือแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเหล่านี้ ซึ่งมีการขับเคลื่อนด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ๔ ด้าน คือ
  - Strategy direction๑: optimize HIV prevention, diagnosis, treatment and care outcome
  - Strategy direction๒: leverage broader health outcomes through HIV responses
  - Strategy direction๓: build strong and sustainable systems
  - Strategy direction๔: reduce vulnerability and remove structural barriers to accessing services
- ตัวแทนจาก WHO ได้นำเสนอถึงผลความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ ในช่วงระยะเวลา ๒๐๐๙-๒๐๑๕ ซึ่งในเรื่องเป้าหมายการลดอัตราการติดเชื้อ HIV รายใหม่นี้ สามารถลดลงมากกว่า ๕๖ ประเทศ โดยเป้าหมายอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี ต้องลดลง ๕๐% เมื่อเทียบกับปี ๒๐๐๙ ซึ่งขณะนี้ลดลงที่ ๑๐% ในปี ๒๐๑๒ สำหรับในกลุ่มเด็ก ลดการติดเชื้อ HIV ในรายใหม่ได้ถึง ๓๕% ในปี ๒๐๑๒ ซึ่งตามเป้าหมายตั้งไว้ ๙๐% ก่อนปี ๒๐๑๕ ซึ่งในกลุ่มเด็กนี้จะมีการเพิ่มมาตรการและเร่งดำเนินการในกลุ่มประเทศที่เป็น high burden countries สำหรับอัตราการตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อลดลงมากในแถบแอฟริกา ประมาณ ๒๐% อย่างไรก็ตามยังพบมากในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญเช่นกัน นอกจากนี้เป้าหมายที่จะลดอัตราการตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ TB-HIV ลดลง ๕๐% เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๐๐๔ ซึ่งสามารถลดลงได้ถึง ๓๖% ตั้งแต่ ๒๐๐๔ ภาพรวมในยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการป้องกัน วินิจฉัยและดูแลรักษาต้องครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เป็นปัญหาทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ติดเชื้อวัณโรค รวมถึงกลุ่มผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันและที่สำคัญคือการเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัส ARV จะช่วยลดอัตราการตายจากผู้ติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากบทเรียนที่ผ่านมาพบว่าในการขับเคลื่อนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ยังขาดความก้าวหน้าในการบูรณาการการป้องกันปัญหาการติดเชื้อ HIV และยังต้องการนวัตกรรมเชิงนโยบายและการเข้าถึงบริการเพื่อยกระดับการดูแลตั้งแต่การค้นหา วินิจฉัย รักษา ดูแลและป้องกันผู้ติดเชื้อ HIV อย่างยั่งยืน
- ผู้อภิปรายได้นำเสนอ DREAM Model ในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้
 

DREAM Model (Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition) เป็นรูปแบบ การพัฒนาแบบองค์รวมในการรักษาผู้ติดเชื้อและให้ความรู้กับชุมชนที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในประเทศแอฟริกาซึ่งริเริ่มขึ้นโดยชุมชน Sant' Egidio ใน sub-Saharan Africa ตั้งแต่ปี ๒๐๐๒ ใน Mozambique นอกเหนือจากการให้ความรู้เชิงป้องกันและการดูแลผู้ติดเชื้อแล้วยังส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ARV (Highly Active Antiretroviral Therapy, HAART) ควบคู่ไปกับการรักษาภาวะทุพโภชนาการ และโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น วัณโรค

มาลาเรียและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์และการส่งผ่านเชื้อจากแม่สู่ลูก ภายใต้กรอบแนวคิดนี้เป็นเรื่องการบูรณาการยุทธศาสตร์ในองค์ประกอบที่สำคัญเข้าด้วยกันทั้งการรักษาและการป้องกัน สำหรับองค์ประกอบารขับเคลื่อนรูปแบบ DREAM นี้ต้องอาศัยบุคลากรและการอบรมความรู้ การลงทุนกับสถาบันและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการบริการทั้งคลินิกีรัฐและเอกชน มี Community Care and Home Care services (CCHC) และ Mother and Child Prevention and Care (MCPC) การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมรวมถึงการสื่อสารในระดับชุมชนด้วย มีแนวทางการดูแล ส่งต่อ ให้ยา อย่างเป็นรูปธรรมจากคลินิกสู่ชุมชนรวมถึงเกณฑ์สำหรับ HAART ด้วยที่สอดคล้องกับ WHO ผลที่ได้ทำให้มีการค้นหาคัดกรองกลุ่มผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นรวมถึงการยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสรวดเร็วมากขึ้น ทารกแรกคลอดได้รับการดูแลและติดตามภาวะทางสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง หรือมารดาผู้ติดเชื้อที่ไม่มารับยาหลังคลอด สิ่งหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อความสำเร็จของโครงการนี้คือ การอบรมพัฒนาศักยภาพคนและ knowledge transfer ซึ่งความสำเร็จนี้จะมีการขยายผลและรูปแบบไปยัง Guinea Bissau และ Tanzania

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- WHO ควรสนับสนุนประเทศสมาชิกในการนำ Global HIV/AIDS strategies for treatment and care ทั้งในองค์ความรู้และการสนับสนุนเชิงเทคนิค
- ประเทศต่างๆ ต้องมี national policy ในการบูรณาการด้านระบบสุขภาพทั้งการรักษาและการป้องกันโรคอย่างจริงจัง และมีการวางแผนทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ
- ต้องมีการพัฒนา professional education เพื่อผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ ทำงานได้เหมาะสมกับบริบทของประเทศควบคู่ไปกับการพัฒนา community education ด้วย ทำให้การดูแลสุขภาพเป็นไปในวงกว้างมากขึ้น และตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อความยั่งยืน
- ประเทศไทยควรขับเคลื่อนเรื่องนี้ร่วมกับ strategic partners ในระดับนานาชาติด้วย เพื่อประโยชน์ในการสร้างความร่วมมือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและศึกษา best practice ที่ดีเพื่อการประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศรวมถึงเห็นภาพการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติต่อไป

### ๒๑. การประชุม Health research for all : the role of innovation in global health in the post-๒๐๑๕ development framework

ผู้จัด : Council on Health Research for Development (COHRED), Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) และ the Global Health Council วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๓.๔๕-๑๙.๑๕น.

ผู้รายงาน : ดร.อินทรี งามภักย์

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

วัตถุประสงค์ของการประชุมคือการอภิปรายแนวโน้มของการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพภายหลัง Millennium Development Goal (MDG) ผู้อภิปรายได้ให้ความเห็นในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- สถานการณ์การลงทุนด้านวิจัยและพัฒนาในปัจจุบัน
- ปัจจุบันมีการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสูงขึ้น แต่เนื่องจากการวิจัยและพัฒนาแต่ละอย่างต้องใช้เงินลงทุนจำนวนมาก ซึ่งระดับการลงทุนที่ปัจจุบันนั้นยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาสำหรับรักษาโรค Neglected diseases แม้ว่าปัจจุบันจะมีรายงานจาก G-Finder ว่าในปี ๒๐๑๒ ทั่วโลกมีการลงทุนใน Neglected diseases ประมาณ ๓.๒ หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ แต่เงินจำนวนนี้ก็ยังไม่เพียงพอ

ในหลายๆ ประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้น้อยได้เห็นความสำคัญของการวิจัยมากขึ้น เช่นประเทศเคนยาจัดสรรงบประมาณถึงร้อยละ ๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพื่อลงทุนในการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังได้มีความร่วมมือในการวิจัยร่วมกันระหว่างองค์กรระหว่างประเทศกับมหาวิทยาลัยในประเทศเคนยา เพื่อพัฒนารักษาโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ เช่น ยาด้านไวรัส HIV/AIDS และยารักษาโรคมาลาเรีย อย่างไรก็ตามการลงทุนในระดับปัจจุบันนั้นยังไม่เพียงพอและต้องหาวิธีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับประเทศแทนซาเนียได้ประกาศว่าจะก้าวเข้าสู่ประเทศกำลังพัฒนาในปี ๒๐๒๕ โดยใช้การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากแนวคิดที่ว่าประเทศที่มีรายได้สูงได้ใช้การพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น หากประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางทุ่มเทในการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแล้ว จะสามารถพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและก้าวไปสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้สูงขึ้นได้

ปัจจุบันองค์กรระหว่างประเทศได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนวิจัยและพัฒนาในประเทศกำลังพัฒนามากขึ้น เช่น GAVI ได้ลงทุนจำนวนมากเพื่อช่วยชีวิตคนในหลายๆ วัคซีน ซึ่งวัคซีนเหล่านี้ได้มาจากการคิดค้นวิจัยและพัฒนา วัคซีน HIV/AIDS หรือ Pink Ribbon Red Ribbon เพื่อแก้ไขปัญหามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในประเทศอาฟริกาได้ อย่างไรก็ตามยังมีความต้องการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนอีกมาก

- **ข้อจำกัดของการวิจัยและพัฒนา**

นอกจากจะมีข้อจำกัดด้านเงินทุนด้านวิจัยและพัฒนาที่ไม่เพียงพอแล้ว ยังมีข้อจำกัดในเรื่องคุณภาพ การเข้าถึงข้อมูล และศักยภาพของคนในการจะแปลงผลงานวิจัยให้สามารถนำไปใช้ได้

- **การเข้าถึงข้อมูล**

ปัจจุบันไม่มีผู้ใดทราบถึงสถานะของการวิจัยว่ามีอุปสรรคอะไรบ้าง จำนวนเท่าไร และกำลังวิจัยในขั้นตอนไหน ข้อมูลที่เปิดเผยในปัจจุบันเป็นเพียงการสำรวจในระยะสั้นๆ จากบริษัทจำนวนหนึ่งเท่านั้น ในประเทศที่มีรายได้ต่ำจะมีปัญหาเรื่องข้อมูลอย่างมากเนื่องจากไม่มีข้อมูลหรือการเก็บข้อมูลทำได้ยาก สำหรับข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันมักจะมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือ เช่น ข้อมูลการตาย (mortality) ซึ่งมาจากหน่วยงานในต่างประเทศที่คำนวณจากการประมาณการข้อมูลจากสถานบริการจำนวนจำกัด ซึ่งหากจะพิจารณาเพียงข้อมูลจากนี้จะทำให้เกิดการเข้าใจผิดเนื่องจากอาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง สิ่งสำคัญคือการมีข้อมูลในระดับบุคคล และข้อมูลเหล่านั้นควรสามารถเข้าถึงได้และนำไปใช้งานต่อได้ง่าย

- **การจัดการข้อมูล**

ประเทศกำลังพัฒนามักจะมีปัญหาเรื่องความสามารถในการจัดการข้อมูล ดังจะเห็นได้จากผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้นิพนธ์หลักมักจะเป็นผู้ที่มาจากประเทศที่มีรายได้สูง นอกจากนี้ยังขาดศักยภาพในการจัดการกับข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ หรือความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่

- **งานวิจัยที่น่าสนใจที่ควรสนับสนุนในอนาคต**

การวิจัยและพัฒนาไม่ได้จำกัดเพียงแต่ในห้องทดลองหรือการคิดค้นยาใหม่ๆ การวิจัยเพื่อนำไปสู่การใช้ข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในเชิงนโยบายเป็นเรื่องจำเป็น ในกรณีของประเทศเคนยาที่เคยพิจารณายกเลิกการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ อย่างไรก็ตามเมื่อหน่วยงานวิจัยนำเสนอข้อมูลด้านประโยชน์และความคุ้มค่าแล้ว ผู้บริหารได้ยกเลิกความคืบหน้าและได้ให้วัคซีนเช่นเดิม หัวข้อวิจัยที่น่าสนใจคือ

- การวิจัยในโรค HIV/AIDS เพื่อที่จะทราบว่าใครคือกลุ่มเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เขาเป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด
- งานวิจัยที่มองไปในระยะยาว เช่น ปัญหาภาวะโภชนาการ แม้ว่าจะดูเป็นเรื่องเล็กน้อยแต่ในระยะยาวจะส่งผลต่อลักษณะทางกายภาพและทางจิตใจ ตลอดจนมีปัญหาโรคอ้วนทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา ทำให้รัฐบาลเห็นความสำคัญของปัญหาทางโภชนาการมากขึ้น
- ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับบุคคลเพื่อทราบสาเหตุการตาย ทั้งนี้เนื่องจากคนแอฟริกันเสียชีวิตที่บ้านและไม่มีใครทราบถึงสาเหตุการตาย

- งานวิจัยเพื่อค้นหา intervention ที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่า เนื่องจากจะช่วยให้รัฐบาลและแหล่งทุนประหยัดในระยะยาว
- การคุมกำเนิดและสุขภาพแม่และเด็กเป็นเรื่องสำคัญและปัจจุบันไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร
- งานวิจัยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากสุขภาพเป็นเรื่องของสหสาขา การทำพันธมิตรระหว่างสาขาเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ เช่น การวิจัยแผง Solar cell เพื่อนำมาใช้ในการทำคลอดหรือส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีไฟฟ้าเข้าถึง
- การใช้ข้อมูลร่วมกันสำหรับงานวิจัยโรค neglected diseases เนื่องจากบริษัทไม่สามารถทำกำไรในโรคกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นจึงไม่สมเหตุผลหากจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ให้เป็นความลับ กล่าวคือไม่ควรจดทรัพย์สินทางปัญญาในโรคกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นวิธีการที่ Open Innovation ที่เชื่อว่าข้อมูลไม่ควรอยู่กับเพียงบริษัทเดียวหรือนักวิทยาศาสตร์บางกลุ่ม ดังนั้นจึงได้เปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะและเปิดโอกาสให้นักวิทยาศาสตร์อื่นๆ ได้นำข้อมูลเหล่านั้นไปวิเคราะห์ นอกจากนี้ได้มีการตั้งศูนย์วิจัยที่ประเทศสเปนด้วยการสนับสนุนจาก GSK and Welcome Trust ซึ่งจะมีการใช้ผู้เชี่ยวชาญร่วมกัน และใช้ facility ร่วมกัน

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- การขยายความร่วมมือในการวิจัยและพัฒนาระหว่าง South-South countries แม้ว่าจะเป็นเรื่องยากในการเริ่มต้น แต่การขยายความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นเรื่องที่ควรได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศมีความต้องการให้ WHO ให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนา และสนับสนุนประเทศสมาชิกให้ทำวิจัยร่วมกันและร่วมกันจัดหาเงินทุนวิจัย เช่นในประเทศเคนยาได้ทำความร่วมมือกับประเทศแถบแอฟริกาจำนวน ๕ ประเทศเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันและนำความเชี่ยวชาญแต่ละด้านที่ประเทศมีเพื่อทำงานวิจัยร่วมกัน
- ในการประชุมครั้งนี้มีการพูดถึงประเด็น UHC แต่จะอย่างไรที่จะไม่ให้เรื่องการวิจัยและพัฒนาหลุดไปจากกรอบของ UHC เช่นการเสนอให้พัฒนาหนึ่งในตัวชี้วัดของ UHC เป็นการวัดผลด้านการสนับสนุนงานวิจัย

### ประเด็นที่ได้เรียนรู้

การประชุมครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาของการวิจัยและพัฒนาในปัจจุบันในภาพรวม ตั้งแต่เงินทุนสนับสนุน ศักยภาพในการวิจัย การมีอยู่ของข้อมูล ความสามารถในการนำผลงานวิจัยไปใช้ ตลอดจนการวัดผลสำเร็จของการวิจัยและพัฒนา การทำวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในเรื่องเดียวกันควรมีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันและร่วมมือกันในการทำวิจัยเนื่องจากมีต้นทุนสูง นอกจากนั้นไม่ควรคำนึงเพียงแค่มิติด้านโรค เนื่องจากสุขภาพเป็นผลจากหลากหลายมิติ การทำวิจัยสหสาขาเป็นเรื่องจำเป็นและควรเร่งสนับสนุนเนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

## ๒๒ การประชุม Framing a global strategy on human resource for health

ผู้จัด : Norway วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๗:๔๕-๑๙:๑๕ น.

ผู้รายงาน : ดร.กฤษดา แสงวดี, นพ. นวนรณ ธีระอัมพรพันธุ์, พญ. อรรธยา ลีพัฒนายิ่งง

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ปัญหาการขาดแคลน และการกระจาย บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญในระดับนโยบายสุขภาพโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของการดำเนินงานตาม UHC และ post-๒๐๑๕ development agenda มีความเคลื่อนไหวสำคัญในระดับนานาชาติที่จะขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ ได้แก่
  - สมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๓ ให้การรับรอง Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์สากลให้แก่นานาชาติดำเนินการตามในการเปิดรับบุคลากรทางสาธารณสุขไปทำงานในประเทศของตน บนหลักการของความสมัครใจและจริยธรรม

- The 3<sup>rd</sup> Global forum on HRH (พฤศจิกายน ๒๐๑๓) เป็นเวทีสำคัญที่เริ่มมีการขับเคลื่อนงานด้านนี้และสร้างความตระหนักร่วมกันว่า HRH เป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จของ UHC, post ๒๐๑๕ development agenda
- ๑๖<sup>th</sup> meeting of GHWA (Global Health Workforce Alliance) Board สรุปร่วมกันว่าควรดำเนินการเรื่องนี้ขยายสู่ทศวรรษต่อไปและให้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงาน

### ผู้อภิปรายได้ให้ความเห็นในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- การแก้ปัญหาและการพัฒนา HRH เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของ UHC และ Post ๒๐๑๕ development agenda ควรมีการประเมินปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่สถานการณ์ migration/mobility, health labour market, transformative education, การพัฒนาระบบข้อมูลและมีข้อมูลที่สำคัญต่อการตัดสินใจและพัฒนายุทธศาสตร์ แนวทางการบริหารจัดการกำลังคนและการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสม
- ควรมีการใช้เครื่องมือที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพ เช่น ใช้ Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel มีการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมและมีการติดตามประเมินผลที่ดีเป็นต้น
- การวางแผนล่วงหน้าโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพในอนาคต ให้เหมาะกับบริบทสุขภาพ เช่น การเข้าสู่ ageing society ซึ่งประเทศต่างๆ ใน ASEAN ต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการเตรียมการล่วงหน้า ทั้งการผลิต และการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะความต้องการแพทย์พยาบาล รวมถึง caregiver จะสูงขึ้นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนา Skill mix team และการพัฒนาการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้เป็น change agent ที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานสุขภาพในชุมชนได้ในมุมมองกว้าง ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูและสร้างการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งแก่ชุมชน ตลอดจนการ empower ผู้ป่วยและ caregiver ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ลงในสถานการณ์ที่บุคลากรขาดแคลน
- การพัฒนาความร่วมมือในระดับภูมิภาคเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และลงทุนร่วมกันเพื่อใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เช่น อาจมีการสร้างโรงเรียนแพทย์ในบางประเทศและแลกเปลี่ยนนักศึกษาระหว่างกัน เป็นต้น
- เปลี่ยนมุมมองในการวางแผนกำลังคน การเข้าใจ Labour market มีความสำคัญต่อการวางแผนมาก อาจมองหามูลค่าเข้ามาในระบบตั้งแต่ต้นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น วางแผนเส้นทางสายอาชีพที่ชัดเจน จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีบุคลากรเข้ามาในสายวิชาชีพมากขึ้นในระยะยาว
- ควรคำนึงถึงภาระงานและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นด้วยซึ่งเป็นสาเหตุของสมองไหล

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

- ประเด็นนี้ประเทศต่างๆ ต้องมี political commitment ร่วมกันในระยะยาว และมีการวางแผนทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ
- ต้องมีการพัฒนา medical education ควบคู่ไปด้วยเพื่อผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ ทำงานได้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และมีมุมมองในด้านสุขภาพกว้างและตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน
- ต้องมีการลงทุนในด้านนี้อย่างเหมาะสมและมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการผลิต รักษา บุคลากรให้ทำงานอย่างมีความสุข มีจำนวนเพียงพอและมีการกระจายที่เหมาะสม
- ในภาพรวมการประชุมนี้มีเนื้อหาที่น่าสนใจ แต่น่าเสียดายที่การอภิปรายเป็นภาพแยกส่วนโดยไม่ได้มีการอธิบายภาพรวมการดำเนินงานด้านนี้ในระดับนานาชาติและไม่ได้อภิปรายการนำกรอบยุทธศาสตร์แต่ละด้านสู่การปฏิบัติ โดยอาจวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่จะขับเคลื่อนโดยใช้เครื่องมือต่างๆ ที่มีอยู่ โดยอาจมีตัวอย่างการขับเคลื่อนเรื่องนี้ในประเทศที่มีการดำเนินงานก้าวหน้าและน่าจะมีการแลกเปลี่ยนมุมมองจากประเทศที่เป็นผู้รับบุคลากรทางการแพทย์

## ประเด็นที่ได้เรียนรู้

- การจัด panel discussion ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อนำสู่การกำหนดกรอบเนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย ผู้ร่วมประชุม และวิทยากร ซึ่งจะทำให้การจัดประชุมประสบความสำเร็จ
- ได้เห็นการขับเคลื่อน Global Health agenda อีกตัวอย่างหนึ่ง ว่ามีลำดับของการดำเนินการอย่างไรและมียุทธวิธีใดบ้าง รวมถึง policy advocacy แก่ partners
- ประเทศไทยมีความก้าวหน้าการดำเนินงานเรื่องนี้ในหลายด้าน และควรมีการขับเคลื่อนงานด้านนี้ในระดับนโยบายของประเทศผ่านช่องทางนโยบายที่หลากหลาย เร่งรัดการทำ policy advocacy และสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในระดับประเทศ ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้เป็น strategic information สำหรับพัฒนาการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ควบคู่กับสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยในประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- ประเทศไทยควรขับเคลื่อนเรื่องนี้ร่วมกับ strategic partners ในระดับนานาชาติด้วย เพื่อประโยชน์ในการสร้างความร่วมมือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมผลักดันนโยบายในระดับนานาชาติต่อไป

## ๒๓. การประชุม IPV introduction: Are we on track for ๒๐๑๔?

ผู้จัด : Polio global eradication initiative วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ผู้รายงาน : นายรติกร กัณทะพงศ์, พญ.วรรณา หาญเชาว์วรกุล

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- วิทยากรจากองค์การอนามัยโลก (Dr. Bruce Aylward) เป็นผู้ดำเนินการอภิปรายและวิทยากร ได้กล่าวถึงสถานการณ์โปลิโอใน ๓ ประเทศ และประเด็นปัญหาความพิการที่เกิดจากการได้รับวัคซีนโปลิโอแบบกิน (cVDPVs) ที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของวัคซีน ได้ชี้แจงแผนฯ และกิจกรรมหลัก ๓ เรื่อง คือ พัฒนาระบบบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (routine immunization) การให้ IPV อย่างน้อย ๑ dose และการปรับเปลี่ยนจาก trivalent polio เป็น bivalent polio และได้ชี้ให้เห็นว่าความต้องการ IPV vaccine จะเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังแผนกวาดล้าง
- วิทยากรจาก UNICEF ได้บรรยายการจัดเตรียม vaccine IPV เพื่อให้ได้ปริมาณเพียงพอสำหรับความต้องการว่าไม่น่าจะมีปัญหา
- ผู้แทน GAVI ได้กล่าวถึงการจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้การสนับสนุนแผนการให้บริการ IPV สำหรับประเทศต่างๆ ว่าไม่ได้พิจารณาเฉพาะเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจแต่ให้ความสำคัญกับความครอบคลุมของบริการวัคซีนปกติว่าจะต้องไม่น้อยกว่า ๗๖% (graduate country)
- ผู้แทนประเทศอินเดีย ได้บรรยายสถานการณ์ของอินเดียและยืนยันความพร้อมที่อินเดียจะดำเนินการตามแผนฯ
- ผู้แทนจากประเทศอินโดนีเซียได้บรรยายผลการศึกษาที่ Yogyakarta แต่ไม่แสดงรายละเอียดระดับภูมิคุ้มกันหรือวิธีดำเนินการ โดยได้สรุปว่าการให้ IPV ๑ ครั้ง แล้วตามด้วย OPV อีก ๔ ครั้ง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมีความเหมาะสม
- ผู้แทนจากไนจีเรียได้กล่าวถึงสถานการณ์ของไนจีเรียว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นและน่าจะสามารถตัดวงจรการแพร่เชื้อได้ตามแผนที่วางไว้

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- มีความต้องการให้จัดหาวัคซีนรวม (Hexavalent) เพื่อให้มารับบริการสะดวกเพื่อเพิ่มความครอบคลุม องค์การอนามัยโลกชี้แจงว่าสาเหตุจากต้นทุนเทคโนโลยีการผลิต ขณะนี้มีการศึกษาเพื่อลดต้นทุนและคาดว่าจะราวปี ๒๐๑๒-๒๐๑๓ จะได้ผล



- อายุที่เริ่มฉีดวัคซีน คำแนะนำให้ฉีดตอนอายุ ๑๔ สัปดาห์ แต่บางประเทศก็ฉีดตอน ๔ เดือน ขอให้จัดทำคำแนะนำให้สอดคล้องกัน องค์การอนามัยโลกชี้แจงว่า ระดับภูมิคุ้มกันจะเริ่มขึ้นเมื่อให้วัคซีนหลังอายุ ๘ สัปดาห์ ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าการฉีดเมื่ออายุ ๑๔ สัปดาห์จะมีความเหมาะสมมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามอายุที่ควรฉีด อาจปรับเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศได้
- ประเทศรายได้ปานกลางมีปัญหาทางงบประมาณ เพราะเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่าย

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- ประเทศไทยจะต้องทำแผนเพื่อรองรับการกวาดล้างโปลิโอ ประเด็นเร่งด่วนปัจจุบันคือการจัดบริการ IPV อย่างน้อย ๑ dose แผนจะต้องเสร็จในปี ๒๐๑๔ กรมควบคุมโรคจะต้องเป็นเจ้าภาพหลักโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานปลัดกระทรวงที่ดูแลโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะต้องมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบ

#### ๒๔ การประชุม Research that changed history : a review of ๔๐ years of impact on infectious diseases by the Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR)

ผู้จัด : World Health Organization วันศุกร์ที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๐๑๔ เวลา ๑๒.๑๕ – ๑๓.๔๕ น.

ผู้รายงาน : พญ.วรรณภา หาญเชาว์รกุล

#### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

- ปีนี้ครบรอบ ๔๐ ปีของ Special Program for Research and Training in Tropical Disease (TDR)
- TDR เป็นหน่วยงานวิจัยและให้ทุนสนับสนุนการวิจัย คิดค้นเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยและรักษา ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาแบบ/ระบบการดูแลป้องกันโรคติดเชื่อเขตร้อน (disease of the poverty)
- ความสำเร็จของ TDR มีหลายเรื่อง เช่น การคิดค้นวิธีวินิจฉัยโรคเรื้อน ยารักษาโรคเรื้อน การควบคุมมาลาเรียในชุมชน มุ้งชุปป้องกันยุง (Bednet)
- ผลการวิจัยที่นำเสนอในการประชุมคือการวิจัยเรื่อง leishmania ที่บังคลาเทศ การสร้าง community delivery system ที่ขยายผลจากการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วย Onchocerciasis การจัดตั้งศูนย์วิจัยโรคเขตร้อนในแซมเบีย การวิจัยมาลาเรียในประเทศไทย

#### ประเด็นสำคัญที่ถูกละเลยในที่ประชุม

- ผู้เข้าร่วมประชุมกล่าวยกย่องเป็นส่วนมาก แต่มีข้อคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในทวีปอาฟริกาว่าน่าจะใช้สมุนไพรรักษาและภูมิปัญญาท้องถิ่น แทนการเน้นวิจัยพื้นฐาน
- ผู้จัดการโครงการ TDR กล่าวถึงแนวคิดการวิจัยว่าประเทศกำลังพัฒนาน่าจะเป็นผู้วิจัยแทนการใช้แต่ผลการวิจัย (country is not research user but research producer)

#### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้

ประเทศไทยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก TDR จำนวนมากโดยเฉพาะประเด็นโรคมาลาเรีย จึงควรให้การสนับสนุน TDR เพื่อเป็นการตอบแทนและพัฒนาศักยภาพทางการวิจัยของประเทศ

## ๒๕. การประชุม Health for the world's adolescents

ผู้จัด The delegation of Norway and the WHO Secretariat วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๗

ผู้รายงาน : ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร, ดร.เบญจวรรณ ธวัชสุภา

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

การประชุมนี้ประกอบด้วยตัวแทนจากประเทศต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านเยาวชน ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีตัวแทนจาก WHO นำเสนอรายงานเรื่อง Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade ซึ่งอธิบายถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของเยาวชน ข้อมูลด้านสุขภาพ และเสียงสะท้อนจากเยาวชน นอกจากนี้ WHO ยังได้จัดทำ website ([www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade)) ที่มีข้อมูลของรายงานฉบับนี้ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของเยาวชนอีกด้วย

- ประเทศมอลโดวา ปัญหาเกี่ยวกับเยาวชนเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและเยาวชนเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขน้อย ดังนั้นภาครัฐจึงมีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพของสถานบริการ โดยมีการจัดตั้งบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๑ โดยการสนับสนุนของ UNICEF ในเวลาต่อมาจึงได้รับงบประมาณจากภาครัฐและขยายจำนวนมากขึ้น เน้นเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สุขภาพจิต ความรุนแรง และโภชนาการ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาด้านการการคลังสาธารณสุข และการพัฒนาบุคลากร (อบรม ฝึกปฏิบัติการ จัดทำคู่มือ)
- ประเทศแทนซาเนีย ปัญหาด้านเยาวชนที่สำคัญเกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ (Sexual and reproductive health) ทั้งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย การคุมกำเนิดน้อย จึงได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ค.ศ. ๒๐๑๑-๒๐๑๕ ร่วมกับองค์กรอิสระและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขที่เป็นมิตร การมีสิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การสร้างความเข้าใจกับครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสเด็กได้รับข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์และอนามัยเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง และการทำ peer education เพื่อให้เยาวชนได้มีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อเยาวชนเอง
- ประเทศอินเดีย เป็นประเทศที่มีจำนวนเยาวชนมากที่สุดในโลก พบปัญหาการแต่งงานเร็วและการตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดได้ และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังเริ่มพบปัญหาโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคอ้วน อีกด้วย ทางรัฐบาลอินเดียจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์เยาวชน โดยเปลี่ยนแนวคิดจาก clinical-based เป็น prevention and promotion approach และใช้บุคลากรในชุมชน
- บทบาทของภาคการศึกษา การศึกษาที่ดีทำให้คนมีสุขภาพที่ดีได้ ตัวอย่างเช่น แม่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะส่งผลให้ลูกมีสุขภาพที่ดีกว่า ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาที่ดีขึ้น ทำให้เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาที่ดีควรให้เยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ประเด็นความท้าทายคือจะอย่างไรให้เด็กโดยเฉพาะผู้หญิงยังคงอยู่ในระบบการศึกษาได้นานที่สุด
- ประสบการณ์จากเด็กหญิงชาวซิมบับเวที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การเข้าถึงระบบสาธารณสุขเป็นไปได้ยาก ทั้งการรับยา การ monitor โรค และบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องเสียชีวิตลง ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษา คือ งบประมาณในการสนับสนุนระบบสาธารณสุขและปัญหาการเลือกปฏิบัติ

### ข้อเสนอแนะจากการประชุมนี้ :

- เยาวชนนั้นมีความแตกต่างกับเด็กและผู้ใหญ่ ดังนั้นนโยบายและยุทธศาสตร์จำเป็นต้องจัดทำเฉพาะ โดยให้เยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วม
- ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของเยาวชนยังคงเป็นเรื่องเกี่ยวกับเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นบริการที่เป็นมิตรจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของสุขภาพจิตและโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอีกด้วย อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการคลังสาธารณสุขเพื่อให้มีงบประมาณที่เพียงพอ และการพัฒนาบุคลากรอีกด้วย

## ๒๒. การประชุม Access to Opioid Medicines in Europe and the World: Finding of the ATOME Project for Eastern Europe and consequences for other countries and for palliative care

ผู้จัด The International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๗  
เวลา ๑๘:๓๐-๒๐:๐๐

ผู้รายงาน: น.พ. อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

### เนื้อหาสำคัญในการประชุม

ATOME (Access To Opioid Medication in Europe) เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างสถาบันทางวิชาการและสาธารณสุขในภาคพื้นยุโรป เพื่อพัฒนาการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออก ๑๒ ประเทศ เพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และรูปแบบการจัดการการเข้าถึงยากกลุ่มดังกล่าว จนได้บทเรียนและแนวปฏิบัติเพื่อการพัฒนาในประเทศเหล่านั้น

สาระสำคัญจากการนำเสนอ ได้แก่

- ผู้นำเสนอส่วนใหญ่ เห็นพ้องต้องกันถึงหลักการการบริการดูแลแบบประคับประคอง และยากกลุ่มโอปิออยด์เป็นยาจำเป็น (essential medicines) แต่การเข้าถึงยากกลุ่มนี้ในระดับประเทศอยู่ในระดับต่ำมาก มีเพียง ๗.๕% ของประชากรโลกเท่านั้นที่ได้รับยาอย่างพอเพียง โดยอุปสรรคสำคัญครอบคลุมตั้งแต่การจัดหา การควบคุม การศึกษาฝึกอบรม ทักษะคัดต่อยา และการสั่งจ่าย กระนั้นก็ตาม ในหลายประเทศที่มียาอย่างพอเพียงแต่ผู้ป่วยกลับไม่สามารถจ่ายได้ โดยพบว่าใน LMIC ราคายามอร์ฟินจะสูงกว่าใน HIC
- ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีเพิ่มมากขึ้น ไม่แต่เฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งและ NCD เท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วย และการดูแลนั้นจะต้องทำในระดับครอบครัว ขณะเดียวกันต้องมีการบูรณาการเข้าไปในระบบสุขภาพแห่งชาติ
- ได้มีการเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติต่อเรื่องนี้แล้ว ทั้ง UN WHO องค์กรระหว่างประเทศด้านยา องค์กรระดับ Regions และระดับสถาบัน ล่าสุดในการประชุม WHA๖๗ ครั้งนี้ ได้มีการบรรจุเข้าวาระพิจารณา ซึ่งนำเสนอโดยประเทศปานามา และได้รับการสนับสนุนจากประเทศต่างๆทั่วโลก ซึ่งหนึ่งในสาระสำคัญของวาระ คือการส่งเสริมการเข้าถึงยาที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งยากกลุ่มโอปิออยด์
- มีการเสนอว่าการใช้ประโยชน์สาธารณสุขมีความสำคัญกว่าการควบคุมการใช้ แต่ก็มักไม่ไปด้วยกัน ในหลายๆประเทศเรื่องนี้จะเป็นประเด็นทางกฎหมาย
- สิ่งท้าทายคือการสร้างสมดุลระหว่างการควบคุมการใช้อย่างไม่ถูกต้องกับการใช้ยาให้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหน้าที่ของ WHO และ UN Agencies ที่จะต้องรับผิดชอบต่อกรณีนี้
- มีข้อเสนอวิธีการประเมินการใช้ยากกลุ่มนี้ในระดับโลก และเสนอให้แสวงหาความร่วมมือกับหุ้นส่วน (partner) ใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

### ประเด็นสำคัญที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

- ส่วนใหญ่จะเป็นการเน้นย้ำประเด็นที่มีการนำเสนอ เช่น การศึกษาฝึกอบรมแพทย์และทัศนคติของแพทย์ผู้จ่าย ความไม่ลงรอยกันระหว่างผู้ให้บริการกับนักกฎหมาย เป็นต้น
- แต่ก็ให้ความหวังว่าสามารถฟันฝ่าอุปสรรคได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้น การให้มีความสมดุลระหว่างประเด็นที่ยังมีแนวคิดที่สวนทางกัน

## ภาคผนวก

### ๑. ข้อมูลการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

เอกสารข้อมติสามารถดาวน์โหลดตาม link ต่อไปนี้ [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha67.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html)

- [WHA67.๑](#) Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after ๒๐๑๕#
- [WHA67.๒](#) Improved decision-making by the governing bodies
- [WHA67.๓](#) Financial report and audited financial statements for the year ended ๓๑ December ๒๐๑๓
- [WHA67.๔](#) Supplementary funding for real estate and longer-term staff liabilities
- [WHA67.๕](#) 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
- [WHA67.๖](#) Hepatitis
- [WHA67.๗](#) Disability
- [WHA67.๘](#) Autism
- [WHA67.๙](#) Psoriasis
- [WHA67.๑๐](#) Newborn health action plan
- [WHA67.๑๑](#) Public health impacts of exposure to mercury and mercury compounds: the role of WHO and ministries of public health in the implementation of the Minamata Convention
- [WHA67.๑๒](#) Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity
- [WHA67.๑๓](#) Implementation of the International Health Regulations (๒๐๐๕)
- [WHA67.๑๔](#) Health in the post-๒๐๑๕ development agenda
- [WHA67.๑๕](#) Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children

- [WHA76.6](#) Report of the External Auditor
- [WHA76.7](#) Salaries of staff in ungraded posts and of the Director-General
- [WHA76.8](#) Traditional medicine
- [WHA76.9](#) Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course
- [WHA76.10](#) Regulatory system strengthening for medical products
- [WHA76.11](#) Access to biotherapeutic products including similar biotherapeutic products and ensuring their quality, safety and efficacy
- [WHA76.12](#) Access to essential medicines
- [WHA76.13](#) Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage
- [WHA76.14](#) Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage
- [WHA76.15](#) Antimicrobial resistance

## ๒. รายนามผู้แทนประเทศไทยเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗

๑. นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวณรงค์  
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ ๕  
สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข  
ในฐานะกำกับดูแลงานด้านต่างประเทศ
๓. นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๔. ทันตแพทย์หญิงโสภิตา ชวนิชกุล  
ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๕. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย  
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๖. ดร. กฤษดา แสงวงดี  
รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๗. ดร. เกสัชกรหญิงวัลย์พร พัชรนฤมล  
เภสัชกรชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา  
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๘. นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี  
นายแพทย์ชำนาญการ  
สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค
๙. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร  
ทันตแพทย์ชำนาญการ (ด้านทันตกรรม)  
โรงพยาบาลมะขาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี  
ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๐. ดร. เกสัชกรหญิงศรีเพ็ญ ตันติเวสส  
เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา  
ปฏิบัติราชการโครงการประเมินเทคโนโลยีนโยบายด้านสุขภาพ  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๑. นางอินทิรา ยมาภัย  
นักวิจัย  
โครงการประเมินเทคโนโลยีนโยบายด้านสุขภาพ  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๒. นางศิรินาถ เทียนทอง  
นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการพิเศษ  
สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๓. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ  
สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๔. นายอัครรัฐ หย่างไพบูลย์  
คณะทำงานรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๑๕. พ.ต.ต. จีรวัดฐิติ บุญวัฒนาภรณ์  
นายตำรวจจิตตตามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

#### กรมควบคุมโรค

๑๖. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
๑๗. แพทย์หญิงวรรณา หาญเชาว์วรกุล  
ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้
๑๘. แพทย์หญิงหรรษา รักษาคม  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดพิษณุโลก
๑๙. แพทย์หญิงอรรธยา ลิ้มวัฒนาอึ้งยง  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สำนักโรคติดต่อทั่วไป
๒๐. ดร. ธนิษฐา ดิษสุวรรณ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา

#### กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๒๑. นายแพทย์อภิชัย มงคล  
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๒๒. นายรติกร กัญทพงศ์  
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ  
หัวหน้าฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร กลุ่มไวรัสวิทยาทางการแพทย์  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมอนามัย

๒๓. แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สำนักโภชนาการ

๒๔. ดร. เบญจวรรณ ธวัชสุภา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒๕. ดร. เกสัชกรหญิงนิธิมา สุ่มประดิษฐ์

เภสัชกรชำนาญการ สำนักยา

๒๖. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์

เภสัชกรชำนาญการ กองแผนงานและวิชาการ

กรมการแพทย์

๒๗. แพทย์หญิงศิราภรณ์ สวัสดิ์วิ

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๒๘. นายแพทย์สุทัศน์ ดวงดีเด่น

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

โรงพยาบาลเลิดสิน

กรมสุขภาพจิต

๒๙. ดร. แพทย์หญิงเบญจมาศ พงษ์กานนท์

ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓๐. นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิ

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓๑. นายแพทย์เจด็จ ธรรมธัชอารี

ประธานกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓๒. นายเจษฎา มิ่งสมร

ประธานคณะกรรมการจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

๓๓. นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลินินทางกูร

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓๔. เกสัชกรหญิงอรทัย วลีวงศ์

นักวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

๓๕. ศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

๓๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๓๗. ดร.ประกาศิต ภาวะสิทธิ์

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ

๓๘. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

รองประธานมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

๓๙. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล

๔๐. ดร.นายแพทย์นวนรณ ธีระอัมพรพันธุ์

รองผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ ฝ่ายสารสนเทศ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

๔๑. แพทย์หญิงภัทรวลัย ตลิ่งจิตร

อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

๔๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

สำนักการพยาบาล

๔๓. ดร. กาญจนา จันทร์ไทย

ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล

สภาการพยาบาล

๔๔. รศ.ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่หนึ่ง

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

๔๕. ผศ. ดร. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ

กรรมการอำนวยการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

กระทรวงการต่างประเทศ

๔๖. ขพณฯ นายธานี ทองภักดี

เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

๔๗. นายวราพจน์ เจนสวัสดิชัย

ที่ปรึกษา

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

๔๘. นางสาวคณิตา ทรัพย์ไพศาล

เลขานุการเอก

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

๔๙. นายสัตวแพทย์ศศิ เจริญพจน์

นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ

กองควบคุมอาหารและยาสัตว์

กรมปศุสัตว์

၈. Statement by Thailand delivered by H.E. Mr. Thani Thongphakdi Ambassador and Permanent Representative of Thailand to the United Nations and Other International Organizations in Geneva, WHA ၆၈ - Agenda item ၈ General Discussion

Mr. President,  
Madam Director-General,  
Excellencies,  
Ladies and Gentlemen,

Permit me at the outset to associate my delegation with the statement delivered by Viet Nam this morning on behalf of ASEAN.

Mr. President,

Thailand welcomes the discussion on “the link between climate and health” during this World Health Assembly. Over the years, climate change has increasingly affected the whole eco-system – causing rising temperature and sea levels and leading to more severe and frequent natural disasters, among other things.

The scale of the challenge is enormous, requiring cross-sectoral collaboration at the global level to deliver immediate and concrete actions. We must also address the root causes of climate change, including through renewed commitment to the implementation of the UN Framework Convention on Climate Change.

Importantly, all of these have taken a heavy toll on human health and well being. The health sector therefore has an important role to play in preventing, pre-empting and mitigating its impacts on human health. Here, we believe the key is to build up our resilience.

First, we need to build and sustain a resilient health system and infrastructure. This means a system that is accessible, effective and financially sustainable in both normal and calamity situations.

Resilience means adequate, quality and comprehensive healthcare infrastructure, from primary to tertiary care. Health workforce should be equitably distributed, so that everyone has access to health services no matter where they live.

These facilities and resources should also be prepared for rapid mobilization in times of crises when they may need to be redeployed to affected areas.

Diseases surveillance and rapid response during and after a crisis also help prevent morbidity and mortality.

Second, universal health coverage or UHC is another important feature of resilience. It helps ensure that everyone can and does have access to needed health services, without catastrophic financial burden. UHC is not only the key instrument for enhancing health. It also effectively reduces poverty, inequity and promotes rights-based approach and sustainable development. UHC is proof of a “resilient and responsive” health system.

On Thailand's part, we have achieved UHC since 2008. We are pleased to share our experience and to collaborate with other countries, particularly our neighbours in ASEAN, China, Japan, and the Republic of Korea under the ASEAN Plus Three UHC Network, in an effort to achieve universal coverage in the whole region for 2.6 billion people or nearly a third of the world's population. We also strongly support UHC to be included as a health goal in the Post-2015 development agenda.

Implementing UHC requires increased public spending on health. But a country needs not to be rich to start and accomplish UHC. Thailand started UHC when our GDP per capita was only 400 US dollars and achieved it when it was 2,000 US dollars.

What is more important is to ensure that finite health resources are used in the most cost-effective manner. We need proper tools to support evidence-based decision making. Here, health intervention and technology assessment has proven to be an efficient tool to support cost effective investment and value for money.

We therefore call on the WHO to support Member States and regional networks in building capacity for and apply health innovation and technology assessment for decision-making related to the use of health resources.

Third, when it comes to infectious diseases, resilience is anchored upon prevention, early detection and prompt response. Here, a rapid inter-sectoral response and an extensive disease surveillance system and rapid containment capabilities are essential. Thailand therefore attaches great importance to the International Health Regulation or IHR and we reaffirm our commitment to fully implement our obligations.

Mr. President,

Turning to the issue of antimicrobial resistance, the first "AMR: global surveillance report" released a few weeks ago has alerted us to the growing public health threat from AMR. Many of the available treatment options for common infections in some settings are becoming ineffective.

There is thus an urgent need for multi-sectoral action to maintain the therapeutic effects of antimicrobial drugs by ensuring rational use of existing drugs in human and animal husbandry, fostering innovation, research and development of new drugs and tools, and strengthening surveillance. We therefore support the development of a global action plan to combat AMR and reiterate the commitment of our health agencies to collaborate with other relevant agencies in this regard.

Let me conclude, Mr. President, by reiterating that a resilient and responsive health system is an important defense mechanism against adverse health impacts arising from climate change.

To this end, Thailand looks forward to working closely with other Member States and the WHO on these and other important public health issues during this session of World Health Assembly and beyond.

Thank you, Mr. President.

๔. รูปภาพกิจกรรมของผู้แทนประเทศไทย



Morning briefing ของคณะผู้แทนไทย



การประชุม sided event: Universal health coverage for ๒.๑ billion people: lessons learned from ASEAN Plus three countries.



นพ.สุริยะ และคณะผู้แทนไทยในห้อง committee A



ผู้แทนไทย ปรึกษารื้อกับ นพ.วิโรจน์ Mentor เตรียมร่าง intervention



วันเปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๖๗ ๑๙ พ.ค. ๕๗ ที่ assembly hall



บรรยากาศห้องประชุม committee A



ระหว่างเดินทางไปประชุม



นพ.ทักษพล โค้ย และผู้แทนไทย ระหว่างนำเสนอ intervention



บรรยากาศห้อง drafting group วาระ post-๒๐๑๕  
มีนพ.วิโรจน์ ทำหน้าที่เป็นประธานการประชุม



บรรยากาศในห้องประชุม side events ที่ผู้แทนไทยเข้าร่วม  
และจัดสรุปการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยน



ระหว่างเดินทางกลับจากประชุม



Morning briefing ของคณะผู้แทนไทย



พักรับประทานอาหารกลางวัน



ประชุม SEAR ประจำวัน เพื่อตกลง ONE VOICE



ทีมผู้แทนไทย เตรียมร่าง intervention



บรรยากาศห้องประชุม committee B