



สรุปผลการประชุม

คณะกรรมการบริหาร องค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146

วันที่ 3 – 8 กุมภาพันธ์ 2563

ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก

นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๖

.....

การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๖ จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๓-๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมีผู้แทนประเทศสมาชิกที่เป็นกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกเข้าร่วมการประชุมจำนวน ๓๔ ประเทศ และประเทศสมาชิกที่ไม่ได้เป็นกรรมการบริหารฯ เป็นจำนวนมาก มีวาระการประชุมทั้งสิ้น ๔๘ วาระ ๓๙ ข้อมติ (ประกอบด้วย ๑๐ Resolutions และ ๒๙ Decisions) โดยมีวาระการประชุมที่สำคัญ ดังนี้

๑. การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป็นการติดตามผลจากการประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๒ ซึ่งมีการรับรอง political declaration “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” ที่เน้นย้ำความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ รายงานความท้าทายและความสำเร็จของ UHC การลงทุนด้านสุขภาพและการลดการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนประเทศสมาชิกในการบรรลุ UHC นอกจากนี้ วาระนี้ยังมีการแสดงท่าทีร่วมกันของประเทศกลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (FPGH) นำโดยประเทศอินโดนีเซีย โดยเน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

๒. การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

วาระนี้นำเสนอรายงานความก้าวหน้าใน ๓ ประเด็น ได้แก่ (๑) การพัฒนารายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสภาวะ (๒) การพัฒนารายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจาก NCDs ที่มีสาเหตุมาจากมลภาวะทางอากาศ และ (๓) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวทางการดำเนินงานในอนาคต โดยผู้แทนไทยได้เสนอร่าง Decision เรื่อง “Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol” ร่วมกับ ๑๒ ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย อินโดนีเซีย อิหร่าน นอร์เวย์ ฟิลิปปินส์ รัสเซีย เซียร์ราลีโอน ศรีลังกา เวียดนาม และประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกองค์การอนามัยโลก ดำเนินการใน ๔ ประเด็น ดังนี้ (๑) จัดทำร่างแผนปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๗๓ เพื่อนำยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) ไปปฏิบัติใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (๒) จัดทำรายงานวิชาการในประเด็น “ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการทำตลาด การโฆษณา และกิจกรรมส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน (Cross-border alcohol marketing, advertising and promotional activities) รวมถึงการทำกิจกรรมเหล่านั้นที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนและวัยรุ่น (๓) จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินการเพื่อควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (๔) ทบทวนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรายงานต่อประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ ๑๖๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

๓. การดำเนินงานด้าน Health Emergencies ขององค์การอนามัยโลก

วาระนี้เป็นการนำเสนอรายงานผลการปฏิบัติงานด้าน health emergency ในช่วงที่ผ่านมาของ องค์การอนามัยโลก รวมถึงอธิบายกรอบ วิธีการ ขั้นตอน การทำงาน ของ WHO Incident Management System และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และพิจารณาร่างข้อมติ Strengthening Preparedness for Health Emergencies; Implementation of International Health Regulations (IHR, 2005) และมีการแสดง ทำที่ร่วมกันของประเทศในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (FPGH) นำโดยประเทศ อินโดนีเซีย สนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศในการควบคุมการแพร่ระบาดของ 2019 Novel Corona Virus โดยผู้แทนไทยได้แสดงความห่วงกังวลเรื่องประเทศสมาชิกไม่ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะขององค์การ อนามัยโลกเรื่องการไม่จำกัดการเดินทาง (travel restriction) ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่กำลังเกิดขึ้น

๔. แผนงบประมาณ ปี ค.ศ. ๒๐๒๐- ๒๐๒๑

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ ปี ๒๕๖๒ มีการรับรอง Programme Budget สำหรับปี ค.ศ. ๒๐๒๐ -๒๐๒๑ และเสนอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดทำ Results Framework ของ 13th General Programme of Work 2019–2023 (GPW 13) โดยการหารือกับประเทศสมาชิกผ่านเวทีการประชุม Regional Committee ซึ่งร่าง Result Frameworks of GPW 13 (2019-2023) ล่าสุด แบ่งการ วัดผลเป็น ๔ กลุ่ม ประกอบด้วย (๑) Healthy life expectancy (HALE), (๒) Triple billion indices, (๓) Outcome indicators (๔๖ ตัวชี้วัด ได้แก่ ประกอบด้วย ๓๙ SDGs และ ๗ WHA indicators) และ (๔) Output measurement เพื่อวัดสัดส่วนของผลการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกต่อผลลัพธ์ในระดับประเทศ (WHO's effective delivery) โดยจะพิจารณาตามวิธีการ Balanced scorecard

GPW 13 กำหนดงบประมาณไว้ ๑๔.๑ พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยแหล่งงบประมาณมาจากเงิน ประเทศสมาชิก (AC) ร้อยละ ๑๗ และเงินบริจาค (VC) ร้อยละ ๘๓ โดยคณะกรรมการ Programme Budget Administration Committee เสนอให้รายงานผลการดำเนินงานของ GPW 13 ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย SDGs ลดภาระของประเทศในการรายงานตามตัวชี้วัด ส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกร่วมในการทดลองการใช้ result framework และพัฒนาระบบสารสนเทศของประเทศสมาชิกให้มีความเข้มแข็ง

การดำเนินงานในลำดับต่อไป

๑. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบผลการประชุมฯ
๒. เตรียมการประชุมสำหรับการเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๗๓

สรุปสาระสำคัญโดยย่อ

การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ ๑๔๖

วาระ	สาระตละ	ข้อมติ
3. Report by the Director-General	วาระนี้ผู้ว่าการใหญ่องค์การอนามัยโลกรายงานผลการดำเนินงานประจำปี ค.ศ. ๒๐๑๙ ตาม Triple Billion Goals (การส่งเสริมให้ประชากรมีสุขภาพดี การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการรับมือกับการระบาดของโรค) การจัดตั้ง WHO Academy และ แผนการดำเนินงานเพื่อฉลอง Nurse and Midwife year เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์	
Pillar 1: One billion more people benefitting from universal health coverage		
6. Primary health care	วาระนี้นำเสนอร่าง operational framework for PHC เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามหลักการของ Declaration of Alma-Ata และ Declaration of Astana เพื่อส่งเสริมการบรรลุหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ	Decision
7. Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health related issues 7.1 Universal health coverage: moving together to build a healthier world	วาระนี้เป็นการติดตามผลจากการประชุมระดับสูงขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 23 กันยายน 2562 ซึ่งมีการรับรอง political declaration “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” เน้นย้ำความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ รายงานความท้าทายและความสำเร็จของ UHC การลงทุนด้านสุขภาพและการลดการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนประเทศสมาชิกในการบรรลุ UHC วาระนี้ยังมีการแสดงท่าทีร่วมกันระหว่างประเทศในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (FPGH) โดยประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งเน้นย้ำการพัฒนาบริการ การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ	
7.2 Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases	วาระนี้รายงานความก้าวหน้าใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การพัฒนารายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะ (Mental health and well-being), (2) การพัฒนารายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจาก NCDs ที่มีสาเหตุมาจากมลภาวะทางอากาศ และ (3) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวทางการดำเนินงานในอนาคตต่อไป ที่ประชุมรับรองรายงานและ EB Decision on “Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol” ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพหลักในการนำเสนอพร้อมได้รับการสนับสนุนจาก 12 ประเทศ (ได้แก่ Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Islamic Republic of Iran, Norway, Philippines, Russian Federation, Sierra Leone, Sri Lanka, Thailand, Viet Nam) และกลุ่มประเทศใน European Union ทั้งหมด (27 ประเทศ) เรียกร้องให้ผู้ว่าการใหญ่องค์การอนามัยโลกดำเนินการใน 4 ประเด็น ต่อไปนี้ (1) พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการพ.ศ. 2565-2573 เพื่อนำยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) ไปปฏิบัติใช้	Decision (Thailand as lead country)

วาระ	สารัตถะ	ข้อมติ
	<p>อย่างมีประสิทธิภาพ, (2) พัฒนารายงานวิชาการในประเด็น “ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการทำการตลาด การโฆษณา และกิจกรรมส่งเสริมการขาย ข้ามพรมแดน (Cross-border alcohol marketing, advertising and promotional activities) รวมถึงการทำกิจกรรมเหล่านั้นที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนและวัยรุ่น, (3) จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการทำงานเพื่อควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ (4) ทบทวนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) และรายงานต่อประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 166 ในปี 2573</p>	
8. Global vaccine action plan	<p>มติสมัชชาอนามัยโลก ที่ WHA70.14 (2017) เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกรายงานผลการดำเนินงานสู่การบรรลุเป้าหมายของแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกในปี 2563 รวมทั้งความเป็นไปได้ในการกำจัดโรคหัดและโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ</p>	Decision
9. Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem	<p>เป็นการนำเสนอรายงานเพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และ พิจารณาร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกในการกำจัดมะเร็งปากมดลูก (Draft Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem) และให้ความเห็นแนวทางเพิ่มเติม เป้าหมายการดำเนินการของแผนยุทธศาสตร์นี้ จะดำเนินการระหว่างปี ค.ศ.2020 ถึง 2030 (พ.ศ. 2563 ถึง 2573) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงให้เหลือน้อยกว่า 4 ต่อแสนประชากรเพศหญิง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักดังกล่าว จำเป็นต้องขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย 90-70-90 ในการดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - 90% ของเด็กหญิง ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ human papilloma virus ครบ ภายในอายุ 15 ปี - 70% ของผู้หญิง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยเครื่องมือทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูง ในช่วงอายุ 35-45 ปี - 90% ของผู้หญิง ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesions) หรือ เป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว (invasive cancer) ได้รับการรักษา <p>ร่วมกับให้ที่ประชุมพิจารณาร่าง resolution</p>	Resolution
10. Ending tuberculosis	<p>วาระนี้เป็นการพิจารณา</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) รับรองกลยุทธ์ระดับโลกด้านการวิจัยวัคซีนและนวัตกรรม (2) ขอให้ผู้อำนวยการส่งรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระดับโลกต่อสมัชชาอนามัยโลกในปี 2566 	Resolution
11. Epilepsy	<p>ที่ประชุมพิจารณารายงานสถานการณ์โรคลมชัก การทำงานที่ผ่านมาขององค์การอนามัยโลก และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการการรักษาโรคลมชักที่โดยเน้นที่การปิดช่องว่างการรักษาโรคลมชัก การเข้าถึงบริการที่ระดับปฐมภูมิ โดยให้มีการรวมอยู่ในหลักประกันสุขภาพของประเทศ การเข้าถึงยารักษาโรคลมชัก และแนวทางในการลดผลกระทบสุขภาพและสังคมจากโรคลมชัก</p> <p>ที่ประชุมรับรอง Decision ที่เสนอให้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการโรค</p>	Decision

วาระ	สาระัตถะ	ข้อมติ
	neurological diseases ในรายงานเพื่อเสนอต่อ WHA73 และการเสนอให้ WHO จัดทำ Technical guidance on strengthening country actions against epilepsy and its comorbidities	
12. Integrated, people-centred eye care, including preventable blindness and impaired vision	<p>นำเสนอรายงานเพื่อให้ที่ประชุม Executive Board รับทราบ และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการทำงานในระยะต่อไป และในการขับเคลื่อนเรื่อง Integrated people-centred eye care ใน proposal นี้ จึงได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกนำยุทธศาสตร์ 4 ด้านดังต่อไปนี้ไปใช้คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมความร่วมมือของประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของความผิดปกติทางตา และ ค้นหาความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก - พัฒนารูปแบบและสร้างความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิในการดูแลความผิดปกติทางตา โดยเฉพาะให้กับกลุ่มที่อยู่ในชนบทห่างไกล - ประสานความร่วมมือด้านบริการกับทั้งในและนอกระบบสุขภาพ - สร้างสภาพแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนการทำงาน <p>ร่วมกับให้ที่ประชุมพิจารณาร่าง resolution</p>	Resolution (Thailand co-sponsor)
13. Neglected tropical diseases	<p>ประเทศไทยสนับสนุน และรับรองร่างกลยุทธ์ระดับโลกด้านการวิจัยและนวัตกรรม วัคซีนโรค</p> <p>ที่ประชุมรับรองข้อตัดสินใจ (Decision) ที่เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกจัดทำ Road map for neglected tropical diseases 2021–2030 ที่เชื่อมกับ SDGs และพิจารณาจากบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานตาม Road map ปี 2012-2020 ทั้งนี้ให้เสนอ Road map ฉบับใหม่ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 เพื่อพิจารณา</p>	Decision (Thailand co-sponsor)
14. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property	<p>วาระนี้ให้นำเสนอรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ๘ ด้าน ภายใต้ GSPA ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยและการพัฒนาที่เป็นที่ต้องการ การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา การเสริมสร้างศักยภาพในการวิจัย การสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยี การบริหารทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อให้เกิดนวัตกรรมด้านสาธารณสุข การเพิ่มการขนส่งและการเข้าถึง การสนับสนุนระบบเงินทุนที่ยั่งยืน การสร้างระบบติดตามและการรับผิดชอบดำเนินงาน และขอให้ประเทศสมาชิกจะพิจารณาและให้ความเห็นต่อผลการดำเนินงานดังกล่าว และอยู่ในระหว่างพัฒนาแผนการดำเนินงานในปี 2020 – 2022 รวมทั้งมีการสนับสนุนข้อมติเพื่อผลักดันให้การดำเนินการของแผน GSPA ให้เป็นไปตามกำหนด และผลักดันให้มีการปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการของ DG ในปี 2020 ในประเด็นข้อแนะนำ the review panel referred to in paragraph 2 of decision WHA71(9) และการสนับสนุนและติดตามเรื่องความโปร่งใสของราคายาและ การดำเนินการเพื่อป้องกัน shortages และเร่งรัดการดำเนินการตาม priority actions</p>	Decision (Thailand co-sponsor)
Pillar 2: One billion more people better protected from health emergencies		

วาระ	สารัตถะ	ข้อมติ
15.1 Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme 15.2 WHO's work in health emergencies	เป็นการนำเสนอรายงานผลการปฏิบัติงานด้าน health emergency ในช่วงที่ผ่านมาของ WHO รวมถึงอธิบายกรอบ วิธีการ ขั้นตอน การทำงาน ของ WHO Incident Management System เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ร่วมกัน ให้ที่ประชุมพิจารณาร่าง resolution วาระนี้มีการแสดงท่าทีร่วมกันระหว่างประเทศในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health Initiative (FPGH) โดยประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งเน้นประเด็นการแพร่ระบาดของ Novel Corona Virus	Resolution with remaining bracket
15.3 Influenza preparedness	ระเบียบวาระนี้คณะกรรมการบริหารหารือ - การทำให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ในเวลาที่เหมาะสม - วิธีการส่งเสริมกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมไข้หวัดใหญ่รวมถึงการใช้การฉีดวัคซีนตามฤดูกาล ทั้งนี้ ประเทศไทยให้ความสำคัญของการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ (pandemic influenza) อย่างทันท่วงที และต้องการความมั่นใจว่ากฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ ไม่มีผลกระทบต่อ การแบ่งปันไวรัส pandemic influenza ภายใต้ระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก ประเทศไทยส่งเสริมการใช้วัคซีนตามฤดูกาลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และสร้างศักยภาพการผลิตภายในเพื่อสามารถตอบสนองในการผลิตวัคซีน pandemic influenza ได้อย่างทันท่วงที	Resolution
15.4 The public health implications of implementation of the Nagoya Protocol	วาระนี้ นำข้อมูลภูมิหลังของการทำงานขององค์การอนามัยโลกในการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์จาก pathogens และความคืบหน้าในการดำเนินงานตามข้อตัดสินใจ WHA72(13) ว่าด้วยผลกระทบของพิธีสารนาโงยาต่อด้านสาธารณสุข และแผนการดำเนินงานระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ – มีนาคม ๒๕๖๔	
15.5 Cholera prevention and control	วาระนี้มีการหารือการสร้างเสริมความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังและการรายงานอหิวาตกโรคให้มีความเข้มแข็งสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) และมาตรการป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรคได้รับการพัฒนาและดำเนินงานในประเทศที่ได้รับผลกระทบตามมติสมัชชาอนามัยโลก WHA71.4	
16.1 Polio eradication	วาระนี้ นำเสนอรายงานสถานการณ์การกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปตาม Global Polio Eradication และ Polio Endgame Strategy 2019 – 2023 ตามยุทธศาสตร์ ๓ ด้าน (Eradication, Integration, Containment and Certification) และสรุปประเด็นที่เป็นความท้าทายในการกวาดล้างโปลิโอโดยเฉพาะเรื่องของการระบาด ไวรัสโปลิโอสายพันธุ์ วัคซีนก่อกวน (Circulating vaccine-derived poliovirus: cVDPV) และมีการสนับสนุนร่าง decision และ ร่างยุทธศาสตร์การควบคุม cVDPV2 2029-2021 เป็นภาคผนวกของ the Polio Endgame Strategy 2019–2023	Decision

วาระ	สาระัตถะ	ข้อมติ
16.2 Polio transition planning and polio post-certification	<p>วาระนี้นำเสนอรายงานความคืบหน้าของร่างแผนยุทธศาสตร์ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์หลักทั้งหมด 3 ข้อดังนี้</p> <p>a) การสร้างความยั่งยืนของการปราศจากโปลิโอหลังจากกำจัดโปลิโอไวรัสเรียบร้อยแล้ว</p> <p>b) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน</p> <p>c) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉิน</p> <p>โดยองค์การอนามัยโลกจะดำเนินการตามแผนเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างบทบาทและความเข้มแข็งของสำนักงานภูมิภาคและงานระดับประเทศ และจะมีแนวทางเพิ่มเติมสำหรับประเทศที่ไม่มีลำดับความสำคัญด้วย สำหรับประเทศที่ยังมีการระบาดโดยเฉพาะใน African Region การวางแผนการดำเนินการจะเป็นไปตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยา และระบบทั้งหมดจะเชื่อมโยงเข้าสู่หน่วยของ Health System เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในเรื่องระบบสุขภาพถ้วนหน้า</p>	
Pillar 3: One billion more people enjoying better health and well-being		
17. Decade of Healthy Ageing	<p>วาระนี้นำเสนอรายงาน เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และ พิจารณานำ proposal นี้ไปพิจารณาในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 73 เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อขอความเห็นชอบร่าง Decade of Healthy Ageing 2020-2030 และ - ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกนำผลการดำเนินงานมารายงานในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 76, 79 และ 82 <p>สาระสำคัญของ proposal นี้คือความร่วมมือในระดับสากล ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ สาขาอาชีพต่างๆ สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน และ ภาคเอกชน ทั้งในระดับ local, national, regional และ global โดยมี action areas อยู่ 4 ด้านคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ ที่มีต่อผู้สูงอายุ 2. การพัฒนาชุมชนเพื่อการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ 3. การจัดบริการอย่างบูรณาการโดยใช้หลักการผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และ การบริการระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ 4. การให้การดูแลระยะยาวกับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น 	Decision
18. Maternal, infant and young child nutrition	<p>วาระนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition ตามมติ WHA65.6 และติดตามตัวชี้วัด Global Nutrition Monitoring Framework ตามข้อตัดสินใจ WHA68(14)</p>	Decision with bracket
19. Accelerating efforts on food safety	<p>วาระนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าเรื่องความปลอดภัยและต้องการกระตุ้นให้สร้างระบบความปลอดภัยด้านอาหารที่มีประสิทธิภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก การแบ่งปันความเชี่ยวชาญความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารที่มีอยู่และที่เกิดขึ้นใหม่ตามแนวทาง “สุขภาพหนึ่งเดียว และสนับสนุนการทำงานของ WHO/FAO ในคณะกรรมการ Codex Alimentarius Committee และ</p>	Resolution (Thailand Co-sponsor)

วาระ	สาระัตถะ	ข้อมติ
	มีการผลักดันร่างข้อมติเพื่อเป็นกรอบการทำงานให้กับประเทศสมาชิก	
Pillar 4: More effective and efficient WHO providing better support to countries		
20. Data and innovation: draft global strategy on digital health	<p>เป็นการนำเสนอรายงาน โดยผู้อำนวยการ WHO เพื่อให้ที่ประชุม EB-WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาเห็นชอบร่างยุทธศาสตร์ Global strategy on digital health - ให้ผู้อำนวยการ WHO รายงานความก้าวหน้าการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติใน World Health Assembly ประจำปี ค.ศ.2523 <p>วัตถุประสงค์ของร่างยุทธศาสตร์นี้คือเพื่อส่งเสริมการใช้และนำเทคโนโลยีไปช่วยขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ Health for all ของ WHO และ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการพัฒนาด้าน digital health ในประเทศสมาชิก และส่งเสริมงานวิจัย การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ แลกเปลี่ยนข้อมูล และ best practices ด้าน digital health โดยมีกรอบระยะเวลาการดำเนินการ 5 ปี ระหว่างปี ค.ศ.2020-2024 กลยุทธ์ของร่างยุทธศาสตร์นี้ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมความร่วมมือระดับโลกและถ่ายทอดความรู้ด้าน digital health - นำกลยุทธ์ด้าน digital health ระดับชาติสู่การปฏิบัติ - สร้างความเข้มแข็งด้านการบริหารจัดการด้าน digital health ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ - ใช้ digital health ในการสนับสนุนระบบสุขภาพที่มีคนเป็นศูนย์กลาง 	Decision
21. Budget and finance matters 21.1 Programme budget 2020-2021	<p>ที่ WHA72 ปี 2019 ที่ผ่านมามีการรับรอง Programme budget 2020–2021 และเสนอให้ DG พัฒนา Results framework ของ the 13th General Programme of Work 2019–2023 (GPW 13) โดยให้ปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกผ่านเวทีการประชุม Regional Committee ร่าง Result frameworks of GPW 13 (2019-2023) ล่าสุด แบ่งเป็นการวัดผลเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) Healthy life expectancy (HALE), (2) Triple billion indicies, (3) Outcome indicators (46 ตัวชี้วัด ได้แก่ ประกอบด้วย 39 SDGs และ 7 WHA indicators) และ (4) Output measurement เพื่อวัดสัดส่วนของผลการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกต่อผลลัพธ์ในระดับประเทศ (WHO’s effective delivery) โดยจะพิจารณาตามวิธีการ Balanced scorecard</p> <p>การทำงานขององค์การอนามัยโลกตาม GPW 13 มีการตั้งงบประมาณไว้ 14.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ (assessed contributions 17% และ voluntary contributions 83%) ซึ่งงบประมาณนี้เพิ่มขึ้นประมาณ 14% จากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แบ่งเป็น (1) Base budget 10.0 พันล้าน (2) Humanitarian response 2.5 พันล้าน และ (3) Polio eradication 1.6 พันล้าน</p>	
21.2 Financing and implementation of the Programme budget 2018–2019 and outlook on financing of the	<p>วาระนี้นำเสนอภาพรวมของสถานะการเงินของแผนงบประมาณ ค.ศ. 2018 -2019 ความก้าวหน้าการใช้เงินตามแผนการที่วางไว้รวมทั้งมาตรการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และการคาดการณ์งบประมาณของของแผนงบประมาณ ค.ศ. 2020 - 2021 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น และยังคงพึ่งพาเงินจากผู้บริจาค</p>	

วาระ	สาระัตถะ	ข้อมติ
Programme budget 2020–2021		
22. Governance 22.1 WHO reform matters	วาระนี้นำเสนอ 3 เรื่องของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกให้ที่ประชุมพิจารณา (๑) การนำเสนอ Draft Guideline for written statements relating to meetings of the WHO governing bodies to be posted on the dedicated WHO webpage (๒) ระบบอภิบาล (Reporting requirements) ของ Resolution / Decision, Progress reports, การกำหนดระยะเวลาและการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกในการจัดทำยุทธศาสตร์โลก (Global strategies) และ แผนปฏิบัติการ (Action plans) ต่างๆ และ (๓) การมีส่วนร่วมของ Non-state actors ในการประชุมระบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลก	Decision
22.2 Engagement with non-State actors • Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors • Non-State actors in official relations with WHO	วาระนี้เสนอรายงานการดำเนินงานตาม Framework of Engagement with Non-State Actors และ การพิจารณาองค์การนอกภาครัฐที่จะมีความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับองค์การอนามัยโลก	Decision: official relations to WHO
22.3 World health days	วาระนี้เป็นการเสนอความก้าวหน้าสืบเนื่องจากการประชุม EB144 ที่ให้ฝ่ายเลขาธิการ cost-effectiveness และแนวทางการพิจารณา world health days ฝ่ายเลขาธิการข้อเสนอจากประเทศสมาชิกที่ให้รายงานการศึกษาต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๓ ภายใต้วาระ WHO reform นอกจากนี้ Eswatini เสนอให้เพิ่มวาระ maternal and child health โดยจะบรรจุเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๔ ส่วนวาระ Neglected Tropical Disease Day จะพิจารณาภายใต้วาระ World Health Days ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๓	
22.4 Provisional agenda of the Seventy-third World Health Assembly and date and place of the 147 th session of the Executive Board	วาระนี้พิจารณาระเบียบวาระสำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 ระหว่างวันที่ 17-21 พฤษภาคม 2563 ณ Palais des Nations และ International Conference Centre และการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 147 ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2563 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก	Decision
23. Management matters	ตามที่ WHO/EB ได้รับรอง WHO Evaluation Policy ในการประชุมครั้งที่ 143 นั้น ฝ่ายเลขานุการต้องรายงานความคืบหน้าการประเมิน โดยจะต้องจัดทำรายงานการ	

วาระ	สาระัตถะ	ข้อมติ
23.1 Evaluation: update and proposed workplan for 2020–2021	ประเมินประจำปี เพื่อนำเสนอในการประชุม 147 ซึ่งในการประชุม EB146 นี้ เป็นการรายงานความคืบหน้าการประเมิน นับตั้งแต่การประชุม Executive Board เมื่อเดือนพฤษภาคม 2562 และนำเสนอ Propose evaluation workplan 2020-2021 ซึ่งที่ประชุมรับทราบรายงาน และมีมติเห็นชอบต่อกรอบการประเมินสำหรับปี 2020-2021	
23.2 Evaluation of the election of the Director-General of the World Health Organization	วาระนี้นำเสนอ ผลของการประชุมไม่เป็นทางการเรื่อง การประเมินการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในประเด็น Code of Practice, Candidates' forum, การเสนอรายชื่อผู้รับการเลือกตั้งโดยคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก การลงคะแนนเสียง และบทบาทของฝ่ายเลขานุการในกระบวนการเลือกตั้ง และร่างข้อตัดสินใจในการพัฒนาการเลือกตั้งฯ	Decision
24.2 Participation in the Programme Budget and Administration Committee	สืบเนื่องจากการประชุม WHO/EB ครั้งที่ 145 ซึ่งมีการเสนอให้ Palestine ร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์ในการประชุม Programme Budget and Administration Committee คณะกรรมการบริหารเสนอให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำรายงานเพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งนี้ ทั้งนี้ที่ประชุมเห็นชอบให้ปรับแก้ TOR ของ PBAC โดยให้มี Observers เข้าร่วมประชุมโดยไม่มีสิทธิ์ออกเสียงประกอบด้วย the Holy See, Palestine, Gavi, Order of Malta, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Inter-Parliamentary Union, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; องค์การสหประชาชาติและองค์กรระหว่างประเทศที่ WHO มีความสัมพันธ์ภายใต้มาตรา 70 ของธรรมนูญ และสหภาพยุโรป และขอให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกรายงานต่อที่ประชุม WHO/EB ครั้งที่ 150 ถึงผลการดำเนินงานตามข้อตัดสินใจดังกล่าว	Decision

สารบัญ

Executive Summary.....	i
สรุปสาระสำคัญโดยย่อ	iii
สรุปผลการประชุมแต่ละวาระ	1
Agenda 3 Report by the Director-General	1
Agenda 6 Primary Health Care.....	3
Agenda 7.1 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Universal health coverage: moving together to build a healthier world.....	6
Agenda 7.2 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Political declaration of the 3 rd HLM UNGA on the prevention and control of NCDs.....	8
Agenda 8: Global vaccine action plan.....	18
Agenda 9: Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem	22
Agenda 10: Ending tuberculosis	26
Agenda 11 Epilepsy	31
Agenda 12 Integrated, people-centred eye care, including preventable blindness and impaired vision	35
Agenda 13: Neglected tropical diseases.....	38
Agenda 14 Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property.....	41
Agenda 15.1: Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme.....	46
Agenda 15.2: Public health preparedness and response, WHO’s work in health emergencies	49
Agenda 15.3: Influenza preparedness.....	53
Agenda 15.4 The public health implications of implementation of the Nagoya Protocol	55
Agenda 15.5 Cholera prevention and control	60
Agenda 16.1 Polio eradication	62

Agenda 16.2 Polio transition planning and polio post-certification	66
Agenda 17 Decade of Healthy Ageing 2020-2030.....	69
Agenda 18 Maternal, infant and young child nutrition.....	73
Agenda 19 Accelerating efforts on food safety	76
Agenda 20 Data and innovation: draft global strategy on digital health	80
Agenda 21.1 Budget and finance matters: Programme budget 2020–2021	83
Agenda 21.2 Financing and implementation of program budget 2018-2019 and outlook on financing of the Programme budget 2020 – 2021	88
Agenda 22.1 WHO reform	92
Agenda 22.2 Engagement with non-State actors	96
Agenda 22.3 World Health Days.....	100
Agenda 23.21 Evaluation : update and proposed workplan for 2020 - 2021	103
Agenda 23.2 Evaluation of election of the Director General of the WHO.....	105
Agenda 24.2 Participation in the Programme, Budget and Administration Committee	110
รายนามคณะผู้แทนไทย.....	114

สรุปผลการประชุมแต่ละวาระ

การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146 146th Session of WHO Executive Board

3 - 8 กุมภาพันธ์ 2563
ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยเข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146 จัดระหว่างวันที่ 3-8 กุมภาพันธ์ 2563 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส โดยมีผู้แทนประเทศสมาชิกที่เป็นกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกเข้าร่วมการประชุมจำนวน 34 ประเทศ และประเทศสมาชิกที่ไม่ได้เป็นกรรมการบริหารฯ เป็นจำนวนมาก วาระสำคัญของการประชุมครั้งนี้คือการพิจารณาแผนงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ประจำปี ค.ศ. 2020-2021 และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น ดังรายละเอียดสรุปการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146 แยกตามแต่ละวาระการประชุมมีดังนี้ :

Agenda 3 Report by the Director-General

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิโรจนา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการรายงานผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปีค.ศ. 2019 โดยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก โดยมีสาระสำคัญดังนี้
 - เป้าหมายการทำงาน Triple Billions ในเรื่อง Healthy Population มีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นการจัดการต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ ผลงานในปีที่ผ่านมาได้แก่ การทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เช่น International Food and Beverage Association เพื่อลดการใช้ trans-fat ภายในปีค.ศ. 2023 การดำเนินงานร่วมกับ Food and Agriculture Organization เพื่อเสนอวิธีแนววิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของประเทศในเรื่อง food safety systems การจัดทำแนวทางการทำงานของประเทศต่างๆ รวมถึงการจัดตั้ง Department on Social Determinants of Health
 - เป้าหมายการทำงาน Triple Billions ในเรื่อง Universal Health Coverage ซึ่งหลายประเทศมีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เช่น ประเทศอัฟริกาใต้และฟิลิปปินส์ที่มีการรับรองกฎหมายเรื่อง UHC และยังมีหลายประเทศที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานอย่างมาก อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายอีกมาก เช่น การมุ่งเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมป้องกันโรค การเพิ่มงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้ลงนามความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ การสร้างความร่วมมือกับประเทศเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการดำเนินงาน การจัดตั้ง joint working group เพื่อ

สนับสนุนการทำงานของประเทศไทย การจัดทำ joint monitoring framework เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และการจัดตั้ง WHO Academy

- ในปีค.ศ. 2020 ยังเป็น Nurse and Midwife year และจะมีการดำเนินงานเพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของพยาบาลและผดุงครรภ์ นอกจากนี้ยังมีแผนที่จะออกรายงาน “snapshot of the global nursing workforce” ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อวิเคราะห์การลงทุนในเรื่องพยาบาลและผดุงครรภ์
- การดำเนินงานในเรื่องโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มีการออกรายงานเพื่อแสดงสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยง การรับมือกับ outbreak การสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการของประเทศ เป็นต้น

Intervention on Agenda 3 Report by Director-General

Read by Dr.Suwit Wibulpolprasert (3/02/2020)

Chair,

Thailand commends the decision to limit the intervention time. This is the best decision ever made in WHO in the last three years!! Thank you, thank you and thank you.

Chair, the untimely death of Dr. Peter Salama reflected the immense stress and unhealthy working environment. WHO must be a healthy and happy work place and a role model for health. It must be the top priority issue of WHO transformation.

Chair, while Thailand commends the excellent effort of China, our most concern is to have to go to other sources rather than WHO to get the real time situation.

Finally, chair, we sincerely thank the secretariat in preparing the documents and facilitating the discussion of all agenda. We will not restate our thanks again throughout this EB.

Thank you, Chair.

Agenda 6 Primary Health Care

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|---|--|
| ๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิภา พานิชเกรียงไกร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค | กรมการแพทย์ |

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการดำเนินงานตามมติที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 72 ที่ให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจัดทำร่าง operational framework for PHC เพื่อเสนอแนะแนวทางให้ประเทศในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยกรอบการทำงานนี้สอดคล้องกับกรอบการทำงานของ General Programme of Work ฉบับที่ 13 และ Programme Budget และจะนำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73
- ร่าง operational framework for PHC ได้จัดทำตามหลักการของ Declaration of Alma-Ata และ Declaration of Astana เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ (health-related SDGs) นอกจากนี้ร่างกรอบการทำงานยังได้รวมเนื้อหาสำคัญของมติสมัชชาอนามัยโลกที่ผ่านมาอีกด้วย ได้แก่ WHA69.24 เรื่อง strengthening integrated, people-centered health services, WHA65.8 เรื่อง the outcome of the World Conference on Social Determinants of Health และ WHA62.12 เรื่อง primary health care, including health system strengthening

สาระสำคัญของร่าง operational framework for PHC

- วัตถุประสงค์ของร่างกรอบการทำงาน ได้แก่ การเสนอแนะแนวทางการทำงานให้กับประเทศ โดยมุ่งเน้น การสร้างความร่วมมือร่วมใจของภาคส่วนต่างๆ การสร้างพลังอำนาจให้ภาคประชาชนและชุมชน และการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- ร่างกรอบการทำงานได้เสนอปัจจัยขับเคลื่อน 2 ระดับ ได้แก่ core strategic levers และ operational levers รวมปัจจัยขับเคลื่อน 14 ตัว ประกอบด้วย

Core strategic levers	Operational levers
1. Political commitment and leadership 2. Governance and policy frameworks 3. Funding and allocation of resources 4. Engagement of communities and other stakeholders	5. Models of care 6. Primary health care workforce 7. Physical infrastructure 8. Medicines and other health products to improve health 9. Engagement with private-sector providers 10. Purchasing and payment systems 11. Digital technologies for health 12. Systems for improving the quality of care 13. Primary health care-oriented research 14. Monitoring and evaluation

ทั้งนี้ปัจจัยขับเคลื่อนทั้งหมดต้องเชื่อมโยงกันและส่งผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นปัจจัยทั้งหมดจึงต้องบูรณาการกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ตามประเทศจะต้องประยุกต์ใช้กรอบการทำงานนี้ตามบริบทของประเทศ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วาระนี้ยังพิจารณาพร้อมกับเอกสาร EB146/38 Add.1 Evaluation: update and proposed workplan for 2020–2021 Review of 40 years of primary health care implementation at country level ซึ่งเป็น การประเมินการดำเนินงานที่ผ่านมา และได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการทำงานสำหรับประเทศและ องค์การอนามัยโลก

ประเทศคาซัคสถานเสนอร่างข้อมติ โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่ การเน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประเทศต่างๆสามารถบรรลุเป้าหมาย SDGs ได้ นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกสนับสนุนประเทศสมาชิกในการสร้างความ เข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ และการหารือกับประเทศสมาชิกเพื่อจัดทำ Operational framework on strengthening primary health care โดยข้อมตินี้ได้รับการสนับสนุนจากประเทศ Botswana, Brazil, Islamic Republic of Iran, Kazakhstan, Mexico, Tajikistan และ Ethiopia

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่ การบรรลุ UHC ทั้งนี้ต้องคำนึงถึง people-centered และ integrated PHC

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ การสร้าง political commitment การเพิ่มศักยภาพและคุณภาพของระบบบริการ ปฐมภูมิให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ทั้งในเรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยงโดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ การเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพและเครือข่าย การเพิ่มงบประมาณสำหรับระบบบริการ ปฐมภูมิ การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆรวมถึงชุมชน การทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการทำงาน เช่น การติดตามตัวชีวิตต่างๆ

นอกจากนี้ประเทศสมาชิกยังเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การ พัฒนาศักยภาพของประเทศสมาชิก การนำ Operational Framework ไปสู่การปฏิบัติโดยให้สอดคล้องกับ บริบทของประเทศ การเพิ่มประสบการณ์ตัวอย่างการทำงานของประเทศต่างๆใน Operational Framework

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- จากประสบการณ์ของประเทศไทย หัวใจของ PHC คือ การพัฒนาระบบบริการที่มีบุคลากร ยาและ เวชภัณฑ์ที่เพียงพอ
- ผู้ขับเคลื่อนนโยบาย เป็นส่วนสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศ low and middle income countries ดังนั้นองค์การอนามัยโลกควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างศักยภาพเพื่อผลักดัน การทำงานด้าน PHC

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานและข้อตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้าน PHC เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของประเทศต่างๆ
ในการทำงานด้าน PHC นำไปสู่การสร้างเครือข่ายการทำงานต่อไป

การมีส่วนร่วมในการจัดทำ Operational framework for Primary Health Care ที่จะพิจารณาในการ
ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73

Intervention on Agenda 6 Primary Health Care

Read by Warisa Panichkriangkrai (3/02/2020)

Thank you, Chair.

Since the 1970s, Thai government policy aims to establish a full geographical coverage of District Health System consisting of district hospital and sub-district health centers as Primary Health Care. Primary Health Care with adequate number of competent health workforce and availability of medicines and equipment is the foundation in achieving UHC.

Evidence has also shown policy entrepreneurs in the policy network is the prime mover of any health reforms in low and middle income countries. WHO country Offices are in strategic position to support country in expanding their capacity in order to drive PHC agenda.

Thailand will fully engage in the development of the operational framework for Primary Health Care to be considered by WHA73.

Thank you, Chair.

Agenda 7.1 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Universal health coverage: moving together to build a healthier world

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ทันทแพทย์หญิงวิโรจนา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการติดตามผลจากการประชุมระดับสูงว่าด้วยเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 23 กันยายน 2562 ซึ่งมีการรับรอง political declaration อีกด้วย
- รายงานฉบับนี้เน้นย้ำความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นฐานรากสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย ระบบบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางและระบบบริการปฐมภูมิเป็นรากฐานที่สำคัญ โดยที่ผ่านมาองค์การอนามัยโลกได้บรรจุการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายหลักของ WHO's thirteen General Programme of Work (2019-2023)
- ในปีค.ศ.2019 องค์การอนามัยโลกยังได้ออกรายงานติดตามการดำเนินงาน “Primary health care on the road to universal health coverage” โดยมีผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเพิ่มขึ้นจากปีค.ศ. 2000 แต่สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายจ่ายสูง (catastrophic health spending) เกินกว่าความสามารถของครัวเรือนกลับเพิ่มสูงขึ้นจาก 9.4% ในปี 2000 เป็น 12.7% ในปี 2015 นอกจากนี้ยังพบความเหลื่อมล้ำเนื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีครัวเรือนอยู่ในภาวะยากจน จนถึงอยู่ในภาวะล้มละลาย ความท้าทายอีกเรื่อง คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเฉพาะ เช่น การเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้
- รายงานยังมีประเด็นของการลงทุนด้านสุขภาพและการลดภาวะการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเสนอแนะให้ประเทศเพิ่มการลงทุนในเรื่องระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1 ของ GDP เพื่อให้ประเทศสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในปีค.ศ.2030 หรือประมาณ 200 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี และอีก 170 พันล้านเหรียญสหรัฐเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
- บทบาทขององค์การอนามัยโลกในเรื่องนี้ ได้แก่ การจัดตั้งโครงการพิเศษ (special program) ที่รับผิดชอบผลักดันและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้คำปรึกษา และสนับสนุนประเทศในการดำเนินงานตามบริบทของประเทศ โดยทำตามร่าง operational framework for PHC โดยผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศ (WHO representative) จะมีบทบาทหลักเชื่อมประสานองค์กรในระดับภูมิภาคและเจนีวา นอกจากนี้้องค์การอนามัยโลกยังมีบทบาทในการติดตามการดำเนินงานตาม political declaration on UHC ให้สอดคล้องกับ SDGs และ GPW13 เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าต่อที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 75 และ 77 ต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆแสดงคำมั่นต่อ political declaration จากการประชุม high level meeting on UHC ที่ผ่าน มา การบรรลุหลักประกันสุขภาพมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้น primary health care ศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข การจัดการปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งต้องการสร้าง การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ การกำหนดตัวชี้วัดและการติดตามผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ประเทศ ยังการประกาศขอสงวนท่าทีกับ paragraph 70 และ 71 ของ political declaration เนื่องจากเห็นว่าประเทศ ควรมีสิทธิในการจัดการระบบบริการของตนเองตามบริบทของประเทศ

ประเทศต่างๆยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงาน เช่น นโยบายที่มุ่งเน้นการบรรลุหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า การเพิ่มความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ การเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพ การเพิ่มการ เข้าถึงบริการ การเพิ่มความครอบคลุมของประชากรที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนา information systems การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การทำ pilot program เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน กลุ่มเฉพาะ การจัดเวทีระดับรัฐมนตรีนำไปสู่ political commitment การดำเนินงานร่วมกับภาคเอกชนและ ภาคส่วนอื่นๆทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

นอกจากนี้ประเทศสมาชิกยังให้ข้อเสนอแนะ เช่น การดำเนินงานร่วมกับ Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) การสนับสนุนประเทศในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การดำเนินงานที่ คำนึงถึง gender, culture การสร้างระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้ การพัฒนาระบบ สุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ เช่น small islands การทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ การเพิ่มความปลอดภัยของบุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยงภัย การเพิ่มการดำเนินงานในเรื่อง oral health, sexual and reproductive health

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- บทบาทขององค์การอนามัยในการสร้าง political commitment และการพัฒนาศักยภาพของประเทศ ในการดำเนินงาน
- การเสริมสร้างแรงจูงใจในแก่บุคลากรด้านสุขภาพที่ทุ่มเทต่อการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม โดยการ สร้างขวัญกำลังใจและการสร้างการยอมรับในระดับประเทศและภูมิภาค รวมถึงการสร้างการคงอยู่ของ บุคลากรในพื้นที่ชนบท
- ประเทศไทยเน้นย้ำถึงปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณสุขภาพไปยัง PHC และการ เพิ่มงบประมาณสุขภาพภาครัฐ

ประเทศไทยยังร่วม joint statement ระหว่าง Foreign Policy and Global Health Initiative โดย อินโดนีเซียในฐานะประธานกลุ่มเป็นผู้อ่านท่าที

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานตามที่ฝ่ายเลขานุการ

Intervention on Agenda 7.1 Universal health coverage: moving together to build a healthier world

Read by Warisa Panichkriangkrai (4/02/2020)

Thank you, Chair.

Two giants, India and Indonesia, have added 70% to our target to add one billion more people under UHC. WHO should advocate this political commitment globally, and support the strengthening of in country capacity to implement the program.

Chair, we do need more money for health but the key issue of UHC is the health systems manned by the qualified committed health professionals.

WHO can booster the spirit and motivation of these committed health professionals by special WHO recognition at the country and regional level as well as advocating for effective measures for rural retention.

Finally chair, Thailand would also like to reiterate two synergistic strategies, i.e., re-allocation of the existing budget towards PHC and progressive increase of government health spending.

Thank you, Chair.

Agenda 7.2 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues: Political declaration of the 3rd HLM UNGA on the prevention and control of NCDs

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงอรัญญา วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ
๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้พิจารณารายงานที่จัดทำขึ้นตามมติการตัดสินใจ WHA72(11) (2019) มีเนื้อหาหลัก 3 ส่วน ได้แก่ สุขภาพจิต มลพิษทางอากาศ และ ปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ตามตารางด้านล่าง โดยเสนอให้ที่ประชุมรับทราบรายงานและให้ความคิดเห็นต่อกระบวนการที่เกี่ยวข้องต่อไป

ประเด็น (เอกสารแนบ)	เนื้อหาสำคัญ
ร่างรายงานนโยบายที่มีต้นทุน ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต และสภาวะ (Mental health and well-being) (Annex 1)	รายงานนโยบายพัฒนาต่อเนื่องจาก Annex 3 ของแผนปฏิบัติการระดับโลก NCDs ด้วยวิธี WHO-CHOICE และผ่านกระบวนการหารือเชิงวิชาการทางเว็บไซต์กับประเทศมากเมื่อกันยายน 2019 ที่ผ่านมาและกลางปี 2020 จะมีจัดกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกเพื่ออัปเดตแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจิต 2013-2030 ต่อไป รายงานนโยบายล่าสุด มีทั้งหมด 20 มาตรการ แบ่งเป็น มาตรการ

	ระดับประชากร (3 มาตรการ) และ มาตรการระดับบุคคล (17 มาตรการ ได้แก่ การรักษาโรคจิตเภทในผู้ใหญ่ 4 มาตรการ, การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4 มาตรการ และ โรคซึมเศร้า 9 มาตรการ)
<p>รายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจาก NCDs ที่มีสาเหตุมากจากมลภาวะทางอากาศ (Annex 2)</p>	<p>มาตรการหลักที่ใช้ในการลดปัญหามลพิษทางอากาศ คือ (1) Energy production, energy Efficiency, and access to clean energy; (2) shipping and transport; (3) agriculture; และ (4) land-use planning</p> <p>สำหรับการจัดการมลภาวะทางอากาศในครัวเรือน มี WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion และ WHO’s Clean Household Energy Solutions Toolkit</p> <p>องค์การอนามัยโลกจะดำเนินการรวบรวมมาตรการต่าง ๆ ที่มีอยู่และพัฒนาเป็นชุดมาตรการที่มีประสิทธิผลในการจัดการปัญหาต่อไป</p>
<p>รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และแนวทางการดำเนินงานในอนาคตต่อไป (Annex 3)</p>	<p>เนื้อหาในรายงานฉบับนี้ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ข้อมูลกระบวนการปรึกษาหารือที่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำขึ้น ได้แก่ การจัดประชุมหารือในระดับภูมิภาค ทางเว็บไซต์ และการประชุม informal meeting ▪ ความท้าทายในการดำเนินนโยบาย (ตามรูปด้านล่าง) ▪ โอกาสในการทำงาน (ตามรูปด้านล่าง) ▪ แนวทางการดำเนินงานในอนาคตต่อไป ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ (ตามรูปด้านล่าง)

Challenges	Opportunities
<ul style="list-style-type: none"> • Complexity of the problems, intersectoral natures of effective policies, limited political will & commitment in the context of international trade & powerful commercial interests • Mixed messages between harm & benefit of drinking, social norms of expectations of drinking in high-status circles, acceptance of overall negative effects of alcohol is low • Increased concentration of alcohol production, alcohol industry, policy incoherence • No international legally-binding regulatory instruments • Informally & illegally-produced alcohol (25% of total consumption) • Satellite & digital marketing • Limited technical capacity, human resources & funding 	<ul style="list-style-type: none"> • Increased recognition of alcohol as factor of health & social inequalities (gender & social classes) >> policy to promote sustainable development • Decline in young drinking in Europe & HICs as a result of increase awareness of health harm, health literacy >> scaling up of screening & brief intervention policy • Strong evidence on cost-effectiveness of alcohol policies (i.e. high return on investment in Best Buys in alcohol control, \$1 investment = \$ 9.13 in return by 2030 which is higher than tobacco control (\$7.43) or physical inactivity prevention (\$2.8)
<p>The way forward <small>(EB146/7 Add.1) Findings of the consultative process on implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol & the way forward</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control alcohol consumption <ul style="list-style-type: none"> • Prevent drinking initiation among children & adolescents • Reduce drinker's consumption level • Protect non-drinkers from pressure to drink • Support for non-drinking behaviour • Establish broad partnership & collaborative network at all levels • Set goals & targets, action plans/implementation road maps with specific objectives, indicators & time frames • Set monitoring & surveillance functions & systems at all levels • Continue to implement global actions (key interrelated components) in the global strategy
<p>Priority areas for strengthening implementation of the global strategy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • High-level advocacy at all levels, "world no alcohol day", alcohol and development, alcohol's harm to others (HTO), through new communication technologies & materials • New partnerships, WHO's partners within and outside UN system, protect from & monitor for interference by commercial interests • Roles of economic operators in area of alcohol in eliminating marketing/advertising & sales to minors
<p>Public health advocacy, partnership & dialogue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Technical assistance, particularly in less-resourced countries, e.g. taxation, trade negotiations, national monitoring & surveillance system • Technical network & platforms for digital marketing, good practices,
<p>Technical support & capacity-building</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Population-based data collection, validation & reporting procedures for alcohol indicators, SDG3.5 • International collaborative research & knowledge production on alcohol policy development & implementation, effective ways for increasing health literacy, alcohol labelling, common language for alcohol terms, return on investment cases, cost vs. benefit from production & trade etc.
<p>Production & dissemination of knowledge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • increase awareness of the impact of alcohol on child development, maternal health, infectious diseases to attack wider donors • Innovative funding mechanisms, intergovernmental commitment to a global tax on alcohol
<p>Resource mobilization</p>	<ul style="list-style-type: none"> • increase awareness of the impact of alcohol on child development, maternal health, infectious diseases to attack wider donors • Innovative funding mechanisms, intergovernmental commitment to a global tax on alcohol

บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- สืบเนื่องจากการปรับกรอบ NCD ใหม่เป็น 5X5 ในปี 2018 ประเทศไทยต้องมีการปรับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้วย โดยต้องบูรณาการเชิงนโยบายและการประสานงานข้ามกรมภายในกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ระหว่างกรมควบคุมโรค กรมอนามัย และ กรมสุขภาพจิต ที่ผ่านมาเพิ่งเริ่มกระบวนการพัฒนาและหารือร่วมกันและเพิ่มงานในส่วนของคุณภาพจิตและมลภาวะในอากาศเข้าในแผนปฏิบัติการ NCDsระดับชาติ
- สำหรับงานด้านสุขภาพจิต ประเทศไทยมีแผนพัฒนาสุขภาพจิต ฉบับที่1 (พ.ศ.2561-2580) ซึ่งเป็นแผนระดับชาติ (ที่รับกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีของประเทศไทย) ที่รับรองโดยคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (ท่านรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) ที่จะขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับชาติผ่านทุกภาคส่วน (ภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาชน) แผนนี้มีการพิจารณาตาม WHO mhGAP เช่นกัน

- สำหรับรายการนโยบายล่าสุด ซึ่งประกอบด้วย 20 มาตรการ แบ่งเป็น มาตรการระดับประชากร (3 มาตรการ) และ มาตรการระดับบุคคล 17 มาตรการ (การรักษาโรคจิตเภทในผู้ใหญ่ 4 มาตรการ, การรักษาโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4 มาตรการ และ โรควิตกกังวล 9 มาตรการ) มาตรการระดับประชากร
- สำหรับงานด้านการป้องกันมลภาวะทางอากาศ ประเทศไทยสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในการพัฒนาชุดมาตรการข้อเสนอแนะ โดยเน้นที่กลไกการลดการปล่อยมลพิษอากาศที่แหล่งกำเนิด (Source) เพื่อประโยชน์ร่วมด้านสุขภาพ และเสนอให้พิจารณามาตรการที่ป้องกันการรับสัมผัสมลพิษ (Pathway) ทั้งระยะสั้นและระยะยาว (เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และการสร้างพื้นที่สีเขียว) รวมถึงการรักษาและปรับพฤติกรรมของประชาชน (Receptor) ร่วมด้วย ทั้งกลุ่มทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ และเด็กเล็ก
- สำหรับงานด้านแอลกอฮอล์ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ และเห็นด้วยที่ควรสนับสนุนให้มีการหารือในการพัฒนา International Instrument ในการควบคุมแอลกอฮอล์

ในการประชุมครั้งนี้ประเทศไทย พร้อมด้วย Bangladesh, Indonesia, Iran, Sri Lanka ได้เป็นประเทศหลักในการเสนอร่าง Decision “International Mechanism for Alcohol Control” เพื่อพิจารณาในที่ประชุมครั้งนี้ด้วย โดยร่างแรก (Zero) มีเนื้อหาตามกรอบข้างล่างนี้

(Zero draft)

International Mechanisms for Alcohol Control

The Executive Board,

Having considered report on “the Implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol” (EB146/7 Annex 3) and “Findings of the consultative process on implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol and the way forward” (EB146/7 Add.1);

Noting with deeply concerns that no progress was made in reducing the total alcohol consumption per capita globally between 2010 and 2016; the increases in per capita consumption by 2025; and overall burden of disease and injuries attributable to alcohol consumption remains leading health risk factors worldwide and unacceptably high in some WHO regions;

Emphasizing that alcohol, listed as Group I carcinogen to human , with no level of drinking that is without any health risks at population level , remains the only psychoactive and

dependence-producing substance with a significant impact on global population health that is not controlled at the international level by legally-binding regulatory instruments;

DECIDED to request the Director-General:

- (1) to exercise global leadership as a world healthy role model by not selling and refrain from provisions of alcoholic beverages in all WHO buildings and campuses, including at all meetings and conferences organized, sponsored or co-sponsored by the World Health Organization;
- (2) to convene a working group to review and propose the feasibility of developing an international instrument for alcohol control; and report to the 148th session of the Executive Board in 2021.

สรุปขั้นตอนสำคัญต่าง ๆ ในการการเสนอร่าง Decision และกระบวนการพิจารณาระหว่างประเทศสมาชิก ดังตารางต่อไปนี้

<p>ร่างส่งร่าง Decision to GBS (including requesting meeting room and text editor for informal consultation meetings)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Thailand, with the 3 cosponsors (Bangladesh, Indonesia and Sri Lanka who are Board Members), submitted zero draft to GBS on 19 Jan 2020 (based on the Rule 2 and 3 of the Rules of Procedure of the Executive Board of the World Health Organization https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=179) and a proposed amended version of Rule 28 bis of Document EB144/34 WHO reform processes, including the transformation agenda, and implementation of United Nations development system reform https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_34-en.pdf) ● Request to GBS for meeting room and a text editor for informal consultation meetings
<p>Cosponsorship confirmation to GBS</p>	<p>Countries who want to cosponsor the decision is required to send official confirmation email to cosponsorship@who.int</p>
<p>A wide circulation to all Missions</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 22 Jan 2020: Zero draft circulated to all Missions ● Announcement about informal consultation meetings
<p>Informal consultation meeting</p>	<p>5 informal consultation meetings (12.5 hours in total)</p>

First session	<ul style="list-style-type: none"> ● 3 Feb 2020 at 18.00-20.30 hours ● Revised draft (after the 1st consultation meeting) <ul style="list-style-type: none"> - International Mechanisms for Control of Harmful Use of Alcohol - Move OP from “alcohol-free WHO meeting” to PP - 3 Ops (GAP, report on international instrument, and resource mobilization)
Second session	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 Feb 2020 at 18.00-22.55 hours ● Document on screen on 4 Feb 2020 at 22.55 hrs ● Chair’s text based on revised draft (after the 2nd session)
Third session	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 Feb 2020 at 12.30-14.30 hours ● Document on screen on 6 Feb 2020 at 14.30 hrs
Fourth session	<ul style="list-style-type: none"> ● 6 Feb 2020 at 18.00-20.30 hours ● Document on screen on 6 Feb 2020 at 20.30 hrs ● Conference paper (EB146/CONF//1)
Fifth session	<ul style="list-style-type: none"> ● 7 Feb 2020 at 9.00-10.45 hours ● Document on screen on 7 Feb 2020 at 10.45 hrs ● Conference paper (EB146/CONF//1 /Rev.1)
Bilateral conversations with key member states for development chair’s texts	EU, USA, Australia, Canada, New Zealand, Norway

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

Mental Health

ประเด็นที่ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่นำเสนอคือความสำคัญของมาตรการการคัดกรองผู้ป่วย (Early detection) โดยเฉพาะการคัดกรองสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นผ่านมาตรการในโรงเรียน โดยบางประเทศให้ความสำคัญกับ มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงการใช้สารเคมีในการฆ่าตัวตาย, การเพิ่ม Mental Health literacy ในหลักสูตรการเรียนการสอน, การจัดการ Cyber Bullying, การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการแก้ปัญหา และที่สำคัญคือการพัฒนา Best buy intervention ควรเน้นที่ People-centred approach และ Human right approach มากกว่ามุ่งเน้นไปที่การบำบัดรักษาในระดับบุคคล

Air Pollution

ประเทศสมาชิกเสนอให้องค์การอนามัยโลกชี้แจงกระบวนการ ระเบียบวิธี และขอบเขตระยะในการพัฒนา มาตรการที่มีประสิทธิผลในการจัดการปัญหาหมอกควันในมิติสาธารณสุข โดยไม่ควรให้เป็นมาตรการที่ซ้ำซ้อน กับมิติอื่น ๆ และเน้นไปที่ Multi-sectoral approach นอกจากนี้ ยังเสนอให้ศึกษาผลกระทบในระดับภูมิภาค จาก Transboundary air pollutions และหาวิธีการแก้ไขต่อไป โดยประเทศออสเตรเลียกำลังทำการศึกษา ผลกระทบของ Bushfire ต่อสุขภาพประชาชนอยู่

Alcohol

ในห้วงประชุม Informal consultation meeting ประเทศส่วนใหญ่ตระหนักว่าต้องมีการทำงานเพื่อจัดการ ปัญหามากขึ้นและเร่งด่วนเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน โดยเฉพาะการดื่มในกลุ่มเยาวชน ในขณะที่หลายประเทศเรียกร้องให้พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาเครื่องมือระหว่างประเทศ (International instrument) ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีประเทศบางส่วนโดยเฉพาะในยุโรป ออสเตรเลีย บราซิล และอเมริกาเห็นว่ายุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการจัดการปัญหาจากแอลกอฮอล์ยังใช้การได้ ที่ ต้องเพิ่มเติมคือการนำไปปฏิบัติใช้มากขึ้นจึงเสนอให้มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการขึ้น และเรียกร้องให้สร้างความ ร่วมมือในการแก้ปัญหาที่ภาคเอกชน

นอกจากนี้ ในหลายประเทศกังวลถึงปัญหาข้ามพรมแดนของการประเด็นแอลกอฮอล์ Transborder dimension ได้แก่ การทำการตลาด การโฆษณาและการส่งเสริมการขายในช่องทางออนไลน์ การจัดการเหล้า นอกระบบภาษี ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ปัญหา ส่วนประเทศมุสลิมส่วนใหญ่กังวล ถึงปัญหาการเริ่มต้นดื่มในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น รวมถึงกิจกรรมการตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานและภาคผนวก โดยองค์การอนามัยโลกจะดำเนินการพัฒนา Policy option ต่อไป และชี้แจงถึงแผนแพร่รายงานผลการหารือกับภาคเอกชนในการจัดการปัญหา NCDs ทางเว็บไซต์ของ WHO พร้อมรับรอง EB Decision on Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol ซึ่งสรุป สาระสำคัญได้ดังนี้

- โดยมีประเทศสนับสนุนเป็น cosponsors 12 ประเทศ (ได้แก่ Bangladesh, Bhutan, India, Indonesia, Islamic Republic of Iran, Norway, Philippines, Russian Federation, Sierra Leone, Sri Lanka, Thailand, Viet Nam) และกลุ่มประเทศใน European Union ทั้งหมด (27 ประเทศ)
- Decision เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น “Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol” เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาใน operative paragraphs ที่เปลี่ยนไปจากร่างแรกเริ่มต้นที่ชื่อ “International Mechanism for Alcohol Control”
- Decision เรียกร้องให้ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก (Director General) ดำเนินการใน 4 ประเด็น ต่อไปนี้
 1. พัฒนาร่างแผนปฏิบัติการพ.ศ. 2565-2573 (Action plan 2022–2030) เพื่อนำยุทธศาสตร์ โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) ซึ่งเป็นวาระด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ไป

ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาต้องผ่านกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนำร่างแผนปฏิบัติการเขาที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 75 ในปี 2565 (75th World Health Assembly) ผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 150 (150th WHO Executive Board)

2. พัฒนารายงานวิชาการในประเด็น “ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการทำการตลาด การโฆษณา และกิจกรรมส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน (Cross-border alcohol marketing, advertising and promotional activities) รวมถึงการทำกิจกรรมเหล่านั้นที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนและวัยรุ่น ให้แล้วเสร็จก่อนประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 150 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะนำไปพิจารณาการพัฒนาแผนปฏิบัติการข้างต้นด้วย
3. จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการทำงานเพื่อควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. ทบทวนยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) และรายงานต่อประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 166 ในปี 2573 (166th WHO Executive Board) เพื่อพิจารณาการดำเนินในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

กระทรวงสาธารณสุข นำโดยกรมควบคุมโรคในฐานะหน่วยงานหลักในรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศ จัดประชุมและนำเสนอความก้าวหน้ากระบวนการในการพัฒนาเอกสารขององค์การอนามัยโลกที่กำลังดำเนินการหรือต้องดำเนินการแก่หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมเชิงเนื้อหาวิชาการในการมีส่วนร่วมในกระบวนการปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกต่อไป กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่

- รายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะ (Mental health and well-being)
- รายการนโยบายที่มีต้นทุนประสิทธิผลในการลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจาก NCDs ที่มีสาเหตุมาจากจากมลภาวะทางอากาศ
- การพัฒนาร่างแผนปฏิบัติการพ.ศ. 2565-2573 (Action plan 2022–2030) เพื่อนำยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol) ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนารายงานวิชาการในประเด็น “ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการทำการตลาด การโฆษณา และกิจกรรมส่งเสริมการขายข้ามพรมแดน (Cross-border alcohol marketing, advertising and promotional activities)

Intervention for Mental Health and Air Pollution

Thank you, Chair.

NCDs are the top cause of untimely deaths and Dr. Peter Salama is one good example of such a victim. We also learned with concern that many WHO staffs suffer from mental

health problems. We reiterate the leading role model of WHO on NCD and Mental Health with healthy and happy working environment throughout the organization.

We appreciate the movement to include Mental Health and Air pollution. With the new 5X5 framework, an update of a cross-sectoral policy infrastructure at country level is required. However, we are concern that all the measures are based mainly on biomedical model with little social and cultural dimension, especially on primary prevention.

Thank you, Chair.

Intervention for Alcohol

Thank you, Chair.

The Progress report on Global strategy on alcohol shows little progress. WHO allocates little resources and leadership on it.

Chair, at the last WHA, the ADG committed to consider the proposal of an alcohol free WHO 'in the coming months', we would like to know the progress in this EB.

Chair, with the strong leadership of two female RDs, SEARO and EURO are alcohol free without the need of a regional resolution. We expect that a male DG will not be inferior in his leadership to the two female RDs.

Chair, Thailand would like to thank all member states who co-sponsor the draft decision on alcohol and those who constructively engage in the discussion.

Thank you chair.

JOINT FPGH INTERVENTION

146th EXECUTIVE BOARD WHO MEETING

3 February 2020

Read by Indonesia (4/02/2020)

Chair,

I have the honor to speak on behalf of the member countries of the Foreign Policy and Global Health initiative comprising Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand.

Since its beginning in 2006, this unique group of diverse countries has been advancing global health issues within the framework of Foreign Policy decision making.

The group is proud that its annual UNGA resolution on Global Health and Foreign Policy in 2017 enabled the global community to move together to build a healthier world through universal health coverage.

Chair,

The adoption of a landmark political declaration on Universal Health Coverage in September 2019 is indeed a testament to the global collective efforts.

But we should not be complacent.

Throughout 2019, we have seen achievements as well as challenges in providing better access for all to a strong and resilient people-centered health system.

While the UHC service coverage index is increasing, the pace of progress has slowed since 2010. The incidence of catastrophic health spending of more than 10% of household budget has increased from 9.4% in 2000 to 12.7% in 2017.

Also, more people have been driven to poverty because of the high out-of-pocket expenditures for health services and care. Indeed, all persons should be able to receive high-quality essential health services without having to be burdened by financial hardship.

Health is a human right to be enjoyed by all, and not a privilege for the wealthy few.

The resolution “Global health and foreign policy: an inclusive approach to strengthening health systems” in December 2019, calls Member States to promote participatory governance of health systems with two main objectives:

- empowering those who are vulnerable or in a vulnerable situation, including women and girls,
- finding solutions for an effective and financially sustainable implementation of universal health coverage with primary health care as its cornerstone.

At this juncture, it is high time for us to reiterate political commitment in order to increase government and health budget and quality PHC, which is people centered and accessible by all access and financial protection are fundamental cornerstones in achieving UHC.

We urge countries to mobilize the necessary resources domestically – through sustainable health budget by prioritizing primary health care. UHC is primarily a question of prioritizing in a rational and equitable way.

Member States must come up with measures to ensure financial risk protection, and eliminate poverty due to health-related expenditure, including catastrophic out-of-pocket health expenditure.

Chair,

Its time we take action and move forward to achieve the SDGs by 2030.

Therefore, Indonesia's FPGH chairmanship will focus on five areas of cooperation in ensuring affordable health care for all as follows:

First, Primary Health Care needs to be strengthened by promoting equitable distribution and adequate number of competent health workforce in order to better provide the whole range of comprehensive health services through life course approach.

Second, we need to improve availability and access to essential affordable quality medicine, vaccines, as well as other health products.

Third, we need to ensure that health systems are resilient and can withstand disasters, public health emergencies and conflicts.

Fourth, we encourage partnerships and collaboration between States, national health institutions, civil society, private sector and other relevant stakeholders in promoting affordable health care and services for all which includes affordable essential medicine and vaccine, while paying attention to potential conflicts of interests between stakeholders. Furthermore, effective multisectoral actions are essential in addressing social and commercial determinants of health.

Last but not least, cooperation between health and financial sectors should also be reinforced.

We strongly believe that achieving Universal Health Coverage by 2030, including providing affordable health care for all, is certainly not a dream, but can be made reality through partnership, whole of government and whole-of society approach and solidarity, to empower the vulnerable addressing their physical and mental health needs, enhance health equity and equality, end discrimination, eliminate gaps in coverage and create a more inclusive society.

I thank you, Mr. Chairman.

Agenda 8: Global vaccine action plan

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ในเดือนพฤษภาคม 2555 สมัชชาสุขภาพโลกที่ 65 ได้มีมติรับรอง WHA 65.17 ซึ่งรับรองแผนปฏิบัติการวัคซีนระดับโลก วิสัยทัศน์และกลยุทธ์ด้านการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับโลกในช่วงทศวรรษ 2554-2563 สมัชชาสุขภาพขอให้คณะกรรมการติดตามความคืบหน้าและรายงานเป็นประจำทุกปีผ่านทางคณะกรรมการบริหารถึงสมัชชาสุขภาพ
- ในเดือนพฤษภาคม 2560 สมัชชาสุขภาพโลกที่ 70 ซึ่งได้พิจารณารายงานเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกแสดงความกังวลว่าความคืบหน้าเพื่อเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน การกวาดล้างโปลิโอ และการกำจัดหัด หัดเยอรมัน และบาดทะยักของมารดาและทารกแรกเกิด ในการแก้ไข WHA 70.14 เกี่ยวกับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้บรรลุเป้าหมายของแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก สมัชชาสุขภาพขอให้คณะกรรมการรายงานต่อสมัชชาสุขภาพโลกที่ 73 ผ่านทางคณะกรรมการบริหารในด้านระบาดวิทยาและความเป็นไปได้ และแสดงความต้องการทรัพยากรสำหรับการกำจัดโรคหัดและหัดเยอรมัน โดยคำนึงถึงการประเมินของกลุ่มที่ปรึกษายุทธศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างภูมิคุ้มกันโรค และเพื่อติดตามความคืบหน้าเป็นประจำทุกปีและรายงานต่อสมัชชาสุขภาพรวมทั้งผ่านทางคณะกรรมการซึ่งเป็นวาระสำคัญในปี 2563 และ 2565 เกี่ยวกับความสำเร็จที่ทำได้กับเป้าหมายและเป้าหมายของแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกในปี 2563
- เนื่องจากแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกใกล้จะสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องรายงานและยังระบุบทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก นอกจากนี้ยังสำรวจความเป็นไปได้ของการกำจัดหัด และหัดเยอรมัน และการเอาชนะโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบภายในปี 2573

การสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานในทศวรรษหน้า: การทบทวนบทเรียนที่เรียนรู้จากแผนปฏิบัติการวัคซีนระดับโลก

- ความครอบคลุมของวัคซีนสำคัญทั่วโลกอยู่ระหว่าง 84% ในปี 2553 และ 86% ในปี 2562 แม้ว่าความพยายามอย่างเข้มข้นโปลิโอยังไม่ได้ถูกกวาดล้างให้หมดไป มีประเทศ 28 ประเทศ จาก 40 ประเทศที่มีลำดับความสำคัญมีความเสี่ยงต่อบาดทะยักของมารดาและทารกแรกเกิด เนื่องจากผลกระทบจากความขัดแย้งเรื้อรังหรือความไร้เสถียรภาพทางการเมือง
- แผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกประกอบด้วยกรอบการทำงานที่เป็นนวัตกรรม และครอบคลุมในการติดตาม และประเมินผล ซึ่งรวมถึงชุดตัวชี้วัดเพื่อประเมินความก้าวหน้าและเพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถเปรียบเทียบความสำเร็จในการดำเนินงานได้
- การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น การพลัดถิ่นของผู้คนตามสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความขัดแย้งและความไม่มั่นคงทางการเมือง ความไม่สามารถจัดหาวัคซีนได้ในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การขาดแคลนวัคซีน ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก
- กลุ่มที่ปรึกษายุทธศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิคุ้มกันได้ประชุมในเดือนตุลาคม 2562 เสนอว่าควรสร้างกลยุทธ์การสร้างภูมิคุ้มกันโรคหลังปี 2563 ไว้ดังนี้
 - (1) เพื่อสร้างความมั่นใจถึงการดำเนินการในเวลาที่เหมาะสมและครอบคลุมมากขึ้นในระดับโลก ภูมิภาค ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น
 - (2) มุ่งเน้นไปที่ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้าน:

- การกำหนดกลยุทธ์และการนำไปปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจถึงความจำเป็นและบริบทที่เกี่ยวข้อง
- เสริมสร้างการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลหลักฐานของประเทศ
- สนับสนุนการจัดหาและการแบ่งปันนวัตกรรมเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของโปรแกรม
- ส่งเสริมการใช้งานวิจัยของประเทศต่าง ๆ เพื่อเร่งการใช้วัคซีนและเทคโนโลยีวัคซีนและเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างภูมิคุ้มกัน

(3) รักษาสถานภาพเพื่อไปสู่เป้าหมายของแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลก:

- รวมองค์ประกอบสำคัญของแผนปฏิบัติการวัคซีนทั่วโลกเพื่อความครอบคลุมและความสำคัญของการประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการสร้างภูมิคุ้มกันทุกปี

- เพิ่มการมุ่งเน้นเฉพาะในกรณีฉุกเฉินด้านมนุษยธรรม การพลัดถิ่น และการย้ายถิ่นฐาน และความเปราะบางของปัญหาทางการเมืองและสังคมเศรษฐกิจที่เรื้อรัง

- ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างโครงการกำจัดโรคและโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติ

- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันและบูรณาการที่มากขึ้นทั้งภายในและภายนอกภาคสุขภาพ

(4) สร้างรูปแบบการกำกับดูแลที่ดีขึ้นสามารถเปลี่ยนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติได้:

- สร้างโครงสร้างการกำกับดูแลที่แข็งแกร่งและยืดหยุ่นและรูปแบบการดำเนินงานบนพื้นฐานของการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างพันธมิตร

- รวมความยืดหยุ่นในการตรวจจับและตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่

- พัฒนาและบำรุงรักษากลยุทธ์การสื่อสารและการขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง

(5) ส่งเสริมการวางแผนระยะยาวสำหรับการพัฒนาและการดำเนินการวัคซีนใหม่และนวัตกรรมการป้องกันอื่น ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าประชากรได้รับประโยชน์อย่างรวดเร็วที่สุด

(6) ส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นและชี้้นำการดำเนินการและเพื่อรายงานต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ

(7) เสริมสร้างการติดตามและประเมินผลในระดับชาติและระดับท้องถิ่นให้มากขึ้น

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในทศวรรษหน้าภายในปี 2573

- ในปี 2562 ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปี 2573 เป็นปีที่บรรลุการปราบโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ยอมรับการเอาชนะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และเป็นเป็นหนึ่งของยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อที่คุกคามสูง
- โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถทำให้เกิดโรคระบาดนำไปสู่การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและผู้รอดชีวิต 1 ใน 5 มีความพิการตลอดชีวิต แม้จะมีความคืบหน้าอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 5 ล้านรายและผู้เสียชีวิตจากโรคเยื่อสมองอักเสบประมาณ 290,000 รายทั่วโลก ในปี 2560 โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเยื่อหุ้มสมองอักเสบทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็นถาวร ความพิการทางปัญญา และการสูญเสียอวัยวะซึ่งมีผลกระทบทางอารมณ์ สังคม และการเงินอย่างมากต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นภัยคุกคามในทุกประเทศของโลกและนำเสนอความท้าทายที่สำคัญต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การเสียชีวิตจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน แต่ความคืบหน้าในการเอาชนะเยื่อหุ้มสมองอักเสบล่าช้าหลังเมื่อเปรียบเทียบกับโรคที่ป้องกันได้วัคซีนอื่น ๆ
- การป้องกันและควบคุมโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจำเป็นต้องมีการประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งรวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนราคาถูก มาตรการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ มาตรการการรักษา และการควบคุมโรค การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม การวินิจฉัยและการจัดการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการเฝ้าระวังและห้องปฏิบัติการ การเพิ่มการรับรู้ของ

ประชาชนและการเมืองจากผลกระทบของเชื้อหุ้มสมองอักเสบ และปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการแสวงหาสุขภาพและการเข้าถึงมาตรการควบคุม

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยสนับสนุนการกำจัดโรคหัดและหัดเยอรมันผ่านวาระการก่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันภายในปี 2573 ในกระบวนการพัฒนาและจะถูกส่งไปยัง WHA 73 เพื่อรับรอง
- ยอมรับการพัฒนาร่างการเอาชนะโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบในปี 2573 – แผนทางเดินเพื่อดำเนินงานระดับโลกที่มีวิสัยทัศน์ “การไปสู่โลกที่ปราศจากโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ” ผ่าน 5 กลยุทธ์ ดังนี้:
 - การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด
 - การวินิจฉัยและการรักษา
 - ฝึกระวังโรค
 - สนับสนุนและดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อหุ้มสมองอักเสบ
 - การขับเคลื่อน และการมีส่วนร่วม
- สนับสนุนการเสริมสร้างขีดความสามารถในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสมรรถนะทางห้องปฏิบัติการ
- สนับสนุนการเข้าถึงวัคซีนในปริมาณที่เหมาะสมในปริมาณที่เพียงพอ

ความคิดเห็นจากสถาบันวัคซีน

1. การรับรอง immunization agenda 2030 ทำไม่ขออนุมัติจาก Strategic Advisory Group of Expert (SAGE) on Immunization ไม่ผ่านประเทศสมาชิก
2. ทำไมสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำเสนอการแก้ไขร่าง
3. เลขาธิการฯ ควรให้ความชัดเจนและอธิบายกระบวนการพัฒนาวัคซีนเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรค

Note: pneumococcal vaccine มีส่วนเกี่ยวข้องข้องเบื้องหลังการนำเสนอใน agenda นี้หรือไม่

Intervention on provisional agenda 8

Delivered by Dr Teerasak Chuxnum

Thank you Chair,

Much that we fully agree on the important roles played by vaccines, we do have serious concern on the attempts at targeting ‘eradication’ of more diseases. Eradication require long term huge effort and resources and move us to the situation of ‘diminishing return’.

Should we focus more on ‘elimination’ efforts where we can live with acceptable level of incidence? This will allow limited resources to be reallocated to other essential health problems.

Chair, we have committed to so many global targets, most of which will not be achieved. Moving on like this would undermine our social credit and trust.

Finally, chair, we should consider adding more social and anthropologic dimension into the new Global vaccine action plan, not merely on biomedical dimension.

Thank you very much.

Agenda 9: Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค กรมการแพทย์
๒. เกษัชกรหญิง ดร. อรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญของวาระ

ในส่วนของ report

- เป็นการนำเสนอ report โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และพิจารณาร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกในการกำจัดมะเร็งปากมดลูก (Draft Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem) และให้ความเห็นแนวทางเพิ่มเติม
- เป็นเรื่องสืบเนื่องมาจากมติการตัดสินใจ EB๑๔๔(๒) (๒๐๑๙) เรื่องการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกในการกำจัดมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ ๗๓ ซึ่งจะจัดขึ้นในปี ๒๕๖๓
- ใน report ได้กล่าวถึงสถานการณ์ของมะเร็งปากมดลูกว่าเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ ๔ ของประชากรโลกเพศหญิง โดยมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ ๕๗๐,๐๐๐ รายต่อปี และ เสียชีวิตประมาณ ๓๑๑,๐๐๐ รายต่อปี และมีอุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ จาก ๑๐ ถึง ๗๕ ต่อแสนประชากรเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดูแลรักษา ระหว่างประเทศที่รายได้สูง และ ต่ำ หรือแม้แต่ภายในประเทศเดียวกันเอง
- เป้าหมายการดำเนินการของแผนยุทธศาสตร์นี้ จะดำเนินการระหว่างปี ค.ศ.๒๐๒๐ ถึง ๒๐๓๐ (พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึง ๒๕๗๓) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงให้เหลือน้อยกว่า ๔ ต่อแสนประชากรเพศหญิง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักดังกล่าว จำเป็นต้องขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย ๙๐-๗๐-๙๐ ในการดำเนินการดังนี้
 - ๙๐% ของเด็กหญิง ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ human papilloma virus ครบ ภายในอายุ ๑๕ ปี
 - ๗๐% ของผู้หญิง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยเครื่องมือทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูง ในช่วงอายุ ๓๕-๔๕ ปี
 - ๙๐% ของผู้หญิง ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesions) หรือ เป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว (invasive cancer) ได้รับการรักษาโดยในยุทธศาสตร์ได้ให้ความสำคัญของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ human papilloma virus โดยเสนอให้แต่ละประเทศผลักดันเข้าสู่ national immunization program แต่ยังคงต้องได้รับการแก้ไขเรื่องความเพียงพอในการผลิตและราคาในทุกประเทศสามารถเข้าถึงได้ การคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกควรบรรจุไว้ใน basic package ของการบริการระดับปฐมภูมิ โดยวิธีการที่เหมาะสมปรับไปตามบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ การรักษา pre-cancerous lesion การวินิจฉัย invasive cancer และการรักษา แต่ละประเทศควรผลักดันให้เข้าไปอยู่ในสิทธิการรักษาที่เป็น universal health coverage

ในส่วนของ resolution

- ร่าง Resolution เสนอโดย Australia, Bhutan, Brazil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Eswatini, Kenya, Monaco, Peru, Portugal, Rwanda, South Africa and Zambia (ร่างวันที่ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๓)
- Resolution เสนอให้
 ๑. เสนอให้ที่ประชุมเห็นชอบ the global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem ซึ่งมีเป้าหมายการดำเนินการในระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๒๐-๒๐๓๐
 ๒. เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกนำแนวทางที่แนะนำใน global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem สู่การปฏิบัติตามความเร่งด่วน และ บริบทของแต่ละประเทศ โดยนำเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศเพื่อเป้าหมายสู่การเป็น universal health coverage
 ๓. เรียกร้องต่อองค์กรระหว่างประเทศ และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - ๓.๑. ให้ความสำคัญตามบทบาทและกิจกรรมที่รับผิดชอบ เพื่อสนับสนุนการนำ global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem สู่การปฏิบัติ และประสานการทำงานกันเพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน และ ร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรค โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ๓.๒. ประสานการทำงานร่วมกัน เพื่อลดปัญหาการขาดแคลน และ เพิ่มความสามารถในการผลิต และส่งมอบวัคซีน HPV ชุดการทดสอบและวินิจฉัย ยา บริการรังสีรักษาและการผ่าตัด ที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงได้ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้น ซึ่งรวมถึงการลดราคา และ การเพิ่มการผลิตทั้งในระดับโลกและในประเทศ ร่วมกับการพัฒนานวัตกรรมที่มีความคุ้มค่าด้านวัคซีน เครื่องมือคัดกรอง วินิจฉัย และ การดูแลรักษา
 ๔. ร้องขอให้ผู้อำนวยการ WHO
 - ๔.๑. สนับสนุนการทำงานของประเทศสมาชิก ในการนำ global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem สู่การปฏิบัติ โดยบูรณาการเข้าไปในแผนและยุทธศาสตร์ชาติตามเป้าหมายของแต่ละประเทศ โดยให้รวมถึงการนำเรื่องวัคซีน HPV เข้าไปในโปรแกรมการให้วัคซีนของประเทศ ส่งเสริมความร่วมมือของภาคส่วนด้านการศึกษา และ ชุมชน ในการสร้างความเชื่อมั่น สนับสนุนให้เกิดความพอเพียง การเข้าถึง การนำไปใช้ ในเรื่องของการคัดกรอง การให้วัคซีน การวินิจฉัย เครื่องมือทางการแพทย์ และ ยา ที่ใช้ในการป้องกัน รักษาและดูแล pre- and invasive cervical cancer ทั้งการให้รังสีรักษา การผ่าตัด การดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ การสร้างความเข้มแข็งระบบการกำกับติดตาม
 - ๔.๒. ให้ความสำคัญในการสนับสนุนประเทศที่มีภาระโรคสูงที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางก่อน และ คำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง ประชาชนที่อยู่ห่างไกล และ ผู้หญิงและเด็กหญิงที่ติดเชื้อ HIV

- ๔.๓. ประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องและพันธมิตรอื่น ๆ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิจัย การสร้างนวัตกรรม และการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ รวมถึงวัดผลกระทบของการดำเนินงาน และอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างประเทศสมาชิก
- ๔.๔. รายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามมติในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๘ โดยเป็นส่วนหนึ่งของรายงานที่จะเสนอต่อที่ประชุม World Health Assembly ผ่านคณะกรรมการบริหาร และรายงานสรุปสุดท้ายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ พร้อมสรุปบทเรียนที่ได้และคำแนะนำ

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- กลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางส่วนใหญ่มีความขาดแคลนวัคซีน HPV ยังต้องการการสนับสนุนในด้านนี้ ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้สูงเช่นกลุ่มประเทศยุโรปตะวันตกไม่มีปัญหาด้านนี้ และหลายประเทศในกลุ่มนี้รวมทั้งออสเตรเลียมีการให้วัคซีน HPV กับเด็กชายด้วยโดยให้เหตุผลด้านความเท่าเทียมทางเพศ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยรับทราบรายงาน และสนับสนุน draft decision ในรายงาน Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem และ draft resolution
- ประเทศไทยบรรจุ HPV vaccine สำหรับเด็กหญิงไว้ใน national immunization program แล้ว แต่ยังมีปัญหาด้านการจัดหาวัคซีนผ่านโครงการ จัดซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ในสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี แต่ละคนจะได้รับการคัดกรองทุก ๕ ปี) การวินิจฉัย และการรักษา ปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของ national service plan โรคมะเร็ง ซึ่งมีการติดตามผลสัมฤทธิ์ในระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (ร่วมกับมะเร็งอื่นๆที่อยู่ใน ๕ อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของคนไทย)
- ปัจจุบันประเทศไทยได้นำการตรวจ HPV DNA บรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. เนื่องจากมีการศึกษา cost utility รองรับว่ามีความเหมาะสมหากนำมาใช้ในประชากรจำนวนมากระดับประเทศ
- ไทยยอมรับว่าการให้วัคซีน HPV เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว แต่ปัจจุบันยังมีผู้ที่ติดเชื้อ HPV อยู่แล้วจำนวนมากซึ่งการได้รับวัคซีนของคนกลุ่มนี้ไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นมาตรการอื่นๆเช่นการคัดกรอง และการตรวจหา และรักษา pre-cancerous lesion ยังมีความสำคัญอย่างมาก
- ในที่ประชุม EB-WHO ไทยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการติดเชื้อ HPV เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยที่สุดดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวมจะช่วยลดการติดเชื้อ HPV ได้โดยไม่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเช่นวัคซีน HPV มากเกินไป และเพื่อลดปัญหาการขาดแคลนวัคซีน HPV WHO ไม่ควรจะแนะนำให้ใช้วัคซีน HPV ในเด็กชาย

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุม EB-WHO ครั้งที่ ๗๓ รับทราบรายงาน และมีมติเห็นชอบให้ โดยผู้อำนวยการ WHO นำ proposal นี้ไปพิจารณาในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ ๗๓ เพื่อ

**ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)
การทำงานในระดับประเทศ**

- กรมควบคุมโรค กรมอนามัย และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการกำกับการทำงานหน่วยบริการในการดำเนินการตรวจคัดกรองวินิจฉัย และ รักษาให้ได้ตามเป้าหมายของ WHO พัฒนาระบบข้อมูลการคัดกรองเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน
- องค์การเภสัชกรรม สปสช. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ ในการวางมาตรการการจัดหาวัคซีน HPV ให้เพียงพอต่อความต้องการในการฉีดให้เด็กหญิงตามเป้าหมาย
- กรมการแพทย์ ในการพัฒนาระบบ และ เครื่องมือการตรวจวินิจฉัย การรักษา ที่มีประสิทธิภาพ
- ในภาพรวมสนับสนุนการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็งของกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับนานาชาติ

- การประสานความร่วมมือกับ WHO ประเทศต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน

Intervention on Agenda 9 Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem

Thank you Chair

As HPV is the most common sexually transmitted diseases, we have serious concern that the global strategy touch very little on the effective social measures to tackle STIs. We depend too much on biomedical model. We would request the DG to put this concern into the strategy before submitting to the WHA.

Chair, Thailand included HPV vaccine into the EPI since three years ago but we have enough vaccine only for the first year. In the last two years, thank to the vaccine resistant among Japanese girls, we got half of the target amount.

With this situation, chair, we would request WHO not to further recommend the use of the HPV vaccine in boys which would further aggravate the shortage.

Thank you.

Agenda 10: Ending tuberculosis

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายธีรศักดิ์ ชักนำ นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- วัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อทางอากาศและรักษาได้ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดต่อที่สำคัญที่สุดในโลก นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นหนึ่งในผู้ติดเชื้อที่ดื้อยา ในปี 2557 สมัชชาสุขภาพโลกที่ 67 ในมติ WHA67.1 ได้นำกลยุทธ์ระดับโลกและเป้าหมายสำหรับการป้องกันการดูแลและควบคุมวัณโรคหลังจากปี 2558 รู้จักกันในนามและต่อไปนี้จะเรียกว่าเป็นกลยุทธ์สิ้นสุดวัณโรค (End TB) ในปี 2558 ประมุขแห่งรัฐและรัฐบาลของสหประชาชาติรับรองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งรวมถึงเป้าหมาย (เป้าหมาย 3.3) เพื่อยุติการแพร่ระบาดของวัณโรคภายในปี 2573 องค์การอนามัยโลกได้รายงานในรายงานประจำปีเกี่ยวกับวัณโรคในปี 2559 และ 2560 จำเป็นในการบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ภายในปี 2573 รายงานฉบับแรกต่อสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับความคืบหน้าในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ได้จัดทำขึ้นในปี 2561 ในเดือนพฤศจิกายน 2560 การประชุมระดับรัฐมนตรีครั้งแรกขององค์การอนามัยโลกเรื่องสิ้นสุดวัณโรค ณ กรุงมอสโก และการประชุมระดับสูงครั้งแรกของสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติเกี่ยวกับการต่อสู้กับวัณโรคจัดขึ้นในเดือนกันยายน 2561 ทั้งทำให้เกิดการประกาศสถานที่สำคัญ

เป้าหมายระดับโลกเกี่ยวกับวัณโรค ในปี 2561-2565 กำหนดไว้ในแถลงการณ์ทางการเมืองของการประชุมระดับสูงของสหประชาชาติว่าด้วยวัณโรคในปี 2561

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
จำนวนคนที่วินิจฉัยและรักษาวัณโรค	40 ล้านคน รวมถึงเด็ก 3.5 ล้านคนและ 1.5 ล้านคนที่ติดเชื้อวัณโรคดื้อยาซึ่งรวมถึงเด็ก 115,000 คน ในช่วงปี 2561-2565
จำนวนผู้คนรับการรักษาเพื่อป้องกันวัณโรค	อย่างน้อย 30 ล้านคนรวมถึงเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี 4 ล้านคน มีผู้สัมผัสร่วมบ้าน 20 ล้านคน และผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ 6 ล้านคน ในช่วงปี 2561-2565
การระดมทุนทั่วโลกที่เพียงพอและยั่งยืนสำหรับการเข้าถึงการป้องกัน การวินิจฉัย การรักษาและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	อย่างน้อย 13 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีภายในปี 2565
การระดมทุนทั่วโลกที่เพียงพอและยั่งยืนสำหรับการวิจัยวัณโรค	2 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีในช่วงปี 2561-2565

ความคืบหน้าสู่เป้าหมาย

- การลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตของวัณโรค ภูมิภาคยุโรปกำลังดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายขั้นสูงสุดในปี 2563 ภูมิภาคแอฟริกาอุบัติการณ์และการเสียชีวิตลดลงอย่างรวดเร็วใน แต่ภูมิภาคอื่น ๆ

ส่วนใหญ่และหลายประเทศยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์วัณโรคปลายปี 2563 ได้ทั่วโลกการลดอุบัติการณ์สะสมระหว่างปี 2558 ถึงปี 2561 เท่ากับร้อยละ 6.3 การสิ้นสุดของยุทธศาสตร์วัณโรคการลดอุบัติการณ์ต้องลดลงร้อยละ 20 ระหว่างปี 2558 ถึงปี 2563 การลดจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคระหว่างปี 2558 ถึงปี 2561 เท่ากับร้อยละ 11 ซึ่งน้อยกว่าหนึ่งในสามของเป้าหมายการลดลงร้อยละ 35 ในปี 2563 โดยรวมแล้วองค์การอนามัยโลกประเมินว่ามีผู้รับการรักษาและดูแลรักษาวัณโรค 58 ล้านคนระหว่างปี 2543-2561

- จากการสำรวจระดับชาติที่ดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2562 พบว่าประมาณร้อยละ 27 ถึง 83 ของผู้ป่วยวัณโรคและครีวเรื้อนได้รับผลกระทบจากค่ารักษาวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่อียาและครีวเรื้อนมีสัดส่วนสูงขึ้น ร้อยละ 76 ถึง 100 ได้รับผลกระทบจากค่ารักษาวัณโรคที่อียา
- ผู้ที่ลงทะเบียนและรับการรักษาวัณโรค จากข้อมูลที่รายงานโดยประเทศต่าง ๆ ในปี 2562 เป้าหมายระดับโลกของผู้ป่วยที่ได้รับการแจ้ง และรับการรักษา 40 ล้านคน ในปี 2565 นั้นน่าจะสำเร็จ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7 ล้านคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 6.4 ล้านคนในปี 2560 แต่ยังคงมีช่องว่างอีก 3 ล้านคน จากที่คาดการณ์ไว้ 10 ล้านคน ในปี 2561 เป็นผลมาจากการรายงานผู้ป่วยที่ตรวจพบน้อยกว่าและการวินิจฉัยต่ำกว่าเกณฑ์ (เมื่อคนที่เป็นวัณโรคที่ใช้งานอยู่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพหรือไม่ได้รับการวินิจฉัย) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่อียา 186,772 รายได้รายงานว่าเป็นวัณโรคที่อียาที่อียาหลายขนาน หรือคือ rifampicin ในปี 2561 เพิ่มขึ้นจาก 160,684 ราย ในปี 2560 จำนวนผู้ที่ลงทะเบียนในปี 5262 เทียบเท่ากับเพียงหนึ่งในสามของเกือบครึ่งล้านคนที่คาดว่าจะต้องการการดูรักษา ดังนั้นวัณโรคที่อียาหลายขนานยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข
- ผู้ที่ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันโรควัณโรค ในปี 2561 มีรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1.8 ล้านคนได้รับการรักษาเชิงป้องกันโดยเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำกว่า 1 ล้านคนในปี 2560 จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับการรักษาเชิงป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 292,182 ราย ในปี 2561 เป็น 349,487 ราย ในปี 2562 แม้ว่าจะเท่ากับเพียงร้อยละ 27 ของเด็กที่มีสิทธิ์ได้รับการรักษาเชิงป้องกัน

ความคืบหน้าในการดำเนินการตามหลักการและองค์ประกอบของกลยุทธ์สิ้นสุดวัณโรค

- ประเทศสมาชิกได้รับการสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างการเฝ้าระวังและการประเมินผลกระทบผ่านการสร้างการวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ การสำรวจระดับชาติเป็นระยะ และการใช้แพคเกจการสนับสนุนตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก
- องค์การอนามัยโลกกำลังรายงานความคืบหน้าในปี 2563 เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคตามที่มีสุขภาพประชาชนชาติร้องขอ รายงานจะแจ้งการเตรียมการสำหรับการทบทวนโดยสมาชิกในปี 2566
- องค์การอนามัยโลกกำลังทำงานเพื่อเสริมสร้างการดำเนินงานภาคประชาสังคมและชุมชน ผ่านการจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจของภาคประชาสังคม และหน่วยงานอื่น ๆ ในระดับโลกและระดับภูมิภาค กองทุนโลกและหุ้นส่วนทวิภาคีกำลังช่วยกันระดมทุนสำหรับภาคประชาสังคม
- ในปี 2562 มีการประกาศสิทธิมนุษยชนของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากวัณโรค ประเทศต่าง ๆ กำลังดำเนินการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับจริยธรรมในการดูแลและป้องกันวัณโรค การประเมินกฎหมายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและป้องกันวัณโรค การประชุมถาวรของ

สหประชาชาติว่าด้วยประเด็นชนพื้นเมืองจัดขึ้นเมื่อวันที่สิ้นสุดวันโรคในปี 2562 และหน่วยงานระดับภูมิภาคกำลังทำงานเกี่ยวกับกลยุทธ์และสำหรับประชากรที่มีความเปราะบาง

- การปรับกลยุทธ์และเป้าหมายในระดับประเทศด้วยความร่วมมือระดับโลก ตามที่ร้องขอโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลกกำลังพยายามนำความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการยุติการแพร่ระบาด ในปี 2561 โดยเปิดตัวโครงการ FIND.TREAT.ALL # ENDTB ร่วมกับ กองทุนโลกเพื่อสนับสนุนประเทศต่าง ๆ เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนตามความจำเป็นเพื่อขยายการเข้าถึงเพื่อการป้องกันวัณโรคการวินิจฉัยและการรักษา สำหรับปี 2563-2564 องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนเชิงกลยุทธ์แก่ประเทศต่าง ๆ ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์การดำเนินการตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก
- **หลักการที่ 1:** การดูแลและป้องกันผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบบูรณาการ มีการออกแนวทางใหม่สำหรับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคที่ไวต่อการดื้อยาและการป้องกันโรค รวมถึงคำแนะนำในการใช้ยาและสูตรใหม่รวมถึงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สูตรที่แนะนำสามารถนำไปสู่การดูแลที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพมากขึ้นและให้ความสำคัญกับผู้คนเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกเปิดตัวกับพันธมิตร แผนทางเดินสำหรับการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและเพื่อขยายขอบเขตการดูแลและป้องกันวัณโรคสำหรับเด็ก
- จากประสบการณ์ในการคัดกรองโรคอย่างเป็นระบบ การวินิจฉัยระดับโมเลกุลอย่างรวดเร็วสำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นกำลังขยายตัว แต่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงเป้าหมายสำหรับปี 2565 มีการทดสอบเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 สำหรับการดื้อยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการยืนยันในปี 2561 การรักษาที่ประสบความสำเร็จนั้นประสบความสำเร็จสำหรับผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่งที่ได้รับการรักษาในปี 2559 แต่ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะปรับปรุงในปีต่อ ๆ ไปตามแนวทางใหม่ การดูแลรักษาวัณโรคและ HIV ได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลก ใน 2561 ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับรายงานร้อยละ 64 มีผลติดเชื้อ HIV มีรายงานผู้ป่วยวัณโรค 477,461 รายในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2561 (ร้อยละ 55 ของอุบัติการณ์โดยประมาณ) องค์การอนามัยโลกและหุ้นส่วนได้สนับสนุนการในการรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคด้วยยาใหม่แต่ความคืบหน้านั้นช้า
- **หลักการที่ 2:** นโยบายและระบบ มีการดำเนินการระดับสูงเพื่อเพิ่มจูงใจทางการเมืองและการจัดหาเงินทุนเพื่อสุขภาพรวมถึงการควบคุมวัณโรค ความพยายามดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างการดูแลในชุมชนโดยใช้แนวทาง “Engage-TB” ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ในปี 2562 มี 58 ประเทศรายงานข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อผลลัพธ์การรักษาวัณโรค การจัดลำดับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและความร่วมมือใหม่ ๆ การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรายงานผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติมีมากขึ้น และมีเทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูล แต่การปรับปรุงระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยยังคงช้า การเข้าถึงยารักษาวัณโรคต้องการการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การคุกคามของการดื้อยาต้านจุลชีพต้องการการปรับปรุงในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- **หลักการที่ 3:** การวิจัยและนวัตกรรมที่ ใน WHA71.3 เลขานุการได้พัฒนากลยุทธ์ระดับโลกสำหรับการวิจัยและนวัตกรรมของวัณโรคโดยทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ หลังจากการพิจารณาโดยคณะกรรมการระดับภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก เพื่อร่างยุทธศาสตร์จะได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการบริหารในการประชุมสมัยที่ 146 และสมัชชาสุขภาพโลกที่ 73 ยุทธศาสตร์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนความพยายามของรัฐบาลในการสร้างสภาพแวดล้อม การวิจัยและนวัตกรรม เพิ่มการลงทุนทางการเงินในการวิจัยและนวัตกรรมวัณโรค ส่งเสริมและปรับปรุงวิธีการ

แบ่งปันข้อมูล และส่งเสริมการเข้าถึงที่เป็นธรรมเพื่อประโยชน์ของการวิจัยและนวัตกรรม เลขาธิการ องค์การอนามัยโลก ได้ร่วมมือกับพันธมิตรรวมถึงหน่วยงานทวิภาคีมูลนิธิและโครงการพิเศษของ UNICEF / UNDP / ธนาคารโลกเพื่อการวิจัยและฝึกอบรมด้านโรคเขตร้อนเพื่อสนับสนุนการวางแผนการวิจัยวัคซีนโรคระดับชาติและการสร้างขีดความสามารถ สนับสนุนสำนักเลขาธิการเครือข่ายวิจัย วัคซีนโรคของกลุ่มประเทศ BRICS (บราซิล, สหพันธรัฐรัสเซีย, อินเดีย, จีนและแอฟริกาใต้)

- **โดยสรุป** โลกยังไม่พร้อมที่จะยุติการแพร่ระบาดของวัคซีนภายในปี 2573 ความคืบหน้าในบางภูมิภาคและประเทศที่มีภาระสูงมีแนวโน้มดี ยังมีประเด็นเรื่องจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและลงทะเบียนเพื่อรับการรักษา และมีความคืบหน้าในการลดช่องว่างในการเข้าถึงการรักษาเด็ก ผู้ป่วย วัคซีนคือยา กลไกระดับสูงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และการปรับปรุงกฎหมาย การแนะนำเทคโนโลยีใหม่และวิธีการรักษาแบบบูรณาการ นวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา รายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติในปี 2563 ควรแสดงให้เห็นว่ามีผลกระทบหรือไม่และต้องดำเนินการแก้ไขอะไรบ้างโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถทำให้เกิดโรคระบาดนำไปสู่การเสียชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงและผู้รอดชีวิต 1 ใน 5 มีความพิการตลอดชีวิต แม้จะมีความคืบหน้าอย่างมาก ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 5 ล้านรายและผู้เสียชีวิตจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบประมาณ 290,000 รายทั่วโลก ในปี 2560 โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเยื่อหุ้มสมองอักเสบทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็นถาวร ความพิการทางปัญญา และการสูญเสียอวัยวะซึ่งมีผลกระทบทางอารมณ์ สังคม และการเงินอย่างมากต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน เยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นภัยคุกคามในทุกประเทศของโลกและนำเสนอความท้าทายที่สำคัญต่อระบบสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม การเสียชีวิตจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน แต่ความคืบหน้าในการเอาชนะเยื่อหุ้มสมองอักเสบล่าช้าลงเมื่อเปรียบเทียบกับโรคที่ป้องกันได้วัคซีนอื่น ๆ
- การป้องกันและควบคุมโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจำเป็นต้องมีการประสานงานแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งรวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนราคาถูกลง มาตรการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ มาตรการการรักษา และการควบคุมโรค การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม การวินิจฉัยและการจัดการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการเฝ้าระวังและห้องปฏิบัติการ การเพิ่มการรับรู้ของประชาชนและการเมืองจากผลกระทบของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และปรับปรุงพฤติกรรมและการแสวงหาสุขภาพและการเข้าถึงมาตรการควบคุม

ร่างยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมวัคซีน

- การร่างยุทธศาสตร์ถูกชี้นำโดยเป้าหมายของการยุติการแพร่ระบาดของวัคซีนในปี 2573 ตามที่กำหนดไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและยุทธศาสตร์การสิ้นสุดโรคขององค์การอนามัยโลก เพื่อการพัฒนากลยุทธ์ร่างได้มีการปรึกษาหารือกับ กลุ่มที่ปรึกษาเชิงกลยุทธ์และวิชาการด้านโรค คณะทำงานด้านการวิจัยโรคโลกของ ผู้จัดการโครงการโรคแห่งชาติและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและผู้แทนของภาคประชาสังคมและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ และการวิจัยโรคอื่น ๆ และผู้มีส่วนได้เสียนวัตกรรม มีการจัดทำเอกสารฉบับร่างออนไลน์สำหรับการตรวจสอบโดยสาธารณสุขในไตรมาสที่สองของปี 2562 และตามข้อเสนอแนะที่ได้รับเอกสารฉบับร่างฉบับปรับปรุงได้ถูกนำเสนอเพื่อพิจารณาโดย คณะกรรมการระดับภูมิภาค การบรรยายสรุปของหลายประเทศสมาชิกก็จัดขึ้นในไตรมาสที่สามของปี 2562 ที่เจนีวา

- มีความพยายามอย่างมากในการเติมเต็มงานวิจัยและพัฒนาเรื่องวัณโรคในทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม แนวโน้มนี้จะดำเนินการ และการสร้างประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน ต้องใช้เงินทุนที่เพิ่มขึ้นและยั่งยืนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเผยแพร่โดยเฉพาะในช่วงท้ายของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ (รวมถึงการลงทะเบียนผลิตภัณฑ์การอนุญาตทางการตลาดและการผลิต) การดำเนินงาน / การดำเนินงานระบบสุขภาพและการวิจัยทางสังคมศาสตร์
- การวิจัยวัณโรคยังมีทางกฎหมายที่ซับซ้อนในบางประเทศ นโยบายที่ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรม มั่นใจในความปลอดภัย และความเที่ยงธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ตลาดและเพื่อดึงดูดภาคเอกชน ตัวอย่างของนโยบายดังกล่าวคือกระบวนการที่รวมถึงกระบวนการตรวจสอบทางจริยธรรมอย่างรวดเร็วและมีกระบวนการประเมินและลงทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่อย่างเร่งด่วนโดยไม่กระทบต่อในระดับชาติระดับภูมิภาคและระดับโลกสำหรับขอบเขตทางจริยธรรมหรือสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา
- ประมาณหนึ่งในสี่ของล้านคนเสียชีวิตทุกปีจากวัณโรคดื้อยา การแพร่กระจายของการดื้อยาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่คุกคามให้วัณโรคเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และเป็นอันตรายถึงชีวิต วัณโรคคาดว่าจะเป็นหนึ่งในสามของเชื้อดื้อยาที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต งบประมาณถูกจัดสรรให้กับการรักษาวัณโรคดื้อยาเนื่องจากความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายสูงในการจัดการกับโรคนี้ การปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจะช่วยขยายบริการด้านการป้องกันการวินิจฉัยการรักษา และการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
- ขอเชิญคณะกรรมการพิจารณาร่างการตัดสินใจดังต่อไปนี้ คณะกรรมการบริหารได้พิจารณารายงานร่างยุทธศาสตร์ระดับโลกสำหรับการวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวกับวัณโรค ตัดสินใจที่จะแนะนำให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 73 ยอมรับการตัดสินใจดังต่อไปนี้:
 - (1) รับรองกลยุทธ์ระดับโลกด้านการวิจัยวัณโรคและนวัตกรรม
 - (2) ขอให้ผู้อำนวยการส่งรายงานความคืบหน้าในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระดับโลกต่อสภาสุขภาพในปี 2566

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยสนับสนุน และรับรองร่างกลยุทธ์ระดับโลกด้านการวิจัยและนวัตกรรมวัณโรค
- ประเทศไทยมีความกังวลเกี่ยวกับความคืบหน้าในการลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตของวัณโรคที่เกิดจากประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคสูงหลายประเทศยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายวัณโรคปลายได้ภายในปี 2563
- จะเพิ่มประเด็นวัณโรคดื้อยาด้วยหรือไม่

Intervention on provisional agenda 10

Delivered by Dr Teerasak Chuxnum

Thank you Chair,

Ending TB is another global target committed at the highest political level that is unlikely to achieve.

As it is a disease that require active case surveillance, good compliance to effective treatment, and social actions to eliminate discrimination, it requires the highest commitment

from the qualified and committed health workforces under strong and equitable health systems, based on PHC. Ending TB should be integral part of the UHC.

Thailand welcomes the draft global strategy on TB research and innovation, which includes health systems and social researches not only technological ones. We would like to reiterate that ‘social innovations’ to ensure early detection, effective coverage of treatments including LTBI, are as essential to the success as technological innovations.

Thank you very much.

Agenda 11 Epilepsy

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสัชกรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค กรมการแพทย์
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้พิจารณารายงานเกี่ยวกับโรคลมชัก เนื้อหาหลักในรายงานประกอบด้วย

ประเด็น	เนื้อหาสำคัญ
สถานการณ์เชิงระบาดวิทยาและภาระโรค	จำนวนผู้ป่วย 50 ล้านคนทั่วโลก (0.5% ของภาระโรคทั่วโลก) โดย 80% ของผู้ป่วยอยู่ใน LMICs มีผู้ป่วยรายใหม่โดยการวินิจฉัยโดยเฉลี่ย 5 ล้านคนต่อปี
ความท้าทายและช่องว่างการรักษาในระบบบริการสุขภาพ	ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักยังไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่น การขาดบุคลากร (Neurologist หรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับการอบรมฝึกฝน), การขาดแคลนยารักษาโรคลมชัก, การขาดความรู้และการมีทัศนคติที่ผิดต่อโรคและการตีตรา (stigmatization) และการเหยียดหยาม (discrimination) จากสังคม 25% ของการเกิดโรคลมชักในผู้ป่วยสามารถป้องกันได้ ผ่านการคัดกรองโรคของแม่ การให้วัคซีนโรคปอดบวมและสมองอักเสบ การป้องกันมาลาเรีย การรักษา febrile convulsions เป็นต้น
ข้อตกลงในระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้อง	มติหลักคือ WHA68.20 (2015) Global burden of epilepsy and the need for coordinated action at the country level to address its health, social and public knowledge implications และรายงานความก้าวหน้าล่าสุดที่ WHA71 ที่ผ่านมา
การทำงานขององค์การอนามัยโลกที่ผ่านมา	Advocacy & awareness rising: กิจกรรมนำโดย the International League Against Epilepsy และ the International Bureau for Epilepsy มีการออกรายงาน Epilepsy: a public health imperative

	<p>2019 (16 หน้า) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325440/WHO-MSD-MER-19.2-eng.pdf?ua=1 และมีการจัด Side event ที่ WHA72</p> <p>Service development: โรคลมชักถูกบรรจุใน the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) ตั้งแต่ 2008 และ WHO Programme on Reducing the Epilepsy Treatment Gap ได้ทดลองทำร่องใน Ghana, Mozambique, Myanmar และ Viet Nam ได้รักษาคนไข้แล้วกว่า 6.5 ล้านคน</p>
<p>แนวทางเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการการรักษาโรคลมชัก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การบูรณาการการรักษาโรคลมชักในแผนการรักษาที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคทางจิต และ NCDs ● การปรับทัศนคติของสังคมต่อโรคเพื่อลดปัญหาการตีตรา และเสริมพลังผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษา โดยผ่านการทำงานในระดับพื้นที่ ● การพัฒนาระบบบริการการรักษาโรคลมชักในหน่วยงานปฐมภูมิ โดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจวินิจฉัยและการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ● การเพิ่มการเข้าถึงยารักษาโรคลมชัก (งานวิจัยประมาณการว่าหากเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเป็น 50% จะลดภาระโรคในปัจจุบันได้ 13-40%) <ul style="list-style-type: none"> ● การเน้นที่มาตรการป้องกันเพื่อลดอุบัติการณ์โรค ● การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านภาระโรคและศักยภาพของระบบบริการ ● การพัฒนางานวิจัย โดยเฉพาะใน LMICs

- รายงานเสนอให้ที่ประชุมอภิปรายรายงาน โดยเน้นที่การปิดช่องว่างการรักษาโรคลมชัก การเข้าถึงยารักษาโรคลมชักที่มีต้นทุนประสิทธิผล (รายการยาหลักที่ใช้รักษาโรคลมชัก: phenobarbital, phenytoin, carbamazepine และ valproic acid) และแนวทางในการลดผลกระทบสุขภาพและสังคมจากโรคลมชัก
- ร่าง Decision เสนอโดยรัสเซียและ cosponsored โดย จีน กายานา เอสวาตินี นอร์ทมาซีโดเนีย แล แซมเบีย เสนอให้มี resolution ที่ WHA73 โดยมีการเรียกร้องให้ DG
 - เพิ่มเนื้อหา “Synergies in addressing the burden of epilepsy and other neurological diseases” ในรายงาน EB146/2 เพื่อนำเสนอต่อ WHA73
 - พัฒนาเอกสาร WHO Technical guidance on strengthening country actions against epilepsy and its comorbidities เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้การทำงานในระดับประเทศ และเผยแพร่ในเวปไซต์

และขอชวนให้ประเทศสมาชิกมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่างมติ ‘Draft resolution on epilepsy and other neurological diseases’ ที่จะนำเสนอที่ WHA73 ต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้ความสำคัญรักษา Epilepsy มากขึ้นเพื่อปิดช่องว่างการให้บริการทางการแพทย์โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง เน้นมิติเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและการเข้าถึงยา โดยการผลักดันให้มีการบริการในระดับปฐมภูมিরวมอยู่ในหลักประกันสุขภาพของประเทศและแผนนโยบายสาธารณสุขของประเทศ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในระดับต่าง ๆ การพัฒนาทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนญาติและคนดูแลผู้ป่วย การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจวินิจฉัย การจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการประเด็นการตีตราผู้ป่วย โดยการมาตราการการสร้างความตระหนักในชุมชนและการเน้นที่การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- สถานการณ์โรคลมชักในประเทศไทย : ผู้ป่วยโรคลมชักประมาณ 6-7 แสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาได้ด้วยยา และผู้ป่วยเพียง 15 % ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและต้องการการผ่าตัด (ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ กรมการแพทย์ ต้องตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง)
- ขึ้นชมความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยเฉพาะสององค์กรหลักคือ the International League Against Epilepsy และ the International Bureau for Epilepsy รวมถึงการออกรายงาน Epilepsy: a public health imperative 2019
- เห็นด้วยกับร่าง Decision โดยประเด็นที่ควรให้เน้นคือ การเข้าถึงการรักษาและการเข้าถึงยา โดยการผลักดันให้มีการบริการในระดับปฐมภูมিরวมอยู่ในหลักประกันสุขภาพของประเทศ
- เห็นด้วยในการสนับสนุนการเข้าถึงยารักษาโรคลมชักหลักทั้ง 4 ตัว (phenobarbital, phenytoin, carbamazepine และ valproic acid) ซึ่งมีประสิทธิผล 70% โดยเฉพาะยา Valproate เป็นกลุ่มยาที่ควรจัดให้มีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เพราะสามารถใช้รักษาอาการชักได้หลายรูปแบบ โดยเฉพาะ generalized epilepsy และเป็นกลุ่มที่ใช้แทนผู้ป่วยที่แพ้ยาตัวอื่นในสามตัวนี้ได้ ทั้งนี้ การพิจารณาต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพยาและความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงในกลุ่มประชากรด้วย ตัวอย่างเช่น
 - ยา Phenytoin ซึ่งพบว่ายี่ห้อต่างกันมี Pharmacokinetics แตกต่างกันและให้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน
 - ยา Carbamazepine ประชากรในแถบเอเชียมีโอกาสแพ้ยารุนแรงแบบ Steven Johnson มากกว่าประชากรในแถบยุโรป จึงควรพิจารณาตรวจยีนแพ้ยา HLA B*1502 เพื่อป้องกันการแพ้ยา โดยประเทศไทยเสนอว่าผู้ป่วยโรคลมชักทุกคนควรได้รับการตรวจ HLA B*1520 gene ก่อนการสั่งจ่ายยา carbamazepine ทุกครั้ง
 - นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้องค์การอนามัยโลกแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคลมชักด้วย
- เสนอให้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ชัดเจนเพื่อกำหนดทิศทางและเร่งการดำเนินงานในระดับประเทศ โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงบริการและยารักษาโรคลมชัก และการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น การจัดให้มียารักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่สถานบริการปฐมภูมิและ สัดส่วนของผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าถึงการรักษา

- ส่วนข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก ที่จัดให้บูรณาการบริการและรักษาโรคลมชัก อยู่ใน WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) นั้นไม่เหมาะสมในบริบทประเทศไทย เพราะการรักษาต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทางทางด้านประสาทวิทยา ซึ่งในประเทศไทยมีกรรมการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในขณะที่ mhGAP นั้นรับผิดชอบโดยกรมสุขภาพจิต

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานและDecision with amendment by Australia โดยร่าง Decision นี้มีประเทศ cosponsor เพิ่มเติมคือ Tajikistan, Honduras, Chile และ Kazakhstan
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(8\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(8)-en.pdf)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข นำโดยกรมการแพทย์ทบทุนสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักและ Neurological disorder ในประเทศไทย และสถานการณ์การจัดบริการและการเข้าถึงยารักษาโรคในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ รวมถึงการใช้กัญชาในการรักษาโรคลมชักด้วย

ทั้งนี้ประเทศไทยควรติดตามความก้าวหน้าในรายงานที่องค์การอนามัยโรคจะจัดทำเพิ่มเติมเพื่อเสนอต่อ WHA73 ซึ่งเป็นไปได้ว่าประเทศสมาชิกกลุ่มที่สนับสนุนวาระนี้จะเสนอให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับโลกในการจัดการโรคลมชักในอนาคตอันใกล้

Intervention delivered by Dr Sakarn

Thank you, Chair.

Thailand supports the draft decision as proposed by Russian Federation.

Chair, to be successful we need a set of essential immediate actions to strengthen country actions against epilepsy, including an effective monitoring mechanism, with clear targets and indicators. The key indicators should focus on effective coverage, for example:

- (1) the availability of antiseizure drugs at primary healthcare level;
- (2) the percentage of patients accessed to the treatment and drugs; and
- (3) the percentage of patients that can fully control the seizures.

Chair, with the significant prevalence of serious allergic reactions, all epileptic patients should receive the test of HLA B*1520 gene before taking carbamazepine.

Furthermore, WHO should advise on the evidence in using cannabis products for epilepsy.

Thank you, Chair

Agenda 12 Integrated, people-centred eye care, including preventable blindness and impaired vision

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

1. นายแพทย์สกันต์ บุญนาค กรมการแพทย์
2. ดร.ภญ. อรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
3. ดร.นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ในส่วนของ report

- นำเสนอ report เพื่อให้ที่ประชุม Executive Board รับทราบ และ ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการทำงานในระยะต่อไป
- Resolution เดิมของ WHO ที่เกี่ยวข้องกับ eye care ได้แก่ WHA51.11 (1998) on global elimination of blinding trachoma, WHA56.26 (2003) on the elimination of avoidable blindness, WHA59.25 (2006) and WHA62.1 (2009) on the prevention of avoidable blindness and visual impairment, WHA66.12 (2013) on neglected tropical diseases, and WHA66.4 (2013) on Towards Universal Eye Health: A global action plan 2014–2019
- ความผิดปกติด้านการมองเห็นเป็นภาวะโรคอันดับ 3 ในกลุ่มของความพิการ ปัจจุบันมีประชากรโลกประมาณ 1 พันล้านคนที่มีความผิดปกติของตาจากสาเหตุที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้หากตรวจพบความผิดปกติในระยะแรก เช่น สายตาสั้นผิดปกติ (refractive error) ต้อกระจก (cataract) ต้อหิน (glaucoma) กระจกตาขุ่น (corneal opacity) จอตาผิดปกติจากเบาหวาน (diabetes retinopathy) และโรคติดต่อทางตา (trachoma) อุบัติการณ์ของความผิดปกติทางตาในประเทศกลุ่ม low-middle income สูงถึง 4 เท่าเมื่อเทียบกับประเทศกลุ่ม high income และพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรที่อาศัยในชนบท ผู้หญิง ผู้พิการ และ ผู้อพยพ
- ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการด้านตาได้แก่ ยังขาดฐานข้อมูลความผิดปกติของตาโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้เป็นเหตุให้เกิดตาบอด ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศ low and middle income
- ถึงแม้ WHO จะมี global action plan on universal eye health 2014–2019 แต่จนถึงปัจจุบันยังพบว่าในกลุ่มประเทศ low and middle income ส่วนใหญ่ยังไม่ได้นำเรื่องการดูแลภาวะความผิดปกติทางตาเข้าไปรวมอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศเหล่านั้น
- ในการขับเคลื่อนเรื่อง Integrated people-centred eye care ใน proposal นี้ จึงได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกนำยุทธศาสตร์ 4 ด้านดังต่อไปนี้ไปใช้คือ
 - ส่งเสริมความร่วมมือของประชาชนและชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของความผิดปกติทางตา และ ค้นหาความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก (empowering and engaging people and communities)

- พัฒนารูปแบบและสร้างความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิในการดูแลความผิดปกติด้านตา โดยเฉพาะให้กับกลุ่มที่อยู่ในชนบทห่างไกล (reorienting the model of care towards strengthening eye care in primary health care)
- ประสานความร่วมมือด้านบริการกับทั้งในและนอกระบบสุขภาพ (coordinating services within and across sectors)
- สร้างสภาพแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนการทำงาน creating an enabling environment นอกจากนี้ยังเสนอให้ประเทศสมาชิกผลักดันเรื่องนี้เข้าสู่ระบบ universal health coverage ของประเทศ ร่วมกับการทำวิจัยด้านการ implement และ ด้านการจัดระบบ และการจัดทำระบบ ติดตามประเมินผลรวมถึงการจัดทำ global indicator

ในส่วนของ resolution (เสนอโดยออสเตรเลีย และ อินโดนีเซีย)

เรียกร้องให้สมาชิก EB-WHO พิจารณา

1. ขอให้ประเทศสมาชิก WHO ให้ความสำคัญและนำข้อเสนอแนะของ the World report on vision 2019 ไปปฏิบัติในระดับชาติ ได้แก่การนำบริการด้านตาเข้าไปบรรจุใน universal health coverage และ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ สนับสนุนการพัฒนาาระบบบริการด้านตาให้มีคุณภาพ สนับสนุนงานวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลตาที่มีประสิทธิภาพ การติดตามประเมินผล สร้างความตระหนัก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และ ชุมชน
2. เรียกร้องให้องค์การต่างๆทั้งที่เป็นภาครัฐ และ ไม่ใช่ภาครัฐ มาร่วมสนับสนุนประเทศสมาชิก WHO ต่างๆ ในการนำข้อเสนอแนะของ the World report on vision 2019 ไปปฏิบัติในระดับชาติ
3. เรียกร้องให้ผู้ชำนาญ WHO
 - 3.1. ให้การสนับสนุนทางด้านเทคนิคกับประเทศสมาชิกในการ นำข้อเสนอแนะของ the World report on vision 2019 ไปปฏิบัติ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนเรื่อง universal health coverage ให้บรรลุเป้าหมาย
 - 3.2. พัฒนาแนวทางในการดูแลด้านสายตา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่า และความเหมาะสมตามบริบท งบประมาณ และ รูปแบบระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ และ ผลักดันให้แนวทางดังกล่าวบรรจุเข้าไปใน universal health coverage
 - 3.3. สนับสนุนการทำวิจัยระดับโลกเกี่ยวกับสุขภาพตาทั้งในเรื่อง ระบบสาธารณสุข นโยบาย นวัตกรรม เทคโนโลยี เพื่อให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการสำรวจข้อมูลเพื่อส่งเสริมการติดตามความก้าวหน้า และเปรียบเทียบผลการดำเนินการระหว่างประเทศ
 - 3.4. เตรียมการหารือระหว่างประเทศสมาชิกในการกำหนดเป้าหมายเรื่อง integrated people-centered eye care ร่วมกันสำหรับปี ค.ศ.2030 (พ.ศ.2573) โดยเน้นเรื่องความครอบคลุมการให้บริการรักษาสายตา และ การผ่าตัดต้อกระจก เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณา ในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 74 ในปี 2021 โดยการเสนอผ่าน EB-WHO
 - 3.5. เสนอรายงานความก้าวหน้าการ implement resolution ฉบับนี้ในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 77 ในปี 2025 โดยการเสนอผ่าน EB-WHO

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ทุกประเทศสนับสนุน และให้ความสำคัญเนื่องจากปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากขึ้น และมี NCD มากขึ้น และส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิและบูรณาการเข้าไปใน universal health coverage และให้คำนึงถึงประชากรด้อยโอกาสในพื้นที่ห่างไกล
- อิสราเอล และ อินเดีย เน้นการนำเทคโนโลยีเช่น fundus camera, telemedicine และ AI เข้ามาช่วยในการวินิจฉัย และ รักษา

บทบาทและทำที่ของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องโรคตา โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านตาของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน องค์กร ทั้งจากในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ และ แผนงานระดับชาติในการจัดระบบบริการด้านโรคตา
- มาตรการสำคัญที่ implement อยู่ในระดับประเทศได้แก่ การคัดกรองความสามารถในการมองเห็นในผู้สูงอายุทุกราย และ การจัดบริการให้ผู้ที่มีความ near blindness ที่เกิดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดแก้ไขภายใน 30 วัน การคัดกรองโรคจอประสาทตาที่เกิดจากเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายโดยใช้ fundus camera การคัดกรองสายตาสั้นผิดปกติในเด็กนักเรียนทั่วประเทศ เป็นต้น
- การให้บริการดูแลรักษาโรคสำคัญที่เกิดกับดวงตา ได้แก่การเปลี่ยนเลนส์ตาสำหรับต้อกระจก การรักษาต้อหิน การรักษาโรคจอประสาทตาที่เกิดจากเบาหวาน การรักษาโรคต้อกระจก ยา Bevacizumab ในการรักษา macula degeneration รวมทั้งการผ่าตัดปลูกถ่ายกระจกตา ทั้งหมดปัจจุบันบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพแล้ว
- ประเทศไทยให้การสนับสนุนและร่วมเป็น Co-sponsor ใน resolution นี้

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับทราบรายงาน และ มีมติเห็นชอบร่าง resolution

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

สนับสนุนการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านตาของกระทรวงสาธารณสุข

การทำงานในระดับนานาชาติ

Intervention Agenda 13 Integrated, people-centred eye care, including preventable blindness and impaired vision

Thank you Chair

Thailand strongly support the inclusion of comprehensive eyes care into the UHC, which we have done so for more than 10 years. The biggest challenge to achieve effective coverage is ignorance and inadequate awareness.

Chair, with active primary health care, school based screening, and involvement of private sector mobile services under UHC, our cataract patients can now get surgery done in 30

days. Eyeglasses for refractive errors and Bevacizumab for macula degeneration are also available free under UHC.

We expect that application of new technology such as fundus camera in conjunction with an AI and the use of easy community screening tools like WHO-ICOPE program would further increase effective coverage to essential eye care.

Thank you

Agenda 13: Neglected tropical diseases

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ในการประชุมของคณะกรรมการบริหารเห็นด้วยที่จะแนะนำให้เพิ่มวาระการประชุมชั่วคราวของรายการเกี่ยวกับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย รายงานนี้ถูกส่งขอการตัดสินใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทสถานการณ์ปัจจุบันความคืบหน้าของการดำเนินการตั้งแต่แผนทางเดินเริ่มใช้ในปี 2555 เพื่อเร่งการทำงานเพื่อต่อสู้กับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย และความท้าทายและโอกาสในทศวรรษหน้า
- ในปี 2556 มติของ WHA66.12 สมัชชาสุขภาพกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกขยายและดำเนินการตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตกลงไว้ในแผนระดับโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยในปี 2551-2558 ตามที่กำหนดไว้ในแผนทางเดินขององค์การอนามัยโลก
- ในปี 2558 สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 68 บันทึกรายงานเกี่ยวกับความคืบหน้าในการกำจัดโรคเป้าหมาย ในขณะที่รายงานระบุความคืบหน้าแสดงให้เห็นว่ามีการลดลงของโรคเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทำให้เป็นไปได้ที่จะบรรลุเป้าหมายในปี 2563 ในปีเดียวกันประชุมแห่งรัฐและรัฐบาลรับรองการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี 2573 รวมถึงเป้าหมาย 3.3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ 3 ชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน: “ภายในปี 2573 ยุติโรคระบาดของ โรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย” ตัวชี้วัดที่ 3.3.5 (จำนวนคนที่ต้องการการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย) ความคืบหน้าสู่การบรรลุเป้าหมายที่ 3.3 ในปี 2560 องค์การอนามัยโลกจัดประชุมพันธมิตรทั่วโลกครั้งที่ 2 เกี่ยวกับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย 10 ปีหลังจากการพบกันครั้งแรกที่พันธมิตรทำพันธสัญญาและให้การสนับสนุนเพิ่มเติม
- ในปี 2562 ที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้มีมติในการประชุมระดับสูงด้านการคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อ “เสริมสร้างความพยายามในการแก้ไข ... โรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ได้รับการระบุว่าเป็นส่วนสำคัญในการบรรลุความคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับสามมิติของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ประชากร (ผู้ได้รับความคุ้มครอง); บริการ (บริการใดครอบคลุม); และต้นทุนโดยตรง (สัดส่วนของต้นทุนครอบคลุมอะไร)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในสามยุทธศาสตร์สำคัญของโครงการทั่วไปขององค์การอนามัยโลกที่ 13 ปี 2562-2566 (อีกหนึ่งพันล้านคนได้รับประโยชน์จากการประกันสุขภาพถ้วนหน้า) โครงการระดับชาติด้านโรคเขตร้อนที่ถูกกลະเลยได้ช่วยให้บรรลุเป้าหมายนี้แล้ว

- โรคพยาธิกิเนีย (Dracunculiasis) กำลังจะถูกกำจัด โรคเท้าช้างต่อมน้ำเหลืองและริดสีดวงตาถูกกำจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขใน 16 และ 9 ประเทศตามลำดับ โรคพยาธิตาบอด (Onchocerciasis) ถูกกำจัดในสี่ประเทศในภูมิภาคอเมริกา จำนวนผู้ป่วยในปีที่รายงานของโรคทริพาโนโซม (Trypanosomiasis) สายพันธุ์แอฟริกันของมนุษย์ลดลงจากกว่า 7,000 ราย ในปี 2555 เหลือน้อยกว่า 1,000 คนในปี 2562 โรคลิชมาเนีย (Leishmaniasis) ชนิดอวัยวะภายในได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในบังคลาเทศอินเดียและเนปาลซึ่งเป็นโรคที่มีเป้าหมายเพื่อการกำจัดเป็นปัญหาสาธารณสุข การกำจัดโรคเรื้อรังในฐานะปัญหาสาธารณสุขนั้นประสบความสำเร็จและยั่งยืนในทุกประเทศ ยกเว้นประเทศบราซิล
- การพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ ยาเครื่องมือและการวินิจฉัย แนวทางใหม่ในการรักษาได้รับการพัฒนาขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางเลือกในการใช้ยาสามชนิด (ivermectin, diethylcarbamazine citrate และ albendazole) สำหรับการรักษานานมากของโรคเท้าช้างต่อมน้ำเหลือง ยา fexinidazole สำหรับการรักษา โรคทริพาโนโซม (Trypanosomiasis) สายพันธุ์แอฟริกันในระยะแรกและระยะที่สองที่ไม่รุนแรง และมีการพัฒนาสูตรสำหรับเด็กของ mebendazole และพร้อมสำหรับการบริจาคไปยังประเทศต่างๆผ่าน องค์การอนามัยโลก สำหรับการรักษาโรคพยาธิจากดิน - นอกจากนี้ยังมีสูตรตำรับเด็กของ praziquantel สำหรับการรักษาโรคพยาธิใบไม้ในเลือด (schistosomiasis) มีการพัฒนาสูตรใหม่สำหรับเด็กจาก benznidazole และ nifurtimox สำหรับโรคชากาส (Chagas) ยา Moxidectin การรักษาใหม่สำหรับโรคเนื้องอกในสมองครั้งแรกในรอบ 20 ปีได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในปี 2561 การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะสามารถใช้ทดแทนการผ่าตัดเพื่อรักษาแผลในกระเพาะอาหารจากโรคแผลบรูลิ อัลเซอร์ (Buruli ulcer) ในบางกรณี และ ยา azithromycin สามารถใช้แทน benzylpenicillin แบบฉีดได้ในสถานการณ์ส่วนใหญ่สำหรับการรักษาโรคคุดทะราด การทดลองทางคลินิกของยา fosravuconazole สำหรับการรักษา mycetoma ได้เริ่มขึ้น เครื่องมือวินิจฉัยใหม่รวมถึงการทดสอบการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการทดสอบปฏิกิริยา ลูกโซ่โพลีเมอเรสมัลติเพล็กซ์สำหรับตรวจจับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสาเหตุของ trypanosomiasis แอฟริกัน ในมนุษย์ โรคเท้าช้างเหลืองและ onchocerciasis การทดสอบอย่างรวดเร็วเพื่อตรวจหา mycolactone สำหรับการวินิจฉัยโรคแผลในกระเพาะอาหารโรคแผลบรูลิ อัลเซอร์ (Buruli ulcer) อยู่ในช่วงการพัฒนา เครื่องมือควบคุมแมลง โดย *Wolbachia spp.* รวมถึงกับดักเวกเตอร์และสารไล่ยุงใหม่ซึ่งอยู่ระหว่างการทดลองกับยุงลาย
- ในช่วงสามปีที่ผ่านมา มีโรคในกลุ่มโรคเขตร้อนที่ถูกกลະเลยที่พบการระบาด ได้แก่ โรคโรคฝีร้าว (mycetoma) โรคเชื้อราที่หนัง (chromoblastomycosis) และ โรคเชื้อรา (mycoses) หิดและปรสิตภายนอก และงูกัด ซึ่งมีโรคที่ได้รับการรับรองโดยมติสมัชชาสุขภาพคือ โรคโรคฝีร้าว (mycetoma) (2556) และงูกัด (2562) สมัชชาสุขภาพมีมติเพิ่มเติม WHA70.16 ในปี 2560 เกี่ยวกับการควบคุมแมลงทั่วโลก: แนวทางแบบบูรณาการสำหรับการควบคุมโรคที่เกิดจากพาหะนำโรค กลยุทธ์ระดับโลกได้รับการจัดทำขึ้นสำหรับ 15 โรค ขณะนี้มีวิธีการแบบบูรณาการสำหรับโรคเขตร้อนที่ถูกกลະเลยที่เกิดที่ผิวหนังและการควบคุมแมลง ในปี 2556 คณะกรรมการส่วนภูมิภาคแห่งแอฟริกาได้ใช้ยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาคและแผนยุทธศาสตร์สำหรับโรคเขตร้อนที่ถูกกลະเลย ในปี 2561

คณะกรรมการระดับภูมิภาคสำหรับแปซิฟิกตะวันตกรับรองกรอบการดำเนินการระดับภูมิภาคเพื่อควบคุมและกำจัดโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยในแปซิฟิกตะวันตก ในปี 2562 สมัชชาสุขภาพได้ตัดสินใจจัดตั้งวันโรคชากาส (Chagas) โลก (14 เมษายน) . ปัจจุบันวันโรคเรื้อนของโลกและวันโรคพิษสุนัขบ้าโลกมีการเฉลิมฉลองในวันอาทิตย์สุดท้ายของเดือนมกราคมและวันที่ 28 กันยายนตามลำดับ

- องค์การอนามัยโลกยังคงเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและหลายภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การสุขภาพบาลน้ำและสุขอนามัยสำหรับการเร่งและรักษาความก้าวหน้าของโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย: ยุทธศาสตร์ระดับโลกปี 2558-2563 การตอบสนองการควบคุมแมลงทั่วโลก 2560-2573 และ “ Zero by 2030 ”: แผนยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อยุติการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2573

ความท้าทาย

- กลุ่มที่ปรึกษาเชิงกลยุทธ์และด้านเทคนิคสำหรับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยจะเกิดขึ้นจากผลกระทบของการตั้งถิ่นฐานของผู้ลี้ภัยและผู้พลัดถิ่น รวมถึงในเขตความขัดแย้ง การลดประสิทธิภาพของยาและยาฆ่าแมลงเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาคือความท้าทาย ความเสมอภาคเพศและสิทธิมนุษยชนรวมอยู่ในกิจกรรมทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้หญิง และบทบาทของสตรีและกลุ่มสตรีในมาตรการทางสาธารณสุขได้สะท้อนให้เห็นในกลยุทธ์ในการป้องกันกำจัดและกำจัดโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย
- การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมีแนวโน้มที่จะยืดเยื้อฤดูกาลส่งของโรคที่มีเย็บเป็นพาหะเช่นไข้เลือดออกและเชื้อที่เกิดจากเชื้อ arboviruses ชนิดอื่น สภาพภูมิอากาศที่ร้อนขึ้นช่วยขยายขอบเขตทางภูมิศาสตร์ของยุงพาหะ (ตัวอย่างเช่นการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเนปาล) และแนะนำโรคใหม่ ๆ สูดินแดนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันของประชากรหรือโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่แข็งแกร่ง (ตัวอย่างเช่นโรคไข้เลือดออกในอัฟกานิสถาน)

โอกาส

- ในการตอบสนองต่อความท้าทาย จุดสนใจจากโรคนำไปสู่การบูรณาการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีการเหล่านี้รวมถึง:
 - การดำเนินการร่วมกันของมาตรการเพื่อป้องกันควบคุมกำจัดและกำจัดโรคต่าง ๆ พร้อมกัน
 - การบูรณาการแพลตฟอร์มภายในโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพที่มีอยู่
 - เสริมความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและภาคส่วนอื่น ๆ สำหรับการดำเนินการหลายภาคส่วนที่ประสานงานกับที่อยู่ปัจจัยเสี่ยงข้ามตัดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
- การดำเนินการด้านวิทยาศาสตร์สำหรับการพัฒนาเครื่องมือใหม่ ๆ ปรับปรุงกลยุทธ์และเสริมสร้างการวิจัยอย่างต่อเนื่องและนวัตกรรมเพื่อผลักดันความก้าวหน้าและดำเนินการบรรเทาความเสี่ยงเช่นการต่อต้านยาต้านจุลชีพการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อนและความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง
- ในแง่ของความท้าทายและความต้องการในปัจจุบันกลุ่มที่ปรึกษายุทธศาสตร์และเทคนิคขององค์การอนามัยโลกสำหรับโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลยซึ่งแนะนำในปี 2561 ในการประชุมครั้งที่ 11 ที่เลขาธิการพิจารณาการพัฒนาแผนทางเดิน ในปี 2564-2573 กลุ่มที่ปรึกษายังให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการ

ประชุมที่สิบสองในปี 2562เกี่ยวกับทิศทางเชิงกลยุทธ์ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ในวาระการพัฒนายั่งยืนปี 2573 และแผนงานทั่วไปขององค์การอนามัยโลกที่สิบสาม ปี 2562-2566

บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยสนับสนุน และรับรองร่างกลยุทธ์ระดับโลกด้านการวิจัยและนวัตกรรมวัคซีนโรค

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

Intervention on provisional agenda 13

Delivered by Dr Teerasak Chuxnum

Thank you Chair,

The WHO Roadmap ends in 2020 and urgent work is needed to align it with the Sustainable Development Goals 2030 target.

Chair, the road map largely focuses on the diseases for which medicines and large-scale prevention and treatment options exist, such as for Onchocerciasis, Lymphatic filariasis, Schistosomiasis, and soil-transmitted helminths. We should focus on other social technologies like Vector control activities for vectorborne diseases, such as Dengue and Leishmaniasis, while veterinary public health as part of the One Health approach is needed for zoonotic diseases, such as Taeniasis, Trypanosomiasis and rabies. The provision of safe water, sanitation and hygiene (WASH) is another key component of the WHO strategy to overcome Neglected Tropical Diseases.

These additional issues should be considered included in the road map.

Thank you very much.

Agenda 14 Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property

ผู้รับผิดชอบวาระ

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ๑. เกสัชกรหญิงสตีฟานันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๒. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร | กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

ความเป็นมาของวาระ

- Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property (GSPOA) เป็นยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์นวัตกรรมด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยดำเนินการตามข้อมติของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 62 ของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกที่ WHA62.16 ในเดือนมีนาคมปี 2008 และข้อมติที่ WHA62.16 เรื่อง Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property
- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 68 ประเทศสมาชิกฯ มีข้อมติที่ WHA68.18 ขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อทบทวนภาพรวมของ Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property (GSPOA) และหลังจากนั้นที่ประชุมคณะกรรมการบริหารครั้งที่ 140 มีข้อตัดสินใจที่ EB140(8) โดยในประเด็นสำคัญประกอบด้วย

- การพิจารณาขอบเขตงานของคณะผู้เชี่ยวชาญที่จัดตั้งขึ้นโดยมีข้อเสนอให้เพิ่มเติมขอบเขตของงานในการทบทวนนโยบาย และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไป โดยคณะผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้มีการทำงานและในช่วงเดือนมีนาคม – กันยายน ปี 2017 และเสนอผลการทบทวนในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 142
- การขอให้ฝ่ายเลขาคัดเตรียมงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะข้อดำเนินการที่สำคัญ (Priority action) จำนวน 33 ข้อ โดยคิดเป็นงบประมาณทั้งหมด 31.5 เหรียญซึ่งงบประมาณที่มียังไม่เพียงพอ
- ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 142 มีข้อตัดสินใจเพื่อการดำเนินงานสำหรับประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย
 - การให้ประเทศสมาชิกพิจารณาดำเนินการตาม GSPOA ตามความเหมาะสมของประเทศ
 - การให้ประเทศสมาชิกหารือถึงข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญร่วมกัน
 นอกจากนี้ ข้อตัดสินใจดังกล่าวยังร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยจัดลำดับการดำเนินงานตามความสำคัญ และให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 73 ในปี 2020 โดยผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริการองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้ดำเนินการตามข้อมติที่ WHA71(9) ที่ร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และรายงานความก้าวหน้าในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 73 ในปี 2020 โดยผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริการองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146 โดยประเทศสมาชิกจะพิจารณาและให้ความเห็นต่อผลการดำเนินงานดังกล่าว โดยรายงานฉบับนี้เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเท่านั้น สำหรับแผนในปี 2020 – 2022 อยู่ในระหว่างการพัฒนา

ผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อภาพรวมของแผน

▪ ด้านการจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยและการพัฒนาที่เป็นที่ต้องการ (Prioritizing research and development needs)

- Element ที่ 1 (Prioritizing research and development needs) และ 2 (Promoting research and development) ถูกประสานเข้ากับแผนการดำเนินการ WHO Strategy on research for health โดยเฉพาะการจัดทำ Global observatory on health research and development ข้อมูลในวันที่ 9 ตุลาคม 2019 พบว่ากิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปในปี 2020 ยังไม่มีงบประมาณรองรับ (2020 = 330 818 USD, 2021 = 781 094 USD, 2022 = 781 094 USD)
- Global observatory on health research and development ดำเนินการร่วมกับ WHO Global Malaria programme พัฒนาแนวทางในการจัดลำดับเพื่อการวิจัยและพัฒนาสำหรับมาลาเรีย (Type 3) โดยอยู่ในระหว่างการจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์นำร่องเพื่อการรักษามาลาเรีย
- การจัดตั้ง Expert committee on Health research and development ถูกระงับ เพื่อขยายขอบเขตเดิมเพื่อให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญและเป้าหมายกำหนดไว้ใน Thirteenth General Programme of work 2019 - 2023 วิธีการทำงานจะถูกนำมาพิจารณาเพื่อให้เหมาะสมกับขอบเขต

งานที่ขยาย ในระหว่างนี้ Global observatory on health research and development และหน่วยงานด้านเทคนิคขององค์การอนามัยโลกจะทำงานร่วมกันเพื่อระบุทิศทางกลยุทธ์ระดับโลกและการวิจัยลำดับความสำคัญของแต่ละโรคหรือสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

- **ด้านการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา (Promoting research and development)**
 - Global observatory on health research and development ขยายอำนาจและขอบเขตเพื่อทำหน้าที่เป็นแหล่งที่เชื่อถือได้ในด้านทิศทางกลยุทธ์ในการวิจัยเพื่อสุขภาพ โดยทำหน้าที่
 1. เป็นกลไกการวิเคราะห์และการแบ่งปันข้อมูลเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 2. วิเคราะห์การวิจัยด้านสุขภาพและการลงทุนการพัฒนากิจกรรรมและความสามารถเพื่อช่วยประสานงานลำดับความสำคัญที่มีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกันสำหรับการลงทุนใหม่ในการวิจัยด้านสุขภาพ
 - WHO ได้แนะนำนโยบายการเข้าถึงข้อมูลใน Global observatory on health research and development แบบเปิดในปี 2014 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล นโยบายถูกขยายไปในปี 2016 และปี 2019 WHO เข้าร่วม cOAlition S เพื่อการเข้าถึงการวิจัยที่เปิดกว้างและทันที ดังนั้นภายในปี 2021 ทั้งหมดการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนหรือเผยแพร่โดย WHO จะสามารถเข้าถึงได้ทันที
- **ด้านการเสริมสร้างศักยภาพในการวิจัย (Building and improving research capacity)**
 - WHO research and development blueprint อำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันระหว่างการวิจัยและเครือข่ายระดับภูมิภาคเพื่อให้สามารถเตรียมความพร้อมให้รวดเร็วยิ่งขึ้นตอบสนองต่อการระบาดที่รุนแรงของเชื้อโรคที่มีความเสี่ยงสูง WHO ได้พัฒนาเครื่องมือสร้างภาพแผนที่เพื่อส่งเสริมเพิ่มเติมการสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อจัดการกับลำดับความสำคัญของเชื้อโรค เครื่องมือนี้นำเสนอเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและการพัฒนาสำหรับเชื้อโรคที่มีลำดับความสำคัญหรือสำหรับผลิตภัณฑ์เฉพาะรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือ
 - โครงการพิเศษของ UNICEF / UNDP / World Bank / WHO สำหรับการวิจัยและฝึกอบรมในโรคเขตร้อนได้สนับสนุนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการวิจัยมากกว่า 40 ปีผ่านความหลากหลายของ โครงการฝึกอบรมทุนและศูนย์ฝึกอบรมระดับภูมิภาคหกแห่ง
 - ในประเด็นด้าน Traditional and Complementary Medicine ประเทศสมาชิกต้องการการสนับสนุนในเรื่องแนวทางการวิจัยและพัฒนา การกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้สามารถนำมาใช้ในระบบสุขภาพได้ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้จัดทำเอกสารแนวทางสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ Traditional and Complementary Medicine และบรรจุเป็นการออบ่งประเภทใน ICD 11 เพื่อให้สามารถนำมาใช้ในระบบสุขภาพได้จริง
- **ด้านการสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยี (Promoting transfer technology)**
 - WHO ได้เข้าร่วม Technology Transfer project และใช้นวัตกรรมด้านกระบวนการเพื่อช่วยสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังช่วยหาแนวทางและพัฒนากระบวนการเพื่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยี รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของประเทศเพื่อให้สามารถดำเนินการรับขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์นวัตกรรมได้

- ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72 WHO, UNCTAD, UNIDO, UNICEF, UNAIDS และ Global fund ได้เผยแพร่ ถ้อยแถลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อการสนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการผลิตในประเทศ
- **ด้านการบริหารทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อให้เกิดนวัตกรรมด้านสาธารณสุข (Managing intellectual property to contribute to innovation and public health)**
 - WHO ให้การสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการจัดทำนโยบายของประเทศผ่านสำนักงานทั้ง 6 ภูมิภาค ทั้งในเรื่องของการปกป้องสิทธิในด้านสุขภาพของประชาชน ภายใต้ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ และการดำเนินการเพื่อพิจารณาผลกระทบที่เกิดจากข้อตกลง TRIPS
 - WHO ทำงานร่วมกับ WIPO และ WTO เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเชื่อมโยงสาธารณสุขและทรัพย์สินทางปัญญา โดยในแต่ละปี WTO TRIPs Council จะขอให้ WHO รายงานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ TRIPs Agreement ภายใต้ขอบเขตด้านสาธารณสุข
 - ในปี 2017 WHO ได้รับการร้องขอให้พัฒนาฐานข้อมูลสถานะของสิทธิบัตรยา และการให้อนุญาต เพื่อให้ผู้ทำงานด้านสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ง่าย เช่น MedPAL ขยายฐานข้อมูลให้ครอบคลุมยาใน 21st WHO Model list of Essential Medicine
- **ด้านการเพิ่มการขนส่งและการเข้าถึง (Improving delivery and access)**
 - ฝ่ายเลขาธิการอนามัยโลกให้การสนับสนุน 3 ประเทศใน African Region, 3 ประเทศใน Europe Region และ 1 ประเทศใน South East Asia Region เพื่อพัฒนา National List of Essential Medicine เพื่อเป็นฐานในการดำเนินการ Pooled Procurement การพัฒนาแนวทางสำหรับเรื่องกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ซึ่งมีแผนจะตีพิมพ์ในปี 2020 และพัฒนาแนวทางในการกำกับติดตาม out-of-pocket expenditure
- **ด้านการสนับสนุนระบบเงินทุนที่ยั่งยืน (Promoting sustainable financing mechanism)**
 - G-Finder ติดตามเงินทุนภาครัฐภาคเอกชนและการกุศลเพื่อการวิจัยและผลิตภัณฑ์ขั้นพื้นฐานเพื่อการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพระดับโลก เป้าหมายหลักของโครงการคือการระดมทุนสำหรับโรคที่ถูกทอดทิ้ง สำหรับปีงบประมาณ 2561 G-Finder รายงานว่ามีประเทศสมาชิก 11 ประเทศ จัดหาเงินทุนให้กับพันธมิตร การพัฒนาผลิตภัณฑ์คิดเป็น 56% ของเงินทุนทั้งหมดสำหรับพันธมิตร (308 ล้านดอลลาร์สหรัฐจาก 553 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) เพิ่มขึ้นทั้งประเทศสมาชิกและเงินทุนทั้งหมดสำหรับพัฒนาผลิตภัณฑ์เทียบกับปีงบประมาณ 2017 (ประเทศสมาชิกบริจาค 293 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากทั้งหมด 526 ล้านดอลลาร์สหรัฐ)
- **ด้านการสร้างระบบติดตามและการรับผิดชอบดำเนินงาน (Establishing a monitoring and accountability mechanism)**

- ในเดือนกันยายน 2019 ฝ่ายเลขาธิการอนามัยโลกเปิดตัวแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากประเทศสมาชิกเพื่อติดตามความคืบหน้าการดำเนินการตาม WHA71 (9) ผลการวิเคราะห์จะถูกนำเสนอต่อสมัชชาสุขภาพโลกที่สมัยที่ 73
- ประเทศสมาชิก 30 ประเทศรายงานข้อมูลปีงบประมาณ 2018 ไปยัง G-Finder สมาชิกอีก 7 ประเทศไม่ได้เข้าร่วม แต่ถูกระบุว่าเป็นผู้ให้ทุน ข้อมูลดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 28 ประเทศสมาชิกที่รายงานข้อมูลปีงบประมาณ 2017 ไปยัง G-Finder และเพิ่มเติม 4 ประเทศ
- คณะกรรมการบริหารรับทราบข้อมูลผลการดำเนินการและพิจารณาให้ความเห็นต่อผลการดำเนินการ นอกจากนี้จะต้องมีการพิจารณาถึงแนวทางดำเนินการต่อกิจกรรมที่ยังไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแผน (GSPA-PHI) ซึ่งจะเป็กรากฐานสำคัญของการเข้าถึงยา และการสนับสนุนร่างข้อมติ และติดตามการปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการในประเด็นข้อแนะนำ the review panel referred to in paragraph 2 of decision WHA71(9) และการสนับสนุนและติดตามเรื่องความโปร่งใสของราคายา
- Portugal เน้นประเด็นเรื่องของราคาความโปร่งใสของยา R&D cost ตลอดทั้ง supply chain Russia เน้นความสำคัญเรื่องการทำ TRIPs flexibility voluntary licensing ภายใต้ patent pool มาปรับใช้
- ประเทศบางส่วนร้องขอให้องค์การอนามัยโลกจัดหาทรัพยากรให้เพียงพอต่อการดำเนินการตาม implementation plan และ เน้นความร่วมมือการทำงานกับ WIPO and WTO
- อินเดียเน้นเรื่องการจัดการความสำคัญของการวิจัยและพัฒนา เรียกร้องให้ฝ่ายเลขาธิการติดตามการดำเนินงาน และรายงานเป็นระยะ และขอให้รายงานเรื่องของการถ่ายทอดเทคโนโลยีภายใต้ความตกลง TRIPS รายงานความคืบหน้าเรื่องการเจรจา R&D Treaty
- IFPMA เรียกร้องให้คำแนะนำที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของ GSPA เช่นเรื่องความโปร่งใสในเรื่องของราคายาและ R&D cost ไม่ควรอยู่ใน implementation plan
- KEI ขอให้จัดทำ observatory ของค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนา ยา วัคซีน และ other health technologies, เน้นย้ำความสำคัญเรื่อง delink R&D cost กับ ราคายา

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เน้นย้ำความสำคัญของแผน (GSPA-PHI) และการผลักดันให้กิจกรรมภายใต้แผนการดำเนินการดังกล่าวเพื่อให้เกิดการเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสุขภาพสำหรับประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามความคืบหน้าการดำเนินการภายใต้ 8 elements เป็นไปอย่างเชื่องช้าและไม่เท่าเทียมเนื่องจากการขาดเงินทุนสนับสนุนและความสามารถในด้านวิจัยและพัฒนาของประเทศกำลังพัฒนา
- ขอให้องค์การอนามัยโลกจัดหาทรัพยากรเพื่อการดำเนินการตามแผน implementation plan
- สนับสนุนและ co-sponsor ร่าง Decision on Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property (GSPA-PHI)

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมสนับสนุนร่าง Decision on Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property (GSPA-PHI)

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ติดตาม การปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการของ DG ในปี 2020 ในประเด็นข้อแนะนำ the review panel referred to in paragraph 2 of decision WHA71(9) และการสนับสนุนและติดตามเรื่องความโปร่งใสของ ราคายาและ การดำเนินการเพื่อป้องกัน shortages และเร่งรัดการดำเนินการตาม priority actions และ ติดตาม DRAFT IMPLEMENTATION PLAN 2020 -2022 ซึ่งจะนำเสนอในการประชุมสมัชชานามียโลกสมัยที่ 73

Intervention on Agenda 14 Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property
Delivered by: Sitanun Poonpolsub

Thank you, Chair

Thailand welcomes the report and we emphasize the importance of effective implementation of the GSPOA which fosters innovations and improves access to medical products in developing countries. Implementation progress has been slow and uneven across 8 elements, challenges remain on lack of funding support for implementation and lack of R&D capacities in developing countries.

Improved access to health products is one of the fundamental element in achieving UHC. Thailand urges WHO to put more effort in mobilizing adequate resource for the implementation plan. Thailand supports the draft decision in conference paper XX.

Thank you

Agenda 15.1: Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายธีรศักดิ์ ชักนำ นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- โปรแกรม WHO Health Emergencies (WHE) จัดตั้งขึ้นเมื่อ กรกฎาคม 2559 ตามมติ WHA69 (9) (2559): เพื่อปรับปรุงงานขององค์การอนามัยโลกในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และได้จัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาอิสระ (IOAC) ซึ่งมีหน้าที่กำกับดูแลและติดตามการพัฒนาและการปฏิบัติงานของโครงการ WHE และรายงานผลการวิจัย สมาชิกคณะกรรมการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาอิสระจะสิ้นสุด ในเดือนพฤษภาคม 2563
- รายงานฉบับที่ 7 ของ IOAC ประกอบด้วยข้อค้นพบและข้อสังเกตจากพฤษภาคมถึงพฤศจิกายน 2562 นำเสนอต่อสมัชชาอนามัยโลกในเดือนพฤษภาคม 2562 และได้ดำเนินการสำรวจภาคสนามที่ตุรกี และมีเฉพาะกิจเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านมนุษยธรรมในเยเมนและเหตุการณ์ฉุกเฉินอื่น ๆ
- รายงานยังรวมถึงการสังเกตจากการติดตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงวาระการประชุม WHO ของ IOAC รวมถึงขั้นตอนการนำส่งและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม WHE และการติดตามรายงานพิเศษเกี่ยวกับความหลากหลายที่เสนอต่อผู้อำนวยการ ทั่วไปในเดือน เมษายน 2562
- IOAC ระบุว่าองค์การอนามัย มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในความต้องการด้านสุขภาพในสถานการณ์ ความขัดแย้ง และสนับสนุนด้านปฏิบัติการและด้านเทคนิคเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ และความเสี่ยงในประชากรที่ได้รับผลกระทบ กระบวนการตัดสินใจดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การเปิดระบบการจัดการเหตุการณ์ (IMS) ตามขั้นตอนการตอบสนองฉุกเฉิน (ERF) ซึ่ง ERF มี ประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับการจัดการการระบาดของโรคอุบัติการณ์ที่ยืดเยื้อ

โปรแกรม WHE ในบริบทของวาระการเปลี่ยนแปลงขององค์การอนามัยโลก

- วาระการเปลี่ยนแปลงได้เปิดโอกาสให้ทบทวนโครงการ WHE เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ และเพื่อกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน IOAC เน้นความสำคัญของการทำงานร่วมกันอย่าง ใกล้ชิดและการประสานงานระหว่างผู้อำนวยการโครงการ WHE และผู้อำนวยการภูมิภาคสำหรับการ จัดการเหตุฉุกเฉินที่สำคัญและการรับสมัครพนักงานอาวุโสที่สำคัญเช่นผู้อำนวยการเหตุฉุกเฉินใน ภูมิภาคในการทำงานแบบ “One Programme”

Human resource management

- ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของวาระการเปลี่ยนแปลงองค์การอนามัยโลกจึงวางแผนที่จะเปลี่ยนไปใช้แผน ทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาวและยุทธศาสตร์ ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงการเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผล ต่อตอบโต้ฉุกเฉินเนื่องจากไม่มีพนักงานอยู่ปฏิบัติงาน IOAC แนะนำให้องค์การอนามัยโลกระบุ ช่องว่างในการจัดบุคลากร และให้ความยืดหยุ่นในระหว่างช่วงการเปลี่ยนผ่าน
- IOAC มีความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ตอบโต้โอบลาในสาธารณสุข ประชาธิปไตยคองโกและเรียกร้องให้ทุกฝ่ายเพิ่มความพยายามในการรับประกันความปลอดภัยของ พนักงาน
- IOAC สรุปว่าขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานสำหรับการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ทั่วไป (MEDEVAC) ได้มีการเผยแพร่แล้วแล้ว โดยเฉพาะสำหรับโรคติดต่ออันตรายเช่น Marburg และ Ebola มีการจัดทำข้อตกลงสำหรับการขนส่งและการดูแล IOAC ตระหนักถึงการสนับสนุนบริการทาง

การแพทย์ และทางจิตวิทยาให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยคองโกในวิกฤตอีโบล่าและแนะนำว่าการปฏิบัติสมควรเป็นแบบอย่างในการบำบัดสำหรับกรณีฉุกเฉินอื่น ๆ

- ความคืบหน้าในความร่วมมือระดับโลกรวมถึง Global Health Cluster, Global Alert และเครือข่ายตอบโต้ (Global Outbreak Alert and Response Network GOARN) ทีมแพทย์ฉุกเฉิน (EMT) IOAC สนับสนุนวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของทีมตอบสนองที่รวดเร็วของประเทศ และมุ่งไปสู่การสร้างบุคลากรด้านสุขภาพระดับโลก
- บทบาทความเป็นผู้นำขององค์การอนามัยโลกในการส่งเสริมและประสานงานการตอบโต้ทั่วโลกต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเฉียบพลันและต่อเนื่อง IOAC ตระหนักดีว่าองค์การอนามัยโลกได้ประสบความสำเร็จในการสนับสนุนทางการเมืองสำหรับภาระของโรคไวรัสอีโบล่าในสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยคองโก ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งของบทบาทการประสานงานที่ประสบความสำเร็จขององค์การอนามัยโลก
- IOAC ให้การยอมรับระบบการเตือนล่วงหน้าการแจ้งเตือนและการตอบสนอง (Early Warning, Alert and Response System; EWARS) ระบบตรวจสอบความพร้อมใช้งานทรัพยากรสุขภาพ (Health Resources Availability Monitoring System; HeRAMS) และระบบเฝ้าระวังการทันทีในการดูแลสุขภาพ (Surveillance System of Attacks on Healthcare; SSA)
- องค์การอนามัยโลกควรการลงทุนในนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและการจัดการข้อมูลทางระบาดวิทยา เช่น Go.Data เป็นซอฟต์แวร์สำหรับการจัดการข้อมูลการระบาดเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภาคสนามซึ่งได้รับการพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ GOARN ในช่วงปี 2560-2561 โดยใช้ในการตอบโต้สถานการณ์อีโบล่าในการสืบสวนการระบาดโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลภาคสนามการติดตามสัญญาณและการส่งข้อมูล

ความพร้อมของประเทศและกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005)

- ในวันที่ 6 ธันวาคม 2562 มี 111 ประเทศที่เข้าร่วมการประเมินการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกประเทศร่วมกัน (JEE) การซ่อมแผนจำลองสถานการณ์ได้ดำเนินการในระดับประเทศและระดับภูมิภาคและมีการ หลังการทบทวนหลังการทำงาน 9 เมื่อมีการนำเสนอแผนปฏิบัติการเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (NAPHS) เพื่อดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ IOAC เตือนว่าผลกระทบของ JEE และ NAPHS ในการเสริมสร้างขีดความสามารถหลักของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) ยังไม่ชัดเจน องค์การอนามัยโลกควรใช้ความพยายามเพิ่มเติมในการปรับปรุงกระบวนการและประเทศที่สนับสนุนในการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติที่ง่ายและเน้นผลที่ได้รับ
- การเตรียมพร้อมภายในและนอกสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยคองโกยังคงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการตอบสนองของอีโบล่าเพื่อให้แน่ใจว่าพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมีความสามารถในการตรวจจับผู้ป่วยยืนยันและแยกกักผู้ป่วยที่เป็นโรคไวรัสอีโบล่าได้อย่างรวดเร็ว IOAC ยอมรับว่าองค์การอนามัยโลกได้ยกระดับการเตรียมความพร้อม แต่ต้องการผลักดันในการปรับเปลี่ยนภาระผูกพันทางการเมืองในการจัดสรรเงินทุน หากไม่มีการเตรียมความพร้อมของประเทศและกฎอนามัยระหว่างประเทศระหว่างประเทศ (2005) จะทำให้เกิดภาวะอันตรายและใช้งบประมาณในการควบคุมโรคที่มากขึ้นในอนาคต

- IOAC สนับสนุนการสนับสนุนและวิสัยทัศน์ขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับความพยายามในการฟื้นฟูหลังอีโบล่าในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ผู้จัดการเหตุการณ์ควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการทบทวนหลังการทำงาน (AAR) ประเด็นที่ได้จากการทบทวนหลังการทำงาน จะสร้างขีดความสามารถของชาติและเสริมสร้างขีดความสามารถหลักของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) ในอนาคต
- IOAC ต้อนรับขอบเขตการทำงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในให้บริการด้านสุขภาพในสภาพแวดล้อมที่เปราะบาง ในอิรักองค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำในการวางแผนองค์ประกอบด้านสุขภาพและระบบสุขภาพที่เสริมสร้างความเข้มแข็งในแผนฟื้นฟูและความยืดหยุ่น บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นการส่งต่อการสนับสนุนการดูแลและการจัดการการระบาดของโรคในผู้พลัดถิ่นในค่าย

Intervention Agenda 15.1: Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

Read by Suwit Wibulpolprasert, Thailand

Chair,

WHO's advice against travel restriction on nCoV has been violated. This is in contrast to the H1N1 2009 pandemic, emerged from other part of the world and spread out much faster and killed more. We are definitely 'double or even triple standard'

Chair,

If we implement travel restriction, we have to quarantine the DG who just came back from China and cancel this EB. Many people here, including those from countries that implement travel restriction, checked hand and even hug Dr. Tedros. They are all vulnerable, except me. Particularly you, chair, who sits next to the DG all the time, would be most vulnerable.

Chair, we need to bring back global confidence, solidarity and stop the panic. To achieve that, I would like to propose to the DG, through you chair, to immediately convene a global meeting of WHO staff and experts in China, especially in Wuhan. We can all appreciate the most charming 'yellow crane tower', with few tourists. If convening in Beijing, it would be the best time to visit the Great Wall and the Forbidden City without too many tourists, and at low cost.

With my wife's permission, chair, I am happy to pledge half of my annual pension to support this meeting and join in with my own expense.

Thank you so much, Chair.

Agenda 15.2: Public health preparedness and response, WHO's work in health emergencies

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค กรมการแพทย์

๒. นายแพทย์ธีระศักดิ์ ชักนำ กรมควบคุมโรค

๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

รายงานฉบับนี้จัดขึ้นตามคำร้องขอตามเอกสาร EBSS3.R1 (2015) และ decision WHA68 เพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานด้าน health emergency ของ WHO โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆดังนี้

- การตอบสนองและติดต่อประสานงานในสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพที่มีความรุนแรง ในวงกว้าง
 - ในช่วงระยะเวลาที่อยู่ระหว่างการจัดทำรายงานฉบับนี้ WHO ตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน 51 ครั้งในกว่า 40 ประเทศและดินแดน และมีการเกิดเหตุฉุกเฉินใหม่ ๆ 14 ครั้งในช่วงเดือนมกราคมถึงตุลาคม 2562 โดยมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน 6 เหตุการณ์ที่จัดเป็นระดับ 3 ซึ่งเป็นระดับสูงสุด โดยเหตุฉุกเฉินระดับสูงส่วนใหญ่เกิดในในภูมิภาคแอฟริกา ในปี 2562 ภูมิภาคดังกล่าวยังคงมีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของวิกฤตการณ์ด้านมนุษยธรรม นอกจากนี้ประเทศในแอฟริกาตอนใต้ยังได้รับผลกระทบอย่างมากจากพายุไซโคลนเขตร้อนที่รุนแรง
 - มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกว่า 5.7 ล้านคนในศูนย์ 250 แห่งในปี 2561 และประมาณ 2.6 ล้านในปี 2562 ได้จัดตั้งระบบการเตือนภัยล่วงหน้าซึ่งครอบคลุม 95% ของประชากรที่ได้รับผลกระทบ ได้ดำเนินการรณรงค์การสร้างภูมิคุ้มกันโรคจำนวน 5 ครั้งต่อผู้ป่วยโรคคอติบเพื่อป้องกันการระบาดที่อาจเกิดขึ้น ในปี 2561 องค์การอนามัยโลกได้จัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นกว่า 220 เมตริกตัน ตั้งห้องปฏิบัติการภาคสนามใน Cox's Bazar และห้องปฏิบัติการทดสอบน้ำเพื่อให้แน่ใจว่ามีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำอย่างต่อเนื่อง
 - ภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นจะได้รับการจัดการผ่านระบบ WHO Incident Management System โดยมีหลักสำคัญ 6 ประการ 1) การทำหน้าที่ที่มึมน้ำ 2) การประสานผู้เกี่ยวข้อง 3) การจัดการข้อมูลและการวางแผน 4) การสนับสนุนความเชี่ยวชาญด้านเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขภาพ 5) การสนับสนุนการดำเนินงานและการขนส่ง 6) การเงินและการบริหารจัดการ สิ่งเหล่านี้ทำให้การจัดการเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และสำนักงานใหญ่ โครงสร้างเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนที่สามารถอนุมัติเงินสนับสนุนภายใน 24 ชั่วโมงจากกองทุน WHO Contingency Fund for Emergencies
 - WHO สนับสนุนรัฐบาลของประเทศสมาชิกในการพัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมของบริการสุขภาพทั้ง primary care, secondary care และการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยการจัดตั้ง mobile team พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยล่วงหน้า การรณรงค์เรื่องวัคซีน การกระจายยาเวชภัณฑ์ และมีกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ
- การเตรียมความพร้อมด้านหลักประกันความปลอดภัยด้านสุขภาพ

- ในปี พ.ศ. 2562 WHO ได้ขยายการติดตามและประเมินความสามารถตามเกณฑ์ International Health Regulations (2005) ในทั้ง 6 ภูมิภาค โดยได้รับความร่วมมือสูงสุด (191 จาก 196 ประเทศ) ในการรายงานการประเมินตนเองผ่านระบบ e-SPAR ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มใหม่บนเว็บซึ่งช่วยให้การรายงานการประเมินตนเองง่ายขึ้น
- มีการประเมินร่วมกับหน่วยงานภายนอกมากกว่า 100 ครั้ง มีทำ after action review 15 ครั้ง และแบบฝึกหัดจำลอง 25 ครั้ง ซึ่งเป็นการฝึกจำลองภาคสนามข้ามพรมแดนที่ใหญ่ที่สุดในภูมิภาคแอฟริกา
- **การป้องกันการเกิด epidemics และ pandemics**
 - ภายใต้ WHO Global Strategy on Digital Health 2020-2024 มีการพัฒนาระบบ EpiBrain เป็นเครื่องมือการพยากรณ์การระบาดของโรคโดยใช้เทคโนโลยี AI
 - WHO's Global Influenza Strategy 2019-2030 ที่เปิดตัวไปเมื่อ 11 มีนาคม 2562 ซึ่งเป็นกรอบสำหรับองค์กรภาครัฐและภาคีเครือข่ายในการจัดการไข้หวัดใหญ่แบบองค์รวมผ่านโครงการระดับชาติที่ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรค และการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ และ WHO ได้ให้การรับรอง ศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติใหม่อีก 8 แห่ง ทำให้รวมมีศูนย์ไข้หวัดใหญ่แห่งชาติรวมถึง 147 แห่งใน 124 ประเทศ
- **การตรวจจัดการประเมินและการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น**
 - WHO Health Emergency Program เป็นระบบเฝ้าระวังซึ่งสามารถตรวจจับเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นทั่วโลกตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน เจ็ดวันต่อสัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์ WHO จะประเมินและสื่อสารระดับความเสี่ยงและเตือนภัยเพื่อช่วยปกป้องประชากรจากผลของการระบาด ภัยพิบัติ และอันตรายอื่น ๆ
 - ในปี 2562 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 440 เหตุการณ์ใน 138 ประเทศและดินแดนได้รับการตรวจสอบความเสี่ยงได้รับการประเมินและติดตาม ในจำนวนนี้ 73% เป็นเหตุการณ์ติดเชื้อ 14% เป็นภัยธรรมชาติ 10% เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีรังสีหรือผลิตภัณฑ์นิวเคลียร์หรือเหตุการณ์ด้านความปลอดภัยของอาหารและ 3% ที่เหลือเป็นเหตุการณ์อื่น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- รับทราบและยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของ WHO

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินภายในประเทศตามแนวทางของ WHO มาโดยตลอด โดยได้จัดให้เป็นหนึ่งใน service plan ของกระทรวงสาธารณสุข
- ประเทศไทยได้รับการจัดลำดับประเทศที่มีความมั่นคงด้านสุขภาพตามเกณฑ์ Global Health Security Index เป็นอันดับที่ 6 โลก และเป็นประเทศแรกในภูมิภาค South East Asia ของ WHO ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน Emergency Medical Team (EMT) ในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562

- ประเทศไทยยินดีให้ความร่วมมือกับ WHO และยินดีส่งทีมไปร่วมสนับสนุนด้านวิชาการ เทคนิค และให้ความช่วยเหลือประเทศอื่นๆ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมมีมติรับทราบการปฏิบัติงานของ WHO

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

- รักษามาตรฐานเดิม และ พัฒนาต่อยอด

การทำงานในระดับนานาชาติ

- ประสานความร่วมมือกับ WHO และประเทศต่างๆ

Intervention on Agenda 15.2: Public health preparedness and response, WHO's work in health emergencies

Chair,

WHO's advice against travel restriction on nCoV has been violated. This is in contrast to the H1N1 2009 pandemic, emerged from other part of the world and spread out much faster and killed more. We are definitely 'double or even triple standard'

Chair, If we implement travel restriction, we have to quarantine the DG who just came back from China and cancel this EB. Many people here, including those from countries that implement travel restriction, checked hand and even hug Dr. Tedros. They are all vulnerable, except me. Particularly you, chair, who sits next to the DG all the time, would be most vulnerable.

Chair, we need to bring back global confidence, solidarity and stop the panic.

To achieve that, I would like to propose to the DG, thru you chair, to immediately convene a global meeting of WHO staff and experts in China, especially in Wuhan. We can all appreciate the most charming 'yellow crane tower', with few tourists. If convene in Beijing, it would be the best time to visit the great wall and the forbidden city without too many tourists, and at low cost.

With my wife's permission, chair, I am happy to pledge half of my annual pension to support this meeting and join in with my own expense.

Thank u so much, chair.

Agenda 15.3: Influenza preparedness

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ กรมควบคุมโรค

สาระสำคัญของวาระ

- ในเดือนมีนาคม 2562 องค์การอนามัยโลกเปิดตัวยุทธศาสตร์ไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก 2562-2573 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวครอบคลุมกรอบดำเนินการสำหรับเลขาธิการ ประเทศสมาชิก และพันธมิตรเพื่อเตรียมความพร้อมต่อโรคไข้หวัดใหญ่แบบองค์รวม และเสริมสร้างขีดความสามารถในการป้องกันควบคุมโรคในระดับภูมิภาคและระดับชาติ
- ในเดือนพฤษภาคม 2562 สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 72 ได้รับรอง WHA72 (12) ในกรอบการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สำหรับการแบ่งปันเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ การเข้าถึงวัคซีน และสิทธิประโยชน์อื่น ๆ รวมถึงการร้องขอต่อผู้อำนวยการเพื่อรายงานการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 73 ในปี 2563 ผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารครั้งที่ 146
- รายงานนี้จะรายงานถึงความคืบหน้าในการเสริมสร้างความพร้อมต่อโรคไข้หวัดใหญ่ตามยุทธศาสตร์ไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกและตามที่ร้องขอใน WHA72 (12)
- ยุทธศาสตร์ไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกมีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 4 ประการ และมีผลลัพธ์ 2 ประการ ได้แก่:
(1) เพื่อเป็นเครื่องมือระดับโลกในการป้องกันการตรวจจับ การควบคุม และการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่
(2) เพื่อพัฒนาความสามารถของประเทศให้มีโครงการไข้หวัดใหญ่เชิงประจักษ์ที่ตรงกับความต้องการของประเทศ และมีการบูรณาการภายในความมั่นคงด้านสุขภาพและความพยายามด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ยุทธศาสตร์สร้างความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกเนื่องจากการบูรณาการเป้าหมายที่กว้างขึ้นสำหรับการป้องกันควบคุม และเตรียมความพร้อมสำหรับทุกประเทศ หลักการสำคัญของยุทธศาสตร์คือการสร้างขีดความสามารถของโรคไข้หวัดใหญ่สำหรับการเสริมสร้างระบบสุขภาพในวงกว้างและการเตรียมพร้อมสำหรับการคุกคามของโรคติดต่ออื่น ๆ ผ่านกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005)
- ในเดือนมิถุนายน 2562 เป็นจุดเริ่มต้นการดำเนินการสู่ผลลัพธ์ระดับสูงของเครื่องมือระดับโลกที่เลขาธิการได้จัดให้คำปรึกษาด้านเทคนิคเกี่ยวกับการวิจัยและนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ไข้หวัดใหญ่ ผ่านการปรึกษาจากประเทศสมาชิกภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคม เพื่อ:
(1) ทบทวนภูมิทัศน์ และแนวโน้มปัจจุบันของการผลิตและการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ยาด้านไวรัส และการรักษา
(2) ระบุถึงการปฏิบัติ และโอกาสที่เป็นรูปธรรมสำหรับองค์การอนามัยโลก และพันธมิตรเพื่อเร่งการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อเครื่องมือระดับโลกที่ดีกว่า

- ในปี 2563 เลขานุการจะเป็นเจ้าภาพการให้คำปรึกษาเพื่อผลลัพธ์ระดับสูงครั้งที่สอง การให้คำปรึกษาจะระบุโอกาสและความท้าทายสำหรับการเพิ่มความสามารถในการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่ การติดตามและการใช้ข้อมูล การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และการเตรียมพร้อมและการตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่
- สมัชชาอนามัยโลกขอให้ผู้อำนวยการทำงานร่วมกับระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกและพันธมิตรอื่น ๆ เช่น ห้องปฏิบัติการที่ได้รับอนุญาต และสถาบันที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อรวบรวมวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ ความท้าทาย โอกาส และผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันไวรัส
- สมัชชาอนามัยโลกขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสที่ได้รับจากเทคโนโลยีใหม่ในบริบทของกรอบการเตรียมความพร้อมต่อระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (PIP) สำหรับการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ การเข้าถึงวัคซีนและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ
- เลขานุการได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการตัดสินใจนี้
 - (1) ในปี 2554 หลังจากการยอมรับ กรอบการเตรียมความพร้อมต่อระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ (PIP) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเรื่องการจัดส่งวัสดุชีวภาพ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินในการแบ่งปันผลประโยชน์ภายใต้กรอบ PIP
 - (2) ข้อตกลงการโอนวัสดุมาตรฐานได้มีการปรับปรุง และมีการติดต่อผู้ลงนามในข้อตกลง เพื่อแจ้งให้ทราบถึงข้อบังคับใช้กับข้อตกลง
 - (3) เลขานุการเผยแพร่กรอบการเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ฉบับปรับปรุงสำหรับการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่และการเข้าถึงวัคซีนและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ
- คณะกรรมการบริหารขอให้คณะกรรมการอภิปรายโดยมุ่งเน้นไปที่:
 - คำแนะนำสำหรับการทำให้ประเทศสมาชิกต่อความสำคัญของการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ในเวลาที่เหมาะสม
 - วิธีการส่งเสริมกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมไข้หวัดใหญ่รวมถึงการใช้การฉีดวัคซีนตามฤดูกาล

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยให้ความสำคัญของการแบ่งปันไวรัสไข้หวัดใหญ่ (pandemic influenza) อย่างทันท่วงที
- ประเทศไทยต้องการความมั่นใจว่ากฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ ไม่มีผลกระทบต่อ การแบ่งปันไวรัส pandemic influenza ภายใต้ระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อไข้หวัดใหญ่ทั่วโลก
- ประเทศไทยส่งเสริมการใช้วัคซีนตามฤดูกาลเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และสร้างศักยภาพการผลิตภายในเพื่อสามารถตอบสนองในการผลิตวัคซีน pandemic influenza ได้อย่างทันท่วงที

Intervention on provisional agenda 15.3

Delivered by Dr Teerasak Chuxnum

Thank you Chair,

In line with PIP, Thailand underscores the importance of timely sharing of pandemic influenza virus. National legislation or regulations should not create barriers on sharing of pandemic influenza virus under the Global Influenza Surveillance and Response System.

Promoting the use of seasonal vaccination to prevent and control influenza is important. The secure domestic demand will sustain national seasonal influenza vaccine production capacities which can be switched to and scaled up for massive production of pandemic vaccines in time of crisis.. The inclusion of seasonal flu virus into the PIP framework contribute to improved global health security.

Thank you very much.

Agenda 15.4 The public health implications of implementation of the Nagoya Protocol

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ชะเอม พัทธี กองการต่างประเทศ
๒. ภญ. สิตานันต์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Mentor: นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สาระสำคัญของวาระ

ระเบียบวาระนี้นำเสนอความคืบหน้าการดำเนินการตามข้อตัดสินใจ (Decision) WHA72 (13) ซึ่งขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก

1. นำเสนอข้อมูลการแลกเปลี่ยนและระบบการจัดการ pathogens ในปัจจุบัน และวิธีการต่างๆ ที่ใช้สำหรับการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์จาก pathogens รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ

2. นำเสนอรายงานดังกล่าวในที่ประชุมที่เกี่ยวข้องในอนาคต ได้แก่ EB146, EB148 และ WHA74 โดยมีความคืบหน้าการดำเนินการตามข้อตัดสินใจ (Decision) จาก WHA72(13) ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ดังนี้

1. การประสานงานภายใน (Internal coordination)

WHO ได้ประสานกับทุกกลุ่มงานภายใต้ WHO ที่เกี่ยวข้องกับ pathogen-sharing รวมทั้งฝ่ายเลขานุการของ PIP Framework, ผู้ประสานงานของ IHR (2005) และทีมงาน food safety และโรคติดต่อ

2. การร่วมมือและสร้างเครือข่าย (Collaborating and networking with partners)

WHO ร่วมกับฝ่ายเลขานุการของ CBD จัดทำการสำรวจ เพื่อเก็บข้อมูล Current pathogen practice and arrangement และการดำเนินการมาตรการ access and benefit-sharing ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2562 – 31 มกราคม 2563 และมีการขยายระยะเวลาออกไปถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 ตามรายละเอียดใน [https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/12/20/default-calendar/survey-on-wha72\(13\)-public-health-implications-of-the-nagoya-protocol](https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/12/20/default-calendar/survey-on-wha72(13)-public-health-implications-of-the-nagoya-protocol)

โดยเชิญชวนให้ประเทศสมาชิก องค์กรต่างๆ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตอบแบบสำรวจ

ทั้งนี้ WHO จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมหากข้อมูลจากการสำรวจยังมีช่องว่างอยู่ รวมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่โดยใช้ข้อมูลจาก Access and Benefit-Sharing Clearing-house (ABSCH)

3. การดำเนินการขั้นต่อไปตาม Decision WHA72(13) (Next steps in implementing decision WHA72(13))

[Para 20] WHO/DG จะรายงานต่อที่ประชุมสมัชชานานาชาติโลก ครั้งที่ 74 ในปี 2564 ผ่าน EB 148 ถึงการดำเนินงานด้าน Pathogen-sharing ในปัจจุบัน การดำเนินงานเพื่อการเข้าถึงและมาตรการด้าน pathogen-sharing ผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขและอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ WHO ได้กำหนด timeline การทำงานระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 - มีนาคม 2564 ดังนี้

[Para 21] การดำเนินงานต่อหลังจากที่ได้รับผลจากการ survey ครั้งที่ 1 และการวิเคราะห์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดย WHO และฝ่ายเลขานุการของ CBD อาจทำการ survey ครั้งที่ 2 กับ stakeholders เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น

[Para 22] ช่วงปี 2563 WHO จะจัด briefing ให้กับประเทศสมาชิก และ stakeholders เพื่อให้ทราบความคืบหน้าในการดำเนินการตาม Decision WHA72(13)

[Para 23] WHO จะทำงานและร่วมมือกับ partner ที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลให้ประเทศสมาชิกทราบในระหว่างการ briefing

[Para 24] WHO จะจัด briefing ให้กับ Conference of Parties ของ Nagoya Protocol ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปี 2563

[Para 25] WHO จะจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ ที่มีข้อมูล practice and arrangement ของ pathogen-sharing, access and benefit sharing measures, และผลด้านสุขภาพ เพื่อเสนอต่อที่ประชุม EB118 ทั้งนี้จะจัดทำรายงานสรุปส่งให้ประเทศสมาชิกในกลางปี 2563

โดยในการประชุม EB146 นี้ ฝ่ายเลขานุการขอให้คณะกรรมการบริหารฯ รับทราบรายงาน และให้ความเห็นชอบต่อขั้นตอนการดำเนินงาน (Paragraph 20-25) ข้างต้น

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น ๆ

ประเทศต่างๆ รวมทั้งสหรัฐ จีน และออสเตรเลีย ต่างสนับสนุนการดำเนินงานของ Nagoya Protocol และสนับสนุนการแบ่งปันเชื้อไวรัสสายได้ Nagoya Protocol รวมทั้งเรียกร้องให้มีการแบ่งปันไวรัสอย่างรวดเร็วกรณีที่มีการระบาด เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจรายละเอียดของเชื้อ เพื่อพัฒนาวัคซีนที่ทันเวลาที่

นอกจากนี้ประเทศสมาชิกเรียกร้องให้ปรับปรุงการสำรวจเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลกระบวนการแบ่งปันไวรัสด้วย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

ในการประชุมสมัชชานานาชาติโลกครั้งที่ผ่านมา (2562) ประเทศไทยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับ Nagoya Protocol อยู่ 3 ประเด็น ดังนี้

1. PIP Framework สามารถเป็น specialized instrument ภายใต้มาตราที่ 4.4 ของ Nagoya Protocol และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ pathogens อื่นๆ ได้เพื่อความมั่นคงต่อระบบสุขภาพโลก โดยเฉพาะเชื้อที่มีโอกาสก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับนานาชาติ (PHEIC: Public Health Emergencies of International Concerns)

2. สำหรับระบบการแลกเปลี่ยนเชื้ออื่นๆ และการแบ่งปันผลประโยชน์นอกเหนือจากกรณีของภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข ควรพัฒนาออกแบบระบบที่เหมาะสมให้อัตโนมัติการแลกเปลี่ยนเชื้อที่ทันสมัย โดยพิจารณาจาก คุณลักษณะของเชื้อและสถานการณ์การระบาดของโรค
3. องค์การอนามัยโลกต้องมีการจัดทำแนวทางที่ชัดเจนโดยเฉพาะประเด็นด้านกฎหมาย ขอบเขตการดำเนินงาน และการนำพิธีสารนาโงยาไปปฏิบัติ ทั้งนี้ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกัน กับกระทรวงที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับ Nagoya Protocol อย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ประเทศไทยสนับสนุนร่างการตัดสินใจ (Decision) แต่ให้ข้อเสนอแนะว่ายังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับกิจกรรม และกรอบเวลา ก่อนจะนำวาระดังกล่าวมาพิจารณาใหม่ใน WHA74

ข้อเสนอท่าทีของประเทศไทยในการประชุม EB146 นี้

ประเทศไทยสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้ PIP Framework เป็นส่วน specialized instrument ของ Nagoya Protocol และสนับสนุนให้มีการแบ่งปันไวรัสอย่างทันที่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ nCoV ในขณะนี้ เพื่อให้สามารถผลิตวัคซีน และอุปกรณ์ตรวจวัด หรือ test kit ได้อย่างรวดเร็ว และควรใช้ประสบการณ์การระบาดของ nCoV เพื่อพัฒนากลไกการแบ่งปันไวรัสให้เร็วที่สุด

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานความคืบหน้า

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

กองการต่างประเทศประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดทำแบบสำรวจ ภายในกรอบเวลาที่กำหนด

Intervention

Read by Cha-aim Pachanee (8/02/2020)

Chair,

Thailand supports the steps towards making the PIP Framework a specialised instrument under the Nagoya Protocol.

We support the proposed next steps in implementation of the Decision WHA72(13), however, we feel that it is too slow.

Chair,

The situation of the novel Corona Virus opens a good opportunity to develop an efficient pathogen sharing systems under the Nagoya Protocol.

We need rapid virus sharing to develop test kits, antivirals and vaccines. Non existence of such efficient pathogen sharing systems had deterred the virus sharing and development of essential technologies.

We request the secretariat to speed up all the steps by taking the experiences from the nCoV, so that we can agree on an efficient pathogen sharing mechanism and process as soon as possible.

Thank you, Chair.

Annex 1 ความเป็นมาของระเบียบวาระ (จากรายงานการประชุม WHA 72)

- จากความตระหนักและยอมรับว่าความหลากหลายทางชีวภาพเป็นสินทรัพย์ระดับโลกที่มีคุณค่าต่อคนรุ่นหลัง รวมถึงภัยคุกคามต่อสิ่งมีชีวิตและระบบนิเวศที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น the United Nations Environment Programme (UNEP) ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงริเริ่มกระบวนการร่างอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity: CBD) ขึ้นในปี ค.ศ. 1998
- CBD มีผลบังคับใช้เมื่อ 29 ธันวาคม ค.ศ. 1993 โดยประเทศไทยเข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญาลำดับที่ 188 เมื่อวันที่ 29 มกราคม ค.ศ. 2004
- CBD เป็นความตกลงระหว่างประเทศด้านสิ่งแวดล้อมที่ต้องการให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศ ระหว่างหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน ในการรักษาความหลากหลายทางชีวภาพและการใช้ประโยชน์ระบบนิเวศ ชนิดพันธุ์ และพันธุกรรมอย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1) เพื่ออนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ 2) เพื่อใช้ประโยชน์องค์ประกอบของความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน 3) เพื่อแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม
- "พิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม" (Nagoya Protocol) เป็นพิธีสารภายใต้ CBD ซึ่งได้รับการรับรองจากภาคีอนุสัญญา ในการประชุมสมัชชาภาคีอนุสัญญา สมัยที่ 10 เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 และมีผลบังคับใช้ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเตรียมการเพื่อลงสัตยาบันเข้าเป็นภาคีพิธีสาร
- พิธีสารฉบับนี้ เป็นความตกลงระหว่างประเทศตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ของ CBD ครอบคลุมการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมหรือทรัพยากรชีวภาพไม่ว่าจะเป็นพืช สัตว์ จุลินทรีย์ และส่วนประกอบของสิ่งมีชีวิต (ไม่รวมพันธุกรรมของมนุษย์) ที่โดยทั่วไปจะมีการเข้าถึงเพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ หรือใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร การเกษตร ยา หรือเครื่องสำอาง อีกทั้งยังครอบคลุมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือองค์ความรู้ในการนำทรัพยากรชีวภาพนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์
- ในระดับโลก ภาคสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ รวมถึงผลกระทบของ CBD และ Nagoya protocol ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการแลกเปลี่ยน pathogen เพื่อการพัฒนาเวชภัณฑ์และเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ภายใต้ PIP framework ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนในรูปแบบพหุภาคีและการแลกเปลี่ยนเชื้อก่อโรคอื่นๆ ในภาคสุขภาพทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้

จำเป็นต้องศึกษาระบบการแลกเปลี่ยนเชื้อในภาพรวมและวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จากการทำ
ดำเนินงานตาม Nagoya Protocol

- ภาคสุขภาพจึงมีความเคลื่อนไหวสำคัญภายใต้กลไก WHO governing bodies ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
กับ PIP Framework และ Nagoya protocol ดังนี้

WHA 70	WH 71	EB 144 / WHA 72
ผลลัพธ์ของวาระ		
<ul style="list-style-type: none"> ● รับรองข้อตัดสินใจ WHA70(10) 	<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตาม WHA70(10) ● รับรองข้อตัดสินใจ WHA71(11) (เน้นส่วนที่ WHO ไปดำเนินการ คือข้อ 8 a-f ทุกข้อ ใน WHA70(10)) 	<ul style="list-style-type: none"> ● EB144 o ไม่รับรองร่างการตัดสินใจตามเอกสาร ขอให้ไปหารือในช่วง intersessional และใน WHA72 ● ให้บรรจุวาระ Nagoya Protocol เพิ่ม เพื่อจะได้หารือผลกระทบของพิธีสารนี้อย่างรอบด้าน เนื่องจากมีผลกระทบกว้างกว่า PIP framework WHA72 ● รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามขอมติ WHA71(11) ● รับรองข้อตัดสินใจภายใต้วาระ Nagoya Protocol
ประเด็นสำคัญในข้อตัดสินใจ	ความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตาม WHA70(10)	ความก้าวหน้าการดำเนินงาน ตาม WHA 71(11)
1. นำ recommendations ของ PIP review group ไป ดำเนินการ	2. พัฒนา specific actions ต่อ แต่ละ recommendation รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้า (Tacking tools)	3. ได้ดำเนินการในส่วนที่ WHO รับผิดชอบแล้ว รวมทั้งมีเครื่องมือติดตามความก้าวหน้าเรียบร้อยแล้ว
4. ศึกษาเพื่อพิจารณาการขยาย PIP framework สู่ seasonal influenza virus	5. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกับ GISRS and PIP Advisory Group และจัดทำ annotated outline/ scoping paper 6. รวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอย่างรอบด้าน	7. เผยแพร่ draft analysis ซึ่ง พัฒนาจากข้อเสนอแนะของ PIP Review Group, PIP Advisory และ genetic sequence data 8. High level outcome มีความเห็นว่า ณ ช่วงเวลานี้ ยังไม่ ขยาย PIP framework ไปครอบคลุมใช้ทั่วโลกตามฤดูกาล และ GSD (รอความชัดเจนเรื่อง การให้ PIP framework เป็น specialized instrument ภายใต้ Nagoya Protocol)
9. ให้มีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องระหว่าง PIP secretariat และ CBD secretariat	10. จัดทำ Q&A ร่วมกับ FAO, CBD secretariat เพื่อสร้างความ เข้าใจในการนำ Nagoya Protocol สู่การ	12. จัดทำรายงานเบื้องต้นซึ่ง รวบรวมระบบการแลกเปลี่ยน pathogen ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน โอกาส ความท้าทาย และ

	ปฏิบัติ 11. วางแผนจัด workshop เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยน Pathogen รวมถึงการแบ่งปันผลประโยชน์ในภาวะฉุกเฉิน	ผลกระทบในการดำเนินงาน ตาม Nagoya Protocol รายงานใน EB146
13. พัฒนาระบบการจัดการ Partnership Contribution (PC) อย่างมีประสิทธิภาพ	14. มีกระบวนการ Audit PC fund, high level PC implementation plan 2018-2023	15. ดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของ External auditor
	ประเด็นสำคัญในข้อตัดสินใจ WHA71(11)	ประเด็นสำคัญในข้อตัดสินใจ WHA72(...) Nagoya protocol, WHA72(...) PIP framework
	16. รับรอง Further actions ที่ จะให้ WHO ไปดำเนินการต่อตาม WHA70(10) (เป็นข้อ 8 ของ WHA70(10) ทั้งหมด) 17. ส่งผลการวิเคราะห์ในส่วน GSD, seasonal influenza viruses ให้แก่ WHA 72 ผ่าน EB144	18. จัดทำรายงานเบื้องต้นซึ่ง รวบรวมระบบการแลกเปลี่ยน pathogen ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน โอกาส ความท้าทาย และผลกระทบในการดำเนินงานตาม Nagoya protocol ทั้งด้าน สาธารณสุขและด้านอื่นๆ เสนอใน 144, EB146 และรายงานที่ครบถ้วน เสนอต่อ EB148, WHA74 (ในวาระ 12.10 Nagoya Protocol) 19. แก้ไขข้อความใน footnote1 of annex 2, SMTA2 เพื่อครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับ pandemic preparedness and response (ในวาระ 12.1 PIP framework)

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 72 รับรองร่างข้อตัดสินใจ WHA72 (...) ในระเบียบวาระ Public Health Implications of the implementation of Nagoya Protocol ซึ่งมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลการแลกเปลี่ยนและระบบการจัดการ pathogens ในปัจจุบัน และวิธีการต่างๆ ที่ใช้สำหรับการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์จาก pathogens รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพและผลกระทบด้านอื่นๆ
2. นำเสนอรายงานดังกล่าวในที่ประชุมที่เกี่ยวข้องในอนาคต ได้แก่ EB146, EB148 และ WHA74

Agenda 15.5 Cholera prevention and control

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

สาระสำคัญของวาระ

- แผนทางเดินเพื่อยกระดับและเสริมสร้างการดำเนินการสู่วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในปี 2573 มีเป้าหมายเพื่อลดความชุกและการแพร่กระจายของอหิวาตกโรค การติดเชื้อในลำไส้อื่น ๆ ได้ถูกนำเสนอในเดือนตุลาคม 2060 และได้รับการยอมรับจากสมัชชาสุขภาพแห่งโลกครั้งที่ 71 ในปี 2562 คณะกรรมการระดับภูมิภาคสำหรับแอฟริกาได้นำการกระทำที่เสนอในกรอบระดับภูมิภาคสำหรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระดับโลก 2562-2573 ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกในภูมิภาคในการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการระดับโลก
- แผนทางเดินดังกล่าวมีหลักเกณฑ์ 3 ประการในการป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรค ได้แก่ (1) การตรวจจับและการตอบโต้การระบาดในระยะแรกอย่างรวดเร็ว (2) ความร่วมมือหลายภาคส่วนเพื่อป้องกันอหิวาตกโรคในพื้นที่เสี่ยง (เสริมสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังระบบการดูแลสุขภาพ น้ำ การสุขาภิบาลและสุขอนามัยและการระดมชุมชน เช่น การรณรงค์ฉีดวัคซีนอหิวาตกโรคในชุมชนที่มีความเสี่ยง) และ (3) กลไกที่มีประสิทธิภาพของการประสานงานสำหรับการสนับสนุนด้านเทคนิคการระดมทรัพยากรและการเป็นหุ้นส่วนในระดับท้องถิ่นและระดับนานาชาติ
- การตรวจจับและตอบโต้การระบาดของอหิวาตกโรคอย่างรวดเร็วมีความสำคัญต่อการลดอัตราการตาย ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จของกลยุทธ์นี้มีให้เห็นใน 2 ปีที่ผ่านมา ในประเทศต่าง ๆ ที่เกิดภัยพิบัติ เช่นในประเทศโมซัมบิกประสบกับพายุไซโคลนสอง กระทบวงสาธารณสุขพัฒนาแผนการตอบสนองแบบหลายภาคส่วนอย่างรวดเร็วและได้รับการส่งวัคซีนอหิวาตกโรคในช่องปากทันทีทำให้การฉีดวัคซีนเริ่มต้น 10 วันหลังจากมีรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรคครั้งแรก ประเทศซิมบับเวพบอหิวาตกโรคในเขตเมืองมีการระบาดครั้งใหญ่ในปี 2551-2552 การตัดสินใจที่รวดเร็วในการใช้วัคซีนป้องกันโรคอหิวาตกโรคทางปากในชุมชนที่ได้รับผลกระทบทำให้จำกัดการระบาดได้
- สภากาชาดและสภาเสี้ยววงเดือน ได้ร่วมมือกับธนาคารเพื่อการพัฒนาอิสลามในการหาเงินบริจาคสูงถึง 150 ล้านดอลลาร์สหรัฐทั่วโลกเพื่อสนับสนุนโครงการน้ำสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ยั่งยืนในประเทศสมาชิกที่ได้รับผลกระทบในการดำเนินโปรแกรม “One WASH” มีส่วนช่วยในการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ 3 และ 6 และสอดคล้องกับแผนงานระดับโลก
- ความท้าทายในควบคุมอหิวาตกโรคและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของแผนงานระดับโลกจำเป็นต้องมีข้อมูลทางระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังในห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อระบุจุดสเปดของอหิวาตกโรค การตรวจสอบการยืนยัน และการรายงานการระบาดเพื่อการควบคุมอย่างทันที่ทั่วทั้งที่ประกอบกับการดำเนินงานทางด้านสุขาภิบาล และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
- คณะกรรมการขอให้มีการอภิปรายเพื่อให้แน่ใจว่าการเฝ้าระวังและการรายงานอหิวาตกโรคควรมีการกระตุ้นให้มีความเข้มแข็งสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (2005) และมาตรการป้องกันและควบคุมอหิวาตกโรคได้รับการพัฒนาในประเทศที่ได้รับผลกระทบตาม WHA71.4

Intervention on provisional agenda 15_3

Delivered by Dr Teerasak Chuxnum

Thank you Chair,

Cholera is a good example of health challenges that can not be solved solely by health technologies like vaccines. It needs socio-economic development with improving water, sanitation, and hygiene. It also require a strong and equitable primary care based health systems to ensure both indicator and event-based surveillance with laboratory support for early detection and quick response to contain outbreaks.

The success of the implementation of the Global Roadmap thus relies on countries' socio-economic development and political commitment to strengthen health systems.

Chair, we request the secretariat to employ its social and intellectual capital to advocate and support Member states to take actions towards the success of ending cholera in parallel to strengthening health systems..

Thank you very much.

Agenda 16.1 Polio eradication

ผู้รับผิดชอบวาระ

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| ๑. เกษัชกรหญิงสิดานันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๒. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค | กรมการแพทย์ |

ความเป็นมาของวาระ

- เพื่อการกวาดล้างโปลิโอให้สำเร็จองค์การอนามัยโลกได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ Polio Eradication และ Endgame Strategic Plan โดยมีวัตถุประสงค์หลักทั้งหมด 4 ข้อ อย่างไรก็ตามเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโปลิโอตามธรรมชาติยังไม่หมดไป จึงมีความจำเป็นต้องปรับแผนสำหรับดำเนินการในปี 2019 – 2023 โดยมีเป้าหมาย 3 ข้อประกอบด้วย
 - **Eradication** เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของไวรัสสายพันธุ์ธรรมชาติและสายพันธุ์วัคซีน
 - **Certification** เพื่อให้การรับรองการกวาดล้างและสร้างความมั่นใจในการกักกันเชื้อไวรัสเพื่อความปลอดภัยในระยะยาว
 - **Integration** เพื่อยกระดับทรัพยากรด้านโปลิโอและถอดบทเรียนสำหรับใช้เป็นแนวทางป้องกันให้แก่ประชาชน
- สำหรับดำเนินการในช่วงปี 2019 – 2023 โดยในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72 ได้มีการรายงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์เพื่อการกวาดล้างโปลิโอสำหรับดำเนินการในช่วงปี 2019 – 2023 ในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณและการขับเคลื่อนการกวาดล้างโปลิโอโดยเน้นย้ำกิจกรรมที่สำคัญ เพื่อการเตรียมเข้าสู่สถานะปลอดโปลิโอ

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานสถานการณ์การกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปตาม Global Polio Eradication และ Polio Endgame Strategy 2019 – 2023 ซึ่งสืบเนื่องจากการรายงานในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72 โดยรายงานตามเป้าหมาย 3 ข้อดังต่อไปนี้
 - **Eradication** เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของไวรัสสายพันธุ์ธรรมชาติและสายพันธุ์วัคซีน

- รายงานการติดเชื้อโปลิโอสายพันธุ์ธรรมชาติประเภทที่ 2 ครั้งล่าสุดเกิดขึ้นในปี 1999 ในขณะที่สายพันธุ์ธรรมชาติประเภทที่ 3 ไม่มีรายงานตั้งแต่ปี 2012 ดังนั้นการเกิด Paralytic Poliomyelitis ที่เกิดในปัจจุบันจึงมาจากสายพันธุ์ธรรมชาติประเภทที่ 1 พื้นที่ที่มีการระบาดข้ามแดนคือพรมแดนของประเทศ Afghanistan และ Pakistan อย่างไรก็ตามจากการแยกไวรัสจากตัวอย่างตามสิ่งแวดล้อมชี้ให้เห็นถึงการแพร่กระจายทางภูมิศาสตร์อย่างกว้างขวางของเชื้อโรค รวมถึงการรายงานพบว่ามีแนวโน้มการแพร่ระบาดต่อไปในปี 2020 การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องการความร่วมมือจากรัฐบาลโดย Global Polio Eradication Initiative Partnership ได้จัดตั้งหน่วยผู้เชี่ยวชาญที่ Amman และ Jordan เพื่อให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ Polio Programme ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาผ่านการให้วัคซีน ปัจจุบันไม่พบไวรัสโปลิโอสายพันธุ์ธรรมชาติใน Africa และน่าจะสามารถกำจัดให้หมดไปจากภูมิภาค Africa ได้ในปี 2020

Africa

- ในปี 2019 มีการแพร่ระบาดของไวรัสโปลิโอที่มาจากวัคซีนที่มีความแตกต่างกันในทางพันธุกรรม ซึ่งปัจจุบันยังคงแพร่กระจายอยู่ใน Nigeria โดยมีต้นกำเนิดสายพันธุ์มาจากประเทศต่างๆ ใน Africa วัคซีนที่ใช้ในการตอบสนองต่อไวรัสโปลิโอประเภทที่ 2 คือวัคซีนแบบหยด อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบทำให้เกิดการแพร่กระจายต่อคือคุณภาพของวัคซีน
- ปัจจุบันมีการดำเนินการเพื่อประเมินยุทธศาสตร์เดิมและยุทธศาสตร์ใหม่สำหรับการแก้ไขปัญหาการกระจายวัคซีนแบบหยดสำหรับไวรัสโปลิโอประเภทที่ 2 ทั้งการดำเนินการเก็บข้อมูล การประเมินทางภูมิศาสตร์เพื่อการใช้วัคซีน การสนับสนุนให้สามารถขึ้นทะเบียนวัคซีนสำหรับโปลิโอประเภทที่ 2

Asia

- ในอินโดนีเซียและปาปัวนิวกินี มีการประสานงานการระบาดข้ามภูมิภาค และข้ามพรมแดนเพื่อตอบสนองกับการระบาดของโรคสองครั้งเนื่องจากลักษณะทางพันธุกรรมที่แตกต่างกัน การแพร่กระจายไวรัสโปลิโอชนิดที่ 1 ที่ได้จากวัคซีนซึ่งส่งผลต่อภูมิภาคชายแดนของตน ไม่มีไวรัสใหม่ตรวจพบตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 (ในปาปัวนิวกินี) และกุมภาพันธ์ 2562 (ในอินโดนีเซีย) และมีโอกาสจะหยุดการระบาดได้สำเร็จ
- ในประเทศพม่า อยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคเนื่องจากการแพร่กระจายของโปลิโอไวรัสที่ได้จากวัคซีนชนิดที่ 1 ในเดือนกรกฎาคม 2019 ประเทศจีนกำลังดำเนินการให้การสนับสนุนวัคซีนโปลิโอชนิดที่ 2 นอกจากนี้ในประเทศฟิลิปปินส์ได้รับการยืนยันการแยกเชื้อโปลิโอชนิดที่ 1 ได้รับการยืนยันในเดือนกันยายน 2019 และไวรัสโปลิโอชนิดที่ 2 อยู่ระหว่างการตรวจสอบ
- **Integration** เพื่อยกระดับทรัพยากรด้านโปลิโอและถอดบทเรียนสำหรับใช้เป็นแนวทางป้องกันให้แก่ประชาชน
 - มุ่งเน้นในด้านการประสานงานร่วมกันซึ่งบุคลากรที่ทำงานด้านโปลิโอ ก็ยังทำงานในส่วนอื่นๆ ด้วยซึ่งเป็นผลดีในระยะยาวสำหรับการพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานไปยังส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ด้านสาธารณสุข และการทำให้เกิดความเข้มแข็งในการกำจัดโปลิโอ และการขยายการให้วัคซีนไปยังส่วนอื่นๆ
 - การดำเนินงานในขั้นต่อไปคือการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการให้บริการด้านการสร้างภูมิคุ้มกันของโรคเพื่อการป้องกันการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้การสร้างระบบเฝ้า

ระวังก็จำเป็นต่อการตอบสนองต่อโรคที่สามารถป้องกันโดยใช้วัคซีนได้ และภายใต้ WHO Immunization Programme ดำเนินการในภาพรวมของ Global Polio Eradication Initiative และ Immunization community พัฒนารอบการดำเนินงานเพื่อประสานการดำเนินการโดยจะมีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ กิจกรรม การดำเนินการในระยะเวลาที่เหมาะสม และกระบวนการในการติดตาม

- **Certification** เพื่อให้การรับรองการกวาดล้างและสร้างความมั่นใจในการกักกันเชื้อไวรัสเพื่อความปลอดภัยในระยะยาว

ในปี 2019 คณะกรรมาธิการสากลเพื่อการรับรองการกำจัดโรคโปลิโอดำเนินการเพื่อให้การรับรองการกำจัดโปลิโอสายพันธุ์ธรรมชาติ ภายในบริบทนี้คณะกรรมาธิการแนะนำกระบวนการรับรองตามลำดับอย่างไรก็ตามความพยายามในการเก็บไวรัสโปลิโอชนิดที่ 2 นั้นทวีความรุนแรงมากขึ้นในปี 2019 ดังนั้นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 71 ซ้อมติที่ WHA71.16 มีการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกเพิ่มความพยายามในการได้รับการรับรองการกักกันเชื้อโปลิโอตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ใน GAP III ลดสถานที่กักกันเชื้อประเภทที่ 2 และสำรวจสถานที่กักกันเชื้อประเภทที่ 1 และ 3 แล้วดำเนินการลดลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น

- เมื่อไม่มีการตรวจพบโปลิโอไวรัสชนิดที่ 3 จากแหล่งใด ๆ ตั้งแต่ปี 2555 คณะกรรมาธิการสรุปในการประชุมในเดือนตุลาคม 2562 สายพันธุ์นี้ได้ถูกกำจัดให้หมดไปทั่วโลก

การสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายพันธมิตรและปัจจัยเกิดใหม่อื่นๆ

- การดำเนินการเพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านโปลิโอต่างๆ รวมถึง Gavi ซึ่งได้ร่วมทำงานกับ Polio Oversight board นอกจากนี้ยังมีการประกาศเจตนารมณ์ในการกวาดล้างโปลิโอในการประชุม G7 สำหรับประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการกวาดล้างโปลิโอ ปัจจุบันมุ่งเป้าไปที่ปัจจัยในเรื่องเพศต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค ซึ่งปัจจุบันมีการจัดทำ Gender quality strategy สำหรับดำเนินการในปี 2019 - 2023

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของความสำคัญในการรักษาระดับความครอบคลุมของการให้วัคซีนและระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศที่มีความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis (AFP))
- กังวลการระบาดของไวรัสโปลิโอสายพันธุ์วัคซีนกลายพันธุ์ (Circulating vaccine-derived poliovirus: cVDPV) และเรียกร้อง บราซิลขอให้ Social and political aspect to deal with this outbreak
- สนับสนุนร่างยุทธศาสตร์การควบคุม cVDPV2 2029-2021
- อินโดนีเซียเป็นผู้ผลิตโปลิโอวัคซีนประกาศให้การสนับสนุนโปลิโอวัคซีนในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ระบาดและขอให้ดำเนินการให้สอดคล้องกับ กับ Global vaccine and immunization strategy 2021 - 2030
- ญี่ปุ่นชี้ประเด็นเรื่องการระบาดของ cVDPV1 ,2 ของพื้นที่เสี่ยงซึ่งพิสูจน์จากสายพันธุ์ที่ระบาดในประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซียและมาเลเซีย ที่อาจเกิดจากความครอบคลุมของวัคซีนที่ไม่เพียงพอของพื้นที่เสี่ยงที่มีการเดินทางติดต่อทางทะเล ocean traffic และขอให้องค์การอนามัยโลกให้ความช่วยเหลือเพื่อจัดการการระบาดของ cVDPV1 ,2

บทบาทและหน้าที่ของประเทศไทย

- ประเทศไทยยังคง **เน้นย้ำ** ความสำคัญในการรักษาระดับความครอบคลุมของการให้วัคซีน รวมถึงระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศที่มีความเสี่ยง และประเทศที่ปลอดเชื้อไวรัสโปลิโอเรียบร้อยแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิด **ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis (AFP))**
- **ห่วงกังวล** ในเรื่องของการระบาด ไวรัสโปลิโอสายพันธุ์วัคซีนกลายพันธุ์ (Circulating vaccine-derived poliovirus: cVDPV) เนื่องจากความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ
- ตั้งข้อสังเกตเรื่องข้อมูลของความครอบคลุมวัคซีน ที่อาจเกิดความผิดพลาด จะส่งผลอย่างร้ายแรงต่อโปรแกรมการกวาดล้างโปลิโอและเกิดความสงสัยต่อโปรแกรมการกวาดล้างโปลิโอในอนาคต
- **เน้นย้ำ** ความสำคัญในการจัดการปัญหาในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงระหว่างพรมแดน ผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศที่เข้มแข็ง เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาได้อย่างทันที่
- ขอให้ผู้เชี่ยวชาญของโปรแกรมเปลี่ยนแปลงแผนการจัดการกวาดล้างโปลิโอโดยคำนึงถึงฉากทัศน์ที่ความครอบคลุมของวัคซีนแย่มากที่สุด (possible worse scenario of vaccine coverage)

สรุปผลลัพธ์ของวาระสนับสนุนร่าง decision และ ร่างยุทธศาสตร์การควบคุม cVDPV2 2029-2021 เป็นภาคผนวกของ the Polio Endgame Strategy 2019–2023

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรคติดตามความครอบคลุมของวัคซีนโปลิโอให้เป็นไปตามเป้าหมายและดำเนินการอย่างเคร่งครัดทั้งในการเฝ้าระวังและสอบสวนผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis) และการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังการระบาดในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงระหว่างพรมแดน

Intervention on Agenda 16.1 Polio eradication

Delivered by: Sitanun Poonpolsub

Thank you, chair

Low vaccine coverage is the main cause of the outbreak of cVDPV. The recent multiple outbreaks thus raised serious concern on the real situation of vaccine coverage. If the data on vaccine coverage is inaccurate, it would seriously affect the modeling on the eradication and cast serious doubt on the future of the program.

Thailand reiterates the needs for highest level immunization coverage to prevent the outbreak of cVDPV2 and the effective surveillance system especially highly sensitive surveillance for AFP in both high risk and polio free countries; including the intensification of regional cooperation and cross - border coordination.

We would like to request program expert team to remodel the eradication program taking into account the possible worse scenario of vaccine coverage.

We appreciate and support the draft comprehensive strategy for control of cVDPV2

Thank you.

Agenda 16.2 Polio transition planning and polio post-certification

ผู้รับผิดชอบวาระ

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| ๑. เกษัชกรหญิงสตีตันันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๒. นายแพทย์สกันต์ บุณนาค | กรมการแพทย์ |

ความเป็นมาของวาระ

- ตาม ข้อตัดสินใจที่ WHA70(9) เรื่อง Poliomyelitis: Polio transition planning and polio post-certification ฝ่ายเลขานุการองค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการวางแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานดังกล่าว และเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 71 โดยร่างแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวประกอบด้วยวัตถุประสงค์หลักทั้งหมด 3 ข้อดังนี้

- การสร้างความยั่งยืนของการปราศจากโปลิโอหลังจากกำจัดโปลิโอไวรัสเรียบร้อยแล้ว
- การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน
- การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉิน

โดยที่ประชุมรับทราบต่อข้อเสนอดังกล่าว รวมไปถึงการให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพโดยเฉพาะในระดับประเทศ และการทำให้เกิดความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหลังจากกำจัดโปลิโอไวรัสเรียบร้อยแล้ว ฝ่ายเลขานุการได้ทำงานร่วมกับประเทศสมาชิก 16 ประเทศเพื่อวางแผนการดำเนินการหลังจากกำจัดโปลิโอไวรัสเรียบร้อยแล้ว รายงานที่จะมีการนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการบริหารสมัยที่ 146 นี้เป็นการรายงานความคืบหน้าที่เกิดขึ้นภายหลังการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72

สาระสำคัญของวาระ

ความคืบหน้ากิจกรรมการดำเนินการหลังจากกำจัดโปลิโอไวรัสเรียบร้อยแล้วหลังจากเดือนพฤศจิกายน 2019

- ตามมติของที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 72 ร้องขอให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำและกำกับดูแลการดำเนินการเพื่อการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ โดยเฉพาะการประสานการดำเนินงานในทุก ระดับขององค์กร โดยผู้บริหารงานในระดับภูมิภาคได้มีการหารือและร่วมการทำงานอย่างต่อเนื่อง บทสรุปของผลลัพธ์ของการเยี่ยมชมการสนับสนุนประเทศร่วมกันทั้งแปดที่ดำเนินการจนถึงปัจจุบันจัดทำ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ WHO

การปรึกษาหารือร่วมกับหน่วยงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาค และการสนับสนุนจากประเทศสมาชิก

- การสนับสนุนสำหรับการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอจากผู้นำระดับสูงและผู้มีส่วนได้เสียมีการริเริ่มในทั้ง สหประชาชาติขององค์กร จนถึงปัจจุบันการให้คำปรึกษาดังกล่าวใน Eastern Mediterranean Region ถูก จัดขึ้นที่กรุงไคโรในวันที่ 4 และ 5 กันยายน 2562 โดยวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน ในการประชุม ดังกล่าวได้ข้อตกลงดังนี้
 - เห็นชอบบทบาทความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของโรคโปลิโอสำหรับสำนักงานภูมิภาคและงาน ระดับประเทศ ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนโดยองค์การส่วนกลาง
 - พัฒนาแผนการดำเนินงานที่สมบูรณ์สำหรับปี 2020 – 2021

- 3) ดำเนินการตามแผนสำหรับการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ประชาชน
- 4) เห็นชอบกับรูปแบบของการจัดตั้ง “ทีมสาธารณสุขที่ครบวงจร” ในระดับประเทศเพื่อทำหน้าที่ที่จำเป็นหลังการเปลี่ยนแปลง และ
- 5) เห็นชอบแผนการทำงานร่วมกันของแต่ละประเทศ

- จากผลการปรึกษาหารือใน Eastern Mediterranean Region ทำให้เกิดแผนในการเยือนอิรักและซูดานในเดือนมกราคม 2563 เพื่อพัฒนาและสรุปแผนการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอระดับชาติ โดยมีการเยี่ยมชมครั้งต่อไปที่โซมาเลียและซีเรียก่อนเดือนพฤษภาคม 2563 การปรึกษาหารือระดับสูงที่คล้ายกันนี้วางแผนที่จะเกิดขึ้นในภูมิภาคแอฟริกา ก่อนการประชุมคณะกรรมการบริหารครั้งที่ 146 โดยในรายงานฉบับนี้มีข้อสรุปสำหรับแผนการดำเนินงานการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอในประเทศที่สำคัญซึ่งมีทั้งดำเนินการไปแล้ว มีแผนจะดำเนินการ และยังไม่มีการดำเนินการ

การปรึกษาหารือร่วมกับหน่วยงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาค และการสนับสนุนจากประเทศสมาชิก

- เพื่อให้เกิดความยั่งยืนสำหรับการกวาดล้างโปลิโอ และการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน และโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยการดำเนินงานเหล่านี้ได้ถูกผนวกเข้ากับแผน Global vaccine and immunizationที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา พร้อมกันนี้ตามแผนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก Thirteenth General Programme of Work 2019 – 2023 องค์การอนามัยโลกได้จัดเตรียมแผนยุทธศาสตร์ระดับโลกในการเฝ้าระวังโรคที่สามารถป้องกันได้โดยใช้วัคซีน เพื่อให้ประเทศสมาชิกสามารถจัดการกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนได้ แผนดังกล่าวจะดำเนินการจัดทำแล้วเสร็จในเดือนพฤษภาคมปี 2020 พร้อมกับ Global vaccine and immunization strategy 2021 – 2030 ในขณะเดียวกันนี้ได้มีการดำเนินการในส่วนย่อยโดยการจัดตั้งคณะทำงานในขอบข่ายด้านการกวาดล้างโปลิโอ การสร้างภูมิคุ้มกัน และการตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉิน โดยในระดับประเทศการลงทุนเพื่อการดำเนินงานในการเฝ้าระวังโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนสำหรับปี 2020 – 2030 จัดขึ้นที่ Abu Dhabi
- สำหรับการรับรองและการกักกัน (Certification and Containment) ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายของ Global Polio Eradication Initiative’s Polio Endgame Strategy 2019 – 2023 ความคืบหน้าการดำเนินงานจะมีการรายงานต่อไป แผนการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาคและประเทศได้มีการพัฒนาและบรรจุใน Programme Budget 2020 – 2021 ประกอบด้วยกิจกรรมช่วยในการสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค และการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอ สำหรับงบประมาณจะมีการหารือร่วมกันในทั้ง 3 ระดับของหน่วยงาน นอกจากนี้ภายใต้การนำของฝ่ายเลขาหน่วยงานการสร้างภูมิคุ้มกัน (Department of Immunization) ขององค์การอนามัยโลกเพื่อการดำเนินการในส่วนของการบูรณาการเพื่อยกระดับทรัพยากรด้านโปลิโอและถอดบทเรียนเพื่อป้องกันประชาชน
- จากกรณีวิเคราะห์ความสามารถของประเทศสำนักงานของประเทศ WHO กำลังพิจารณาโครงการที่ต้องการการสนับสนุนของประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับประเทศเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญการเฝ้าระวัง และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสภาวะฉุกเฉิน

กิจกรรมสำหรับการเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอที่วางแผนไว้จนถึงเดือนพฤษภาคม 2563

- ฝ่ายเลขาองค์การอนามัยโลกจะดำเนินการตามแผนเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างบทบาทและความเข้มแข็งของสำนักงานภูมิภาคและงานระดับประเทศ และจะมีแนวทางเพิ่มเติมสำหรับประเทศที่ไม่มีลำดับความสำคัญด้วย สำหรับประเทศที่ยังมีการระบาดโดยเฉพาะใน

African Region การวางแผนการดำเนินการจะเป็นไปตามสถานการณ์ทางระบาดวิทยา และระบบทั้งหมดจะเชื่อมโยงเข้าสู่หน่วยของ Health System เพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกในเรื่องระบบสุขภาพถ้วนหน้า

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนแผนงานเปลี่ยนผ่านงานด้านโปลิโอและขอให้ประเทศขับเคลื่อนงานนี้โดยเร็ว โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพเพื่อเปลี่ยนผ่านงานและสามารถบริหารจัดการ ทรัพยากรภายในประเทศเพื่อให้เกิดความยั่งยืนได้และความสำคัญของ Primary healthcare และแสดงความกังวลต่อการระบาดของ cVDPV2 และเน้นย้ำความสำคัญของการรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนให้ได้ในระดับสูงไว้ รวมถึงระบบ การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพทั้งในส่วนประเทศที่มีความเสี่ยงและประเทศที่ปลอดโปลิโอ
- ประเทศสมาชิกบางส่วนชื่นชมการทำงานขององค์การอนามัยโลกในทุกระดับรวมทั้งหลายภาคส่วนที่สนับสนุนทรัพยากร ให้การดำเนินงานแผนการเปลี่ยนผ่านนี้ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านวัคซีนและ ภูมิคุ้มกันขององค์การอนามัยโลกในช่วงหลังจากปี 2020

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- รับทราบความคืบหน้าของกิจกรรมภายใต้แผนการเปลี่ยนผ่านเป็นไปด้วยดี และภารกิจของการเข้าเยี่ยม ประเทศ รวมทั้งร้องขอให้องค์การอนามัยโลกนำผลของภารกิจการเข้าเยี่ยมประเทศมาสร้างความเข้มแข็งของ การดำเนินงานประเมินความเสี่ยงระดับประเทศ
- แสดงความห่วงกังวลของการระบาดของ cVDPV (circulating vaccine-derived polio viruses) โดย ระบาดทั้งหมด 6 ประเทศ ซึ่งเป็นประเทศที่อยู่ใน 7 ประเทศสำคัญที่อยู่ในแผนการเปลี่ยนผ่านซึ่งสะท้อนให้ เห็นถึงความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ และ ระบบสุขภาพที่อ่อนแอซึ่งจะเป็นตัวขัดขวางการดำเนินงาน polio end game ให้และการดำเนินการจัดการการระบาดของ cVDPV อย่างแข็งขัน
- เน้นย้ำความสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งของ immunization ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของ GVAP และ IHR core capacity ที่เป็นเสาหลักของความมั่นคงด้านสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานการประชุม

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรคติดตามการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการกวาดล้างโปลิโอขององค์การ อนามัยโลกอย่างต่อเนื่อง

Intervention on Agenda 16 Poliomyelitis

16.2 Polio transition planning and polio post-certification

Delivered by: Sitanun Poonpolsub

Thank you chair

Thailand noted the good progress on polio-transition actions.

Thailand notes the good progress on missions to priority countries out of the 20 listed member states. We urge that findings from the country mission will guide further strengthening of country actions, risk assessment.

Thailand noted with concern the ongoing outbreaks of circulating vaccine-derived polio viruses, especially the outbreaks occurred in six out of seven priority polio transition countries. This reflects the low level of immunization coverage and the weak health systems. It hampers the progress of transition activities and global end game efforts. Intensified efforts are required for combating cVDPV outbreaks.

Thailand reiterates the importance of strengthen immunization to achieve the goals of the GVAP; while IHR core capacity is the backbone for health security, not only polio-end game.

Thank you

Agenda 17 Decade of Healthy Ageing 2020-2030

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์สกันต์ บุนนาค

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๒. นางสาวชะเอม พังนี้

กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Mentor: นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาระสำคัญของวาระ

- เป็นการนำเสนอ report โดยผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบ และ พิจารณานำ proposal นี้ไปพิจารณาในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 73 เพื่อ
 - เพื่อขอความเห็นชอบร่าง Decade of Healthy Ageing 2020-2030 และ
 - ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกนำผลการดำเนินงานมารายงานในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 76, 79 และ 82
- ในการประชุม WHA ครั้งที่ 69 ปี 2016 มีมติเห็นชอบ Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินการ 15 ปี ระหว่าง 2016-2030 หลังจากดำเนินการมาในช่วงแรก จึงได้มีการยกร่าง Decade of Healthy Ageing 2020-2030 ขึ้นจากการทบทวนประสบการณ์และการเรียนรู้จากกระบวนการ implement ของ Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health ซึ่ง vision ของ the Decade of Healthy Ageing 2020-2030 คือ “A world in which everyone can live a longer and healthier life” ซึ่งเป็น vision เดียวกับ the Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health โดยยึดหลัก life course approach แต่มุ่งเน้นครึ่งหลังของช่วงชีวิต (ไม่ได้กำหนดอายุกลุ่มเป้าหมาย แต่ให้พิจารณาตาม life expectancy at birth ของแต่ละประเทศ)
- 89 ประเทศสมาชิก จากทั้ง 6 region ของ WHO เข้าร่วมในการร่าง proposal นี้

- สารสำคัญของ proposal นี้คือความร่วมมือในระดับสากล ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ สาขาอาชีพต่างๆ สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน และ ภาคเอกชน ทั้งในระดับ local, national, regional และ global โดยมี action areas อยู่ 4 ด้านคือ
 5. การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ ที่มีต่อผู้สูงอายุ (changing how we think, feel and act towards age and ageing)
 6. การพัฒนาชุมชนเพื่อการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ (developing communities in ways that foster the abilities of older people)
 7. การจัดบริการอย่างบูรณาการโดยใช้หลักการผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และ การบริการระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ (delivering person centred integrated care and primary health services responsive to older people)
 8. การให้การดูแลระยะยาวกับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น (providing older people who need it with access to long-term care)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศ EB-member ทุกประเทศเห็นชอบกับ proposal Decade of Healthy Ageing
- ประเทศ non-EB member ที่ออกความเห็นทุกประเทศมีท่าทีเห็นชอบกับ proposal Decade of Healthy Ageing
- ความเห็นเพิ่มเติมนอกเหนือจากการสนับสนุนร่าง proposal Decade of Healthy Ageing ได้แก่
 - เคนยา: ต้องการให้มี implementing mechanism ที่ชัดเจน
 - สิงคโปร์: เสนอให้นำเอาเทคโนโลยีมาใช้เพื่อสนับสนุนแนวทางที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นหลัก (aged in place)
 - เยอรมัน: ต้องการให้มีการบูรณาการด้าน สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และ การศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน และ มีการเตรียมการก่อนวันสูงอายุและ life course approach การส่งเสริมป้องกัน ผ่านกลไกในระดับชุมชน และ เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - ญี่ปุ่น: ต้องการให้มีการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆนอกจากสุขภาพ และเน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - อินโดนีเซีย: ให้ความสำคัญกับเรื่อง long term care และ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - ศรีลังกา: ให้ความสำคัญกับศูนย์บริการในชุมชน และ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
 - อาเจนติน่า: ให้ความสำคัญกับ life course approach
 - อิรัก: ให้ความสำคัญกับ non-communicable disease, mental health care และ community care
 - ฟินแลนด์: ให้ความเห็นว่าการนิยามผู้สูงอายุไม่ควรใช้อายุตามปีเกิด (chronological age) และ สนับสนุนแนวคิดในการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ
 - บังกลาเทศ: ให้ความสำคัญกับ long term care และ การบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆนอกจากสุขภาพ
 - ออสเตรเลีย: ให้ความสำคัญกับ life course approach การบูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆนอกจากสุขภาพ และ การลด Ageism
 - บราซิล: เน้น primary health care

- ไอซ์แลนด์: เน้น life course approach การดูแลในชุมชนและที่บ้านเป็นหลัก และการใช้ public indicator ในการขับเคลื่อนนโยบาย

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยรับทราบรายงาน และสนับสนุน draft decision decade of healthy ageing และมีนโยบายเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านและชุมชนให้มากที่สุด และให้ความสำคัญกับ life course approach และการเชื่อมระบบบริการระหว่างชุมชนและการดูแลในสถานพยาบาลระดับต่างๆตามความจำเป็น (seamless care)
- ประเทศไทยเข้าสู่ aged society (มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10%) ตั้งแต่ปี 2548 และกำลังจะเข้าสู่ complete aged society (มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 20%) ประมาณปี 2564 และภายในอีก 10 ปีถัดไปประมาณปี 2574 จะเข้าสู่ super aged society (มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 28%)
- ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุดังกล่าว โดยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานโดยตำแหน่ง และให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 (จะจบลงในปี 2565 และฉบับที่ 3 อยู่ในระหว่างการยกร่าง) นอกจากนี้รัฐบาลได้บรรจุเรื่องการเตรียมพร้อมรองรับสังคมสูงอายุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และได้ประกาศให้สังคมสูงอายุเป็นวาระแห่งชาติสำหรับปี 2563-2565 ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนานโยบายและขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุขึ้นเพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างกรม และ หน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันได้มีแผนงาน และ การดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับ Decade of Healthy Ageing 2020-2030 อยู่แล้ว
- ประเทศไทยได้ดำเนินการจัดตั้ง ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation ขึ้นตามคำริของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ซึ่งจะเป็องค์การระหว่างประเทศระดับรัฐบาลของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ซึ่งขณะนี้ได้มีการลงนามในข้อตกลงการจัดตั้งแล้ว 8 จาก 10 ประเทศ ส่วนอีก 2 ประเทศคือ พม่า และ ฟิลิปปินส์ ได้รับอำนาจการลงนามแล้ว รอดำเนินการด้านเอกสาร

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุม EB-WHO ครั้งที่ 73 รับทราบรายงาน และ มีมติเห็นชอบให้ โดยผู้อำนวยการ WHO นำ proposal นี้ไปพิจารณาในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 73 เพื่อ

- เพื่อขอความเห็นชอบร่าง Decade of Healthy Ageing 2020-2030 และ
- ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกนำผลการดำเนินงานมารายงานในการประชุม World Health Assembly ครั้งที่ 76, 79 และ 82
- ให้ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกนำ Decade of Healthy Aging ไปให้กับ Secretary general ของ UN เพื่อให้เข้าสู่งการพิจารณา United Nation General Assembly ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)
การทำงานในระดับประเทศ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการวางยุทธศาสตร์ด้าน ageing ซึ่งสอดคล้องกับ decade of ageing จึงสามารถนำแนวคิดเข้ามารวมในยุทธศาสตร์ของประเทศไทยได้ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ ที่มีต่อผู้สูงอายุ ทางกระทรวงศึกษาธิการรับหน้าที่ในการให้ความรู้ประชาชนก่อนวัยสูงอายุให้ตระหนักในเรื่องนี้ และ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง มนุษย์รับหน้าที่ด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาชุมชนเพื่อการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ ปัจจุบันแนวคิดนี้ได้ถูกเสนอเข้าไปใน คณะทำงานขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน เพื่อยกร่างกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง เรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งคือการทำให้ชุมชนเข้มแข็งเพื่อรับสังคมสูงอายุ
3. การจัดการอย่างบูรณาการโดยใช้หลักการผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และ การบริการระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิด ICOPE ของ WHO เข้ามา ประยุกต์ใช้กับการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ
4. การให้การดูแลระยะยาวกับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบ long term care มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 และพัฒนาต่อเนื่องจนเป็นที่ยอมรับในระดับ region

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทยร่วมกับประเทศต่างๆใน SEA region และ ASEAN ในการพัฒนาเรื่องผู้สูงอายุ ทั้งการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเปิดโอกาสให้ประเทศที่สนใจเข้ามาดูงาน การจัด capacity building ร่วมกับ ญี่ปุ่นและสิงคโปร์

ระหว่างการประชุม EB-WHO ครั้งนี้ได้มีโอกาส เข้าหารือกับเจ้าหน้าที่ระดับสูงของ WHO คือ 1) Dr.Naoko Yamamoto, Assistant Director-General ด้าน UHC/Healthier Populations 2) Alana Officer, Senior Health Advisor ด้าน Ageing and Life Course 3) Dr.Vania dela Fuente Nunez, Technical officer ด้าน Ageing and Life Course ในด้านความร่วมมือระหว่าง WHO ประเทศไทย และ ACAI ซึ่ง WHO ให้ความสนใจและยินดีให้การสนับสนุนทางด้านเทคนิค และ ร่วมเป็น co-host ในการจัด กิจกรรมต่างๆในอนาคต

นอกจากนี้ในระหว่างการประชุม EB-WHO ครั้งนี้ได้มีโอกาส เข้าหารือกับ International Federation on Ageing ที่มีประเทศเป็นสมาชิกกว่า 70 ประเทศทั่วโลก โดยได้หารือกับ 1) Dr.Jane Barrett, Secretary General และ Dr.Xenia Scheil-Adlung, UN representative, Geneva. Course ในด้านความร่วมมือระหว่าง WHO ประเทศไทย และ ACAI ซึ่งจะมีการประสานความร่วมมือต่อไปในอนาคต

ในการประชุม WHA ครั้งที่ 73 ปี ค.ศ.2021 ประเทศไทยจะเสนอการจัด side event เรื่อง ageing ระหว่างการประชุม

Intervention

Thank you Chair

Ageism is the most basic challenge for healthy ageing. Thailand is very happy that the proposed four action areas start with changing paradigm to tackle ageism.

We would also like to reiterate that the action area on long term care must focus on community and family rather than institutional based care.

Chair,

We are pleased to inform you that the ten ASEAN member states have collectively established the ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation, or ACAI. It is an intergovernmental organization based in Thailand. It focusses on advocacy, capacity building, ASEAN think tank, and innovation/research. It will serve as a key regional platform, to collaborate with WHO, in implementing the 4 action areas of the decade of healthy ageing.

Thank you.

Agenda 18 Maternal, infant and young child nutrition

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

- | | |
|--|--|
| ๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวริศา พานิชเกรียงไกร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| ๒. นางสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition ตามมติ WHA65.6 และติดตามตัวชี้วัด Global Nutrition Monitoring Framework ตามข้อตัดสินใจ WHA68(14)
- ความก้าวหน้าตามตัวชี้วัด Global target มีดังนี้

Global target 1: stunting	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ลดลงจาก 116 ล้านรายในปีค.ศ.2012 เป็น 149 ล้านรายในปีค.ศ.2018 โดยกว่าครึ่งอยู่ในทวีปเอเชีย และหนึ่งในสามอยู่ในทวีปแอฟริกา ประเทศส่วนใหญ่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน 36 ประเทศรายงานว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายภายในปีค.ศ.2025 ได้
Global target 2: anemia	มีการประมาณการว่าในปีค.ศ. 2016 หญิงวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 32.8 มีภาวะโลหิตจาง หรือประมาณ 613.2 ล้านราย โดยพบมากในภูมิภาค South-East Asia, Eastern Mediterranean, African
Global target 3: low birth weight	การลดอุบัติการณ์เด็กแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ยังไม่มี ความก้าวหน้ามากนัก โดยลดลงได้เพียงร้อยละ 1 ในช่วงปีค.ศ. 2010-2015 เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ต้องการลดลงร้อยละ 30 ภายในปีค.ศ. 2025
Global target 4: overweight	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีประมาณ 40 ล้านคนในปีค.ศ. 2018 ซึ่งเพิ่มขึ้น 10 ล้านรายจากปีค.ศ. 2000
Global target 5: exclusive breastfeeding	เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวมีประมาณร้อยละ 41 จาก การสำรวจล่าสุด มีประเทศ 16 ประเทศที่มีความก้าวหน้าน้อยและ 23 ประเทศที่ไม่มี ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

Global target 6: wasting	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันประมาณ 49.5 ล้านคน โดยร้อยละ 68 อยู่ในทวีปเอเชีย จากการติดตามความก้าวหน้าพบว่า มีประเทศ 15 ประเทศที่มีความก้าวหน้าน้อยและ 24 ประเทศที่ไม่มี ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
--------------------------	---

โดยสรุปพบว่ามี ความก้าวหน้าในการดำเนินงานน้อย และในบางตัวชี้วัดไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร แสดงให้เห็นว่ายังไม่มี การดำเนินงานเท่าที่ควร ส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายภายในปีค.ศ.2025 ได้ รวมถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปีค.ศ.2030 อีกด้วย

● ความก้าวหน้าตามประเด็นการดำเนินงาน ทั้ง 6 ประเด็นมีดังนี้

Action 1: supportive environment	<ul style="list-style-type: none"> - G20 Health Ministers รับรอง Mar Del Plata Declaration เน้นภาวะเด็กอ้วน - G20 Agriculture Ministers สร้างความร่วมมือในการลดภาวะอดอยาก และเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ - FPGH เสนอมติ ณ ที่ประชุมสมัชชาใหญ่ ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่ม การดำเนินงานตามกรอบ UN Decade of Action on Nutrition (2016-2025) (UNGA 73/132) - UNGA 72/306 ทำให้เกิดการท างานร่วมกันระหว่าง WHO และ FAO โดย ออก resource guide และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจาก ICN2 Framework for Action สู่การปฏิบัติ - ประเทศส่วนใหญ่มีการกำหนดนโยบายด้านโภชนาการ และมีการดำเนินงาน ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ
Action 2: effective interventions	<ul style="list-style-type: none"> - ถึงแม้ประเทศส่วนใหญ่จะมีนโยบายด้านโภชนาการ แต่ nutrition interventions ต่างๆมักไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ หรือ มีไม่เพียงพอ - WHO กำหนด OneHealth tool ที่รวบรวมรายการกิจกรรมที่จำเป็นต่างๆ
Action 3: policies and program outside health sector	<ul style="list-style-type: none"> - United Nations Intergovernmental Panel on Climate Change ออก รายงานถึงผลกระทบของภาวะโลกร้อนกับระบบอาหาร ดังนั้น FAO และ WHO จึงได้ออกแนวทางเพื่อความยั่งยืนของอาหารเพื่อสุขภาพ ตามบริบท ของ Decade of Action on Nutrition - International Forum on Food Safety and Trade ได้วิเคราะห์โอกาส และความท้าทายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบอาหารและการค้า - ในภาคอุตสาหกรรม มีการดำเนินการเรื่อง ภาษีเครื่องดื่มที่มีความหวาน การ ควบคุมการใช้ trans-fatty acids เป็นต้น
Action 4: human and financial resources	<ul style="list-style-type: none"> - World Bank ได้ประมาณการว่าต้องมีการลงทุนเพิ่มอีก 7 พันล้านเหรียญ สหรัฐในช่วงปีค.ศ. 2016-2025 เพื่อให้สามารถบรรลุ global nutrition targets ได้ - นอกจากนี้บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติยังแสดงให้เห็นว่า การลงทุนในเรื่อง โภชนาการยังน้อยกว่าประเด็นอื่นๆ
Action 5: monitor	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบข้อมูลในเรื่องโภชนาการยังไม่มีการบูรณาการและยังจัดเก็บข้อมูลได้ไม่

and evaluate	<p>ครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานร่วมกันระหว่าง WHO และ UNICEF ได้จัดทำตัวชี้วัดเรื่อง Global Nutrition Monitoring Framework นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆในการจัดทำรายงานประจำปี Global Nutrition report
--------------	---

- ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes และ Guidance on Ending the Inappropriate promotion of food for infants and young children พบว่า ประเทศมีการพัฒนามาตรการด้านกฎหมายตาม Code แต่ยังคงพบการรับเงินสนับสนุนจากบริษัทผลิตนมทดแทนเพื่อเข้าร่วมประชุมต่างๆ นอกจากนี้บริษัทยังใช้กลยุทธ์การโฆษณาในรูปแบบใหม่ เช่น การโฆษณาในสื่อออนไลน์ และอินเทอร์เน็ต ซึ่ง Code ยังไม่ครอบคลุมประเด็นนี้
- วาระนี้ยังมีการรับรองข้อตัดสินใจที่ให้บูรณาการการรายงานข้อมติหรือข้อตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ (19 ข้อมติ และ 2 ข้อตัดสินใจ) และให้รายงานต่อที่ประชุมทุก 2 ปีจนถึงปีค.ศ. 2026 (2022, 2024, 2026)

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆแสดงความกังวลถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงาน เนื่องจากมีตัวชี้วัดหลายตัวที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประเทศสมาชิกได้เสนอแนวทางการดำเนินงานเพิ่มเติม เช่น การศึกษาผลของ digital marketing ต่อ breast milk substitute การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆรวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ การจัดการ influence ของภาคอุตสาหกรรมทั้งในเรื่องการตลาดและการปรับส่วนผสมของอาหาร การติดตามการดำเนินงาน การจัดทำแนวทางการดำเนินงานสำหรับประเทศสมาชิก เป็นต้น

บังคลาเทศเสนอให้มีการปรับข้อตัดสินใจ โดยเพิ่มข้อความใน paragraph 41 ดังนี้

"...request DG to collect data and prepare a comprehensive report to understand the scope and impact of digital marketing strategies for the promotion of breast-milk substitutes and develop guidance to assist Member states to address any promotion of BMS that may not be in accordance with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and subsequent relevant WHA resolutions "

ทาจิกิสถาน ได้เสนอข้อมติและข้อตัดสินใจที่ผ่านมาที่ควรเพิ่มในเอกสารข้อตัดสินใจ

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- แสดงความกังวลในเรื่องความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้
- ประสบการณ์ในเรื่อง Milk code ของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีกฎหมายแล้ว แต่การบังคับใช้กฎหมายมีความยากลำบาก โดยการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภาคการศึกษา นวัตกรรม เศรษฐกิจ และสังคม
- องค์กรอนามัยโลกควรสนับสนุนประเทศสมาชิกในการพัฒนา health literacy ซึ่งเป็นการสร้างพลังให้กับสังคม
- การพัฒนาการติดตามการดำเนินงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมของภาคอุตสาหกรรมที่เป็นการขัดกฎหมายต่างๆ

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงานตามเอกสาร EB146/24 นอกจากนี้ยังรับรองข้อตัดสินใจให้มีการบูรณาการการ รายงานผลของข้อมติและข้อตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้ สำหรับเนื้อหาที่บังคลาเทศเสนอให้เป็นประเด็น ที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ และให้มีการประชุม intersessional meeting เพื่อเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 ต่อไป ดังนั้นที่ประชุมรับรองข้อตัดสินใจ โดยติดประเด็นดังกล่าวไว้

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

การสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆในการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การสร้างความเข้มแข็งของ การบังคับใช้กฎหมาย และการสร้าง health literacy ของประชาชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อไป

Intervention on Agenda 18 Maternal, infant and young child nutrition

Read by Warisa Panichkriangkrai (7/02/2020)

Thank you, Chair.

Thailand reiterates our concern on the slow progress of implementing this resolution. Only few countries may achieve the targets.

Chair, we would like to share our concern that legal framework is necessary but not enough. Thailand enacted legal framework to implement the Milk code since 2017. However, enforcement which relies on multisectoral actions is quite challenging. We need other additional measures to support legal enforcement including education, innovations, economic and social empowerment.

WHO should support member states to strengthen health literacy and implement ‘choice architecture’ measures, to ensure empower the society.

We must continuously monitor the progress on cooperate political activities of private sectors that deliberately undermine the legislation.

Finally, Thailand supports proposal by Bangladesh for an amendment of the decision in paragraph 41. Thank you, Chair.

Agenda 19 Accelerating efforts on food safety

ผู้รับผิดชอบวาระ

๑. เกษักรหญิงสีตานันท์ พูนผลทรัพย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๒. นางสาวชะเอม พัทณี กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาของวาระ

- จากความร่วมมือระหว่าง African Union และองค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) องค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ ดำเนินการจัดการประชุม First International Conference on Food Safety ขึ้นที่ Addis Ababa ในระหว่างวันที่ 12 – 13 เมษายน 2019 และการประชุม International Forum on Food Safety and Trade ในระหว่างวันที่ 23 – 24 เมษายน 2019 โดยวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและค้นหาประเด็นฉุกเฉินและความท้าทายใหม่ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การประชุม WHO/FAO Regional Coordinating Committee ครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นคณะทำงานย่อยของ WHO/FAO Codex Alimentarius Commission ซึ่งผลสรุปพบว่าคณะกรรมการเห็นควรเน้นย้ำความสำคัญของความปลอดภัยเพื่อยกระดับเป้าหมายด้านสาธารณสุข และความยั่งยืนด้านงบประมาณสำหรับเป็นข้อเสนอแนะแก่ Codex Alimentarius Commission
- อาหารปลอดภัยถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของธรรมนูญการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก (Article 2(u)) จากสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่าภาวะวิกฤติด้านอาหารปลอดภัย ส่งผลต่อสภาวะด้านสุขภาพของประชาชน และมีผลกระทบต่อการวางแผนแนวนโยบายของประเทศ
- ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกร้องขอให้ฝ่ายเลขาธิการองค์การอนามัยโลกดำเนินกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่อาหารปลอดภัย อย่างไรก็ตามข้อมูลล่าสุดที่เกี่ยวข้องกับอาหารปลอดภัยจัดทำขึ้นในปี 2000 WHA53.15 เรื่อง WHO Global Strategy for food safety: safer food for better health และปี 2010 WHA63.3 เรื่อง WHO Strategic plan for food safety ซึ่งรวมถึง foodborne zoonoses 2013-2022 และยังมีข้อมติอื่นๆ ภายใต้องค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาคอีกด้วย
- ในปี 1960 WHO และ FAO จัดตั้งคณะกรรมการร่วม Joint WHO/FAO food standard programme ซึ่งถือเป็นขาหนึ่งของ Codex Alimentarius Commission ซึ่งทำหน้าที่ในการพัฒนาและทบทวนมาตรฐานอาหารปลอดภัย และให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกในการพัฒนามาตรฐานในระดับประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- รายงานฉบับนี้มีรายละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านอาหารปลอดภัยโดยมีรายละเอียดดังนี้
- **สถานการณ์ด้านโรคที่เกิดจากอาหาร**
 - โรคที่เกิดจากอาหารมีสาเหตุมาจากอันตรายทางกายภาพ สารเคมี เชื้อโรค หรือรังสีในอาหาร ในปี 2015 องค์การอนามัยโลกได้มีการประเมินสถานการณ์ของโรคที่เกิดจากอาหารซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชากรโลกเป็นจำนวนมาก ในปี 2018 มีการประเมินมูลค่าการสูญเสียทางการผลิตที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีสาเหตุมาจากอาหาร มูลค่า 95.2 ล้านล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง และใช้งบประมาณในการรักษาสูงถึง 15 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งจากการประเมินพบว่าการสูญเสียเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ปัจจุบันพบว่าโรคที่เกิดจากอาหารมีการรายงานที่ยังไม่ครอบคลุมและครอบคลุม แม้จะเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแต่ก็ยังการดำเนินการและตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ
- **การตอบสนองขององค์การอนามัยโลกเพื่อแก้ไขปัญหาโรคที่เกิดจากอาหาร**
 - องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการเพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนโดยให้การสนับสนุนในด้านขอบเขตการดำเนินการ การวางแผนนโยบาย ข้อมูลที่จำเป็น การให้การสนับสนุนทางเทคนิค และการเป็นผู้นำในด้านสาธารณสุข และทำงานร่วมกับ WHO/FAO Expert Committee เพื่อพัฒนา

มาตรฐานอาหารโดยตั้งแต่ปี 1995 มาตรฐาน Codex ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานทางการค้าภายใต้ข้อตกลงขององค์การการค้าโลก และใช้งบประมาณ 20% ของงบประมาณทั้งหมดในการดำเนินการของ WHO/FAO food standard programme นอกจากนี้ WHO/FAO ยังมีการประเมินความเสี่ยงของอาหารในระดับนานาชาติ ซึ่งการดำเนินการต้องได้รับการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับอาหารจากภูมิภาค ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีหน่วย (GEMS/Food) ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่รัฐและ Codex Alimentarius Committee ถึงระดับและแนวโน้มของการปนเปื้อนสารเคมีในอาหารและนำเสนอข้อมูลบน Food Safety Collaborative platform (FOSCOLLAB) dashboard

- องค์การอนามัยโลกและองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติเครื่องมือสำหรับการพัฒนาระบบการควบคุมอาหาร และในปี 2018 ได้มีการออกคู่มือสำหรับการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังโดยเริ่มนำไปใช้กับแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะก่อน
- เพื่อให้ทุกประเทศสามารถพัฒนามาตรฐานด้านอาหารองค์การอนามัยโลกได้จัดตั้ง Codex Trust Fund เพื่อให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าร่วมการประชุมได้ และนำไปสู่การใช้มาตรฐานดังกล่าวในระดับชาติต่อไป นอกจากนี้เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างประเทศได้มีการจัดตั้ง INFOSAN เพื่อการแจ้งเตือนด้านความปลอดภัยอาหาร และเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยด้านอาหาร องค์การอนามัยโลกมีการจัด World Health Day ในปี 2015 ภายใต้ Theme food safety และได้รับมอบหมายให้จัด Food Safety Day เป็นประจำทุกปี

ประเด็นความท้าทายใหม่

- ประเด็นความท้าทายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอาหารซึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากการประชุมในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2019 ประกอบด้วย
 - 1) ให้การสนับสนุนทันเวลาแก่คณะกรรมการ Codex Alimentarius ในการพัฒนาหรือทบทวนมาตรฐานสากลด้านอาหารที่คำนึงถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ วิธีการใหม่และการจัดการกับอันตรายที่เกิดขึ้นใหม่
 - 2) ให้การสนับสนุนไปยังประเทศสมาชิกเพื่อมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการทำงานของ Codex และดำเนินการตามมาตรฐาน Codex ในระดับชาติ
 - 3) การใช้เทคโนโลยีใหม่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของอาหาร การเรียงลำดับการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ block chain และนวัตกรรมอื่น ๆ การติดตามผลิตภัณฑ์ในขณะที่ควบคุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีใหม่เช่น การดัดแปลงพันธุกรรม
 - 4) การจัดการกับความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของอาหารที่ขับเคลื่อนหรือได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการสร้างระบบอาหารที่ยั่งยืนและยืดหยุ่น
- เพื่อสร้างระบบความปลอดภัยด้านอาหารที่มีประสิทธิภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ข้อมูลที่มีคุณภาพมีความจำเป็นเพื่อการสร้างฐานข้อมูล และเชื่อมโยงกับการกระทำที่เป็นรูปธรรมที่มีการจัดลำดับความสำคัญที่ชัดเจน การแบ่งปันความเชี่ยวชาญความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาหารที่มีอยู่และที่เกิดขึ้นใหม่ สามารถทำให้ผู้กำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยของอาหารมีความปลอดภัย และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัยอาหารจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถจัดสรรงบประมาณได้อย่างเหมาะสมตามแนวทาง “สุขภาพหนึ่งเดียว”

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่น

- ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญสร้างระบบความปลอดภัยด้านอาหารที่มีประสิทธิภาพในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลกข้อมูลที่มีคุณภาพมีความจำเป็นเพื่อการสร้างฐานข้อมูล และเชื่อมโยงกับการกระทำที่เป็นรูปธรรมโดยอยู่บนแนวทางของ “สุขภาพหนึ่งเดียว”
- ประเทศส่วนใหญ่สนับสนุนร่างข้อมติ การทำงานร่วมกันระหว่าง WHO and ในเวทีของ Codex เน้นย้ำการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณเพื่อให้สามารถพัฒนาหรือทบทวนมาตรฐานสากลด้านอาหารที่คำนึงถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ของคณะกรรมการ Codex Alimentarius
- ประเทศบางส่วนให้ความสำคัญต่อการสร้างความตระหนักของผู้บริโภค การสนับสนุนความร่วมมือของกลุ่มผู้บริโภค

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย

- เน้นย้ำว่าการเข้าถึงอาหารปลอดภัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสาธารณสุข และมีความจำเป็นต่อการบรรลุ SDGs 2030 ความปลอดภัยของอาหารเป็นประเด็นที่ต้องทุกภาคส่วนต้องรับผิดชอบร่วมกัน
- เน้นย้ำความสำคัญของ INFOSAN การทำงานแบบ multi-sectoral collaboration ของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐบาล ผู้ผลิตอาหาร และ distribution sectors โดยผ่านทางกฎหมาย มาตรการประเมินความเสี่ยง
- การพัฒนาการระบบการติดตามอาหารปลอดภัยโดยใช้ One Health approach การเฝ้าระวังการระบาดและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ food safety emergencies อย่างทันท่วงที
- สนับสนุนและco-sponsor ร่างข้อมติ Strengthening efforts on food safety

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

สนับสนุนร่างข้อมติ Strengthening efforts on food safety

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการตามแผนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย National food safety policy and strategic plan and Framework for action on Food Safety ของ WHO SEAR

การเตรียมการด้านเทคนิคและ ทรัพยากรต่างๆเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ Codex

Intervention on Agenda 19 Accelerating efforts on food safety

Delivered by: Sitanun Poonpolsub

Thank you chair,

Thailand aligns ourselves with the Regional statement made by Srilanka.

Thailand commits to SDG2.1 on access to safe food and nutrition

Through improved water and sanitation; and safe food for all; diarrheal have reduced to negligible size.

Thailand gradually established multi-sectoral collaboration and actions across government sectors, food production and distribution sectors through legislative, regulatory, risk assessment measures, improved food safety monitoring systems through One Health approach, outbreak surveillance and timely responses to food safety emergencies.

Thailand had fully engaged in, committed to, and benefit from international collaboration through INFOSAN, in particular the timely transmission of information about food-safety emergencies.

Thailand supports and would like to co-sponsor this draft resolution.

Thank you, chair

Agenda 20 Data and innovation: draft global strategy on digital health

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. นายแพทย์สกันต์ บุนนาค กรมการแพทย์
๒. นางสาวชะเอม พัทธนี กองการต่างประเทศ
๓. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

สาระสำคัญของวาระ

- เป็นการนำเสนอรายงาน โดยผู้อำนวยการ WHO เพื่อให้ที่ประชุม EB-WHO
 - พิจารณาเห็นชอบร่างยุทธศาสตร์ Global strategy on digital health
 - ให้ผู้อำนวยการ WHO รายงานความก้าวหน้าการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติใน World Health Assembly ประจำปี ค.ศ.๒๕๖๓
- วัตถุประสงค์ของร่างยุทธศาสตร์นี้คือเพื่อส่งเสริมการใช้และนำเทคโนโลยีไปช่วยขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ Health for all ของ WHO และ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศในการพัฒนาด้าน digital health ในประเทศสมาชิก และส่งเสริมงานวิจัย การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ แลกเปลี่ยนข้อมูล และ best practices ด้าน digital health โดยมีกรอบระยะเวลาการดำเนินการ ๕ ปี ระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๒๐-๒๐๒๔
- วิสัยทัศน์ของร่างยุทธศาสตร์นี้คือ เพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพสำหรับทุกคน และ ทุกที่ โดยการเร่งพัฒนาและนำเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมไปใช้
- พันธกิจของร่างยุทธศาสตร์คือการใช้ digital health เพื่อช่วยขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ (health-related sustainable development goals) และ triple billion targets of the Thirteenth General Programme of Work, ๒๐๑๙-๒๐๒๓
- กลยุทธ์ของร่างยุทธศาสตร์นี้ได้แก่
 - ส่งเสริมความร่วมมือระดับโลกและถ่ายทอดความรู้ด้าน digital health

- นำกลยุทธ์ด้าน digital health ระดับชาติสู่การปฏิบัติ
- สร้างความเข้มแข็งด้านการบริหารจัดการด้าน digital health ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ
- ใช้ digital health ในการสนับสนุนระบบสุขภาพที่มีคนเป็นศูนย์กลาง

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

- ประเทศจีนมีข้อมูล digital health ขนาดใหญ่ และยินดีที่จะ share ข้อมูลกับประเทศต่างๆ
- ฟินแลนด์เน้นความสำคัญของระบบการรักษาความปลอดภัยทาง cyber
- สิงคโปร์ และ ญี่ปุ่น เรียกร้องให้ WHO เป็นผู้พัฒนา guideline การใช้ AI ทางการแพทย์
- บังกลาเทศ พุดในฐานะประเทศกลุ่ม South East Asia (SEA) ๑๑ ประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) (regional one voice) แสดงความห่วงใย ๖ ประเด็นปัญหาและข้อเรียกร้อง
 ๑. ปัญหาความไม่เพียงพอของงบประมาณ และต้องการให้ Department of Digital Health and Innovation ของ WHO ที่กำลังจะจัดตั้งขึ้นเป็นตัวกลางในการมองหาแหล่งทุนในการดำเนินการ โดยเฉพาะให้กับกลุ่มประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง
 ๒. ปัญหาการบริหารจัดการข้อมูล ในแง่ความเป็นเจ้าของ การควบคุม จัดการ และการรักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ
 ๓. ปัญหาความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบเนื่องจากการใช้มาตรฐานที่ต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานด้าน interoperability
 ๔. ควรมีการร่วมกันพัฒนาระบบในแต่ละภูมิภาคร่วมกัน
 ๕. มีเพียงไม่กี่ประเทศในกลุ่ม SEA ที่มีความสามารถในการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านนี้ได้เอง จึงต้องการความช่วยเหลือจาก WHO
 ๖. ต้องการให้ WHO ช่วยเหลือเรื่องการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านนี้

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (แนว intervention ตอนท้าย)

- ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้าน digital health มาโดยตลอด และเห็นด้วยกับร่าง Global strategy on digital health โดยยังต้องการการพัฒนาในด้านต่างๆดังนี้
 - การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอด้าน digital health อย่างเป็นรูปธรรม
 - บุคลากรภาครัฐด้าน digital health เพื่อปฏิบัติงานรองรับภารกิจ
 - การกำหนดข้อกำหนดและมาตรฐานด้าน digital health เพื่อรองรับและแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระดับประเทศ
- ในการประชุม EB-WHO ๑๔๖ ประเทศไทยได้ให้ข้อเสนอแนะต่อที่ประชุม โดยได้ให้ความสำคัญเพิ่มเติมเรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดการเชื่อมต่อของระบบแบบไร้รอยต่อ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลของตนเองซึ่งจะสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยความเป็นมนุษย์เพื่อกองไว้ซึ่งศรัทธาระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมมีมติรับทราบรายงาน และ มีมติเห็นชอบ draft decision ในวาระนี้

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุม กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การทำงานในระดับประเทศ

การประสานงานภายในกระทรวงสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมรองรับยุทธศาสตร์ Global strategy on digital health โดยนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำนโยบาย วางแผน ขับเคลื่อนจากส่วนกลาง โดยประสานการทำงานกับ หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของกรมต่างๆ และ หน่วยงานในพื้นที่

การประสานงานกับภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญคือกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และหน่วยงานอื่นๆเช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.), NSTDA) และ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)

การทำงานในระดับนานาชาติ

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นทำงานประสานกับ Department of Digital Health and Innovation ของ WHO ที่กำลังจะจัดตั้งขึ้นตามที่ถูกกำหนดไว้ใน Global strategy on digital health

Intervention on Agenda 20 Data and innovation: draft global strategy on digital health

Thank you chair,

Thailand would like to share three comments:

(๑) To create the seamless health care service, national referring system supported by digital technology should be one of the priorities.

(๒) To enhance people-centred health systems and self-management support. The digital health system that allows patients to participate, receive their feedback, and motivate them regularly is crucial. Therefore, the personal health record system should be focused.

(๓) The digital technology must not compromise the intimate human touch which can create trust and confidence in providers, and build close and trust based relationship. The digital health era should stride towards ‘a humanized health care’ based on the kind and compassionate touch from the ‘ten digits’ of health professional, instead of focusing only on “artificial digital health”.

Thank you

Agenda 21.1 Budget and finance matters: Programme budget 2020–2021

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. เกสซ์กรหญิงอรทัย วลีวงศ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. พันตำรวจตรีหญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ
๓. นายบรรลุ ศุภอักษร กองการต่างประเทศ
๔. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ที่ WHA72 ปี 2019 ที่ผ่านมามีการรับรอง Programme budget 2020–2021 และเสนอให้ DG พัฒนา Results framework ของ the 13th General Programme of Work 2019–2023 (GPW 13) โดยให้ปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกผ่านเวทีการประชุม Regional Committee และเสนอต่อ EB 146 เพื่อพิจารณา

วาระนี้พิจารณารายงาน 2 ฉบับ ได้แก่

- (1) รายงาน WHO results framework: an update (พร้อมเอกสารแนบ 5 รายการ) (เอกสาร EB146/28 Rev 1 23 Jan 2020)

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_28Rev1-en.pdf

GPW 13	กิจกรรมของ GPW13 เน้นที่การสร้างผลกระทบที่วัดผลได้ต่อสุขภาพประชากรในระดับประเทศ ระหว่าง 2019-2023 ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับแผนงบประมาณถึง 3 ช่วง (PB2018-2019, PB2020-2021 และ PB2020-2023)
Result frameworks of GPW 13 (2019-2023)	การวัดผลกระทบ Measurement แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. Healthy life expectancy (HALE) ได้แก่ mean number of years that a person is expected to live in good health, accounting for years lived in less than full health due to disease or injury 2. Triple billion indicies 3. Outcome indicators (46 ตัวชี้วัด) 4. Output measurement
Triple billion indicies	<ol style="list-style-type: none"> (1) UHC index ประกอบด้วย 15 ตัวชี้วัด ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> a. 14 service coverage indicators (ตามวิธีการวัด SDG 3.8.1) ซึ่งกำลังมีการพัฒนาให้เป็น “effective coverage” และอยู่ระหว่างพิจารณารวม severe mental disorders, care dependency in older adults, cervical cancer screening และ palliative care ในการคำนวณตัวชี้วัดนี้ด้วย b. 1 financial protection indicators (ตามวิธีการวัด SDG 3.8.2) (2) Health emergencies index ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัดใน 3 มิติ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> a. 1 prepare index b. 4 prevent indicators

	<p>c. 1 detect and respond indicator</p> <p>(3) Healthier population index ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด</p>
46 Outcome indicators	<p>ประกอบด้วย 39 SDGs และ 7 WHA indicators ได้แก่ (1) polio, NCD risk factors (ได้แก่ (2) obesity, (3) blood pressure และ (4) transfat), emergency-related factors ได้แก่ (5) vaccination for emergencies และ (6) essential health services for vulnerable populations) และ (7) Antimicrobial resistance คือการบริโภคยาปฏิชีวนะ</p> <p>โดยหลักการคือประเทศสามารถเลือกตัวชี้วัดได้เองตามการจัดลำดับความสำคัญ วาระสุขภาพของประเทศ</p>
Output measurement (scorecard) (Annex 5)	<p>Output measurement ถูกพัฒนาเพื่อวัดสัดส่วนของผลการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกต่อผลลัพธ์ในระดับประเทศ (WHO's effective delivery) โดยจะพิจารณาตามวิธีการ Balanced scorecard พร้อมการรายงานด้วย Qualitative case studies จากประเทศ</p> <p>Output scorecard ที่กำลังพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ชุดตาม Outcome indicators แต่ละชุดมีการกำหนดมิติหลักและมิตีย่อยของสมรรถนะ (Performance) พร้อมมีการกำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนน (Scale 1-4: Emergent, Developing, Satisfactory และ Strong) โดยวิธีการประเมินตนเอง (Self-assessment) พร้อมกลไกในการสอบทาน (Validation) ไว้ด้วย ซึ่งจะมีการทดสอบ Output scorecard ในต้นปี 2020 ต่อไป</p> <p>A. Output scorecard สำหรับ (A) Outcomes 1.1 – 4.1 ประกอบด้วย 6 มิติ ซึ่งแต่ละมิติมีกำหนดมิตีย่อย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Leadership functions (2) Global public health goods (3) Technical support at the country level (4) Impactful integration of gender, equity and human rights (5) Delivering value for money (Ethics, Effectiveness, Efficiency, Equity และ Economy) (6) Results in ways leading to impacts (มิตีย่อยจะพิจารณาจากประเด็น Movable, Measurable และ Meaningful) <p>B. Output scorecard สำหรับ Outcomes 4.2 – 4.3 ประกอบด้วย 6 มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Strategic direction and leadership (2) Accountability (3) Client service delivery (4) Impactful integration of gender, equity and human rights (5) Delivering value for money (6) Achievement of results in ways leading to impacts

การรายงานผล ของ GPW 13 Results Framework	ระบบการรายงานประจำปีต่อประเทศสมาชิก ตามตัวชี้วัดและรายงานเชิงคุณภาพที่ จะระบุปัจจัยเสี่ยง ความท้าทาย การถอดบทเรียน และกรณีศึกษา ด้วย และเมื่อสิ้นสุดแผน GPW13 จะมีการรายงานภาพรวมทั้งหมดอีกครั้งตลอดช่วง 2019-2023
---	---

- วาระนี้ขอให้ที่ประชุมรับทราบรายงานและให้ข้อเสนอแนะต่อการวิธีการวัดผลตาม WHO results framework นี้ ซึ่งจะมีการนำไปพิจารณาต่อที่ WHA73 ต่อไป

(2) รายงาน WHO resource mobilization strategy (เอกสาร EB146/29)

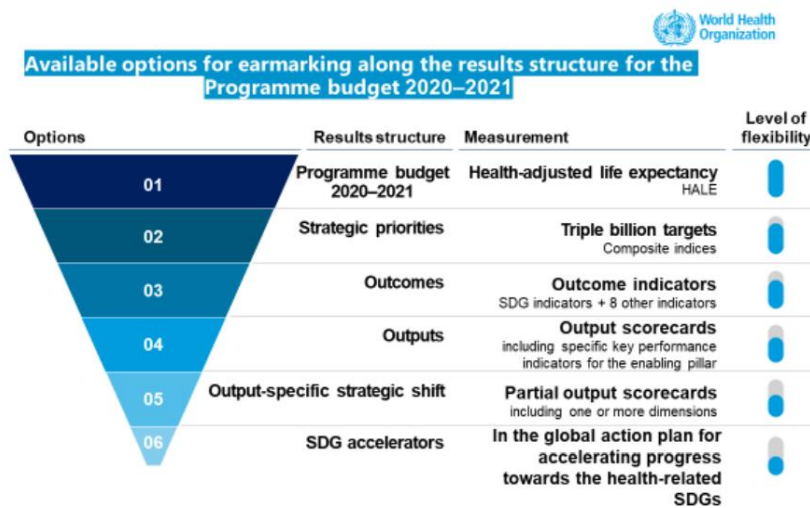
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_29-en.pdf

- การทำงานขององค์การอนามัยโลกตาม GPW 13 เพื่อบรรลุ Triple billion targets มีการตั้งงบประมาณไว้ 14.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ (assessed contributions 17% และ voluntary contributions 83%) ซึ่งงบประมาณนี้เพิ่มขึ้นประมาณ 14% จากในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
- งบ 14.1 พันล้านเหรียญสหรัฐสำหรับ GPW 2019-2023 แบ่งเป็น
 1. Base budget 10.0 พันล้าน
 2. Humanitarian response 2.5 พันล้าน (งบก่อนนี้ได้รับจากผู้บริจาคที่ไม่ใช่รัฐบาล)
 3. Polio eradication 1.6 พันล้าน (โดยงบจริงของงบงาน Polio eradication จากปรับการขยายเวลาถึง 2023 อาจเพิ่มอีกเป็น 1.9 พันล้านทำให้งบรวมเป็น 14.4 พันล้าน)
- The resource mobilization strategic framework for 2019–2023 ประกอบด้วย 4 เสาหลัก ได้แก่ (1) Established government partners, (2) Philanthropic partners, (3) Funds, international development banks and multilaterals และ (4) Innovative financing and revenue-producing activities

วัตถุประสงค์สำคัญของ resource mobilization strategy	เนื้อหาสำคัญ
(1) การเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์ (predictability) and ความยืดหยุ่น (flexibility) ของการใช้ทุน	กิจกรรมที่องค์การอนามัยโลกจะดำเนินการ เช่น การขยายความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพกับองค์กรและภาคส่วนอื่น ๆ , การพัฒนา funding mix, การจัดตั้ง WHO Foundation เพื่อบริหารการระดมทุนจากภาคเอกชนตามหลักการ FENSA, การศึกษาพัฒนา innovative financing for global health ข้อเสนอการจัดสรรงบ PB 2020-2021 ตาม results และ measurement แสดงตามรูป 2
(2) การเพิ่มการระดมทุนที่	คาดว่าจะมีการระดมทุนในระดับประเทศเพิ่มได้ 20-25 % ระหว่างปี

ระดับประเทศ (เพื่อการแก้ปัญหาในบริบทเฉพาะเจาะจงของประเทศ)	2019- 2023 กิจกรรมนี้อาจช่วยเพิ่มทุนของ WHO country office ด้วย โดยกิจกรรมที่องค์การอนามัยโลกจะดำเนินการ เช่น การสร้างความตระหนักในมิติ comparative advantage ของงาน WHO ในระดับประเทศ, การเพิ่มทุนและพัฒนาความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับประเทศ โดยการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาแผนงบประมาณประเทศ, และการพัฒนา the new Contributor Engagement Management (CEM), การปรับปรุงและพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับการปฏิรูปองค์กร UN ในระดับประเทศที่กำลังดำเนินการอยู่
---	--

Fig. 2. Proposed thematic and strategic engagement funding model to finance GPW 13 and the Programme budget 2020–2021



- องค์การอนามัยยังรายงานการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานภายในขององค์กร เช่น การมีทีม partner engagement teams, การปรับโครงสร้างองค์กรและการจัดสรรงบประมาณในสามระดับ
- วาระนี้ขอให้ที่ประชุมรับทราบรายงานและระบุว่าองค์การอนามัยโลกจะติดตามและดำเนินการยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ และจะรายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอต่อไป

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศสมาชิกสนับสนุนข้อเสนอแนะตาม PBAC report เห็นชอบกับการวัดผลแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลกแบบใหม่ ซึ่งเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับ SDGs อย่างไรก็ตามยังกังวลถึงการเก็บข้อมูลการวัดผลจริงขององค์การอนามัยโลกทั้งสามระดับที่ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ยังมีตัวแปรหลายตัวที่ยังไม่มีข้อมูลในระดับประเทศ การวัดผล Output measurement (scorecard) ในระดับประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่ไม่มี Country Office ในขณะที่บังคลาเทศขอเพิ่มตัวชี้วัดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ (ถ้าเพิ่มได้) นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกยังเสนอให้กระบวนการพัฒนา Result framework ที่กำลังดำเนินการเป็นไปอย่างโปร่งใส

บทบาทและท่าทีของประเทศไทย (ไม่ได้นำเสนอ intervention)

ความคิดเห็นต่อ WHO results framework ประเทศไทยชื่นชม WHO ในความพยายามพัฒนา Effective coverage และการจัดประชุมปรึกษาหารือกับประเทศสมาชิกในระดับภูมิภาค SEAR พฤศจิกายน 2019 ที่ผ่านมามีประเทศไทยจะเข้าร่วมกระบวนการในการพัฒนาจนกว่าจะได้กรอบรายงานฉบับสมบูรณ์

ระหว่างการสรุปการตัดสินใจ WHO ควรวางแผนในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบในการรายงานข้อมูลของประเทศ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในระดับประเทศเพื่อการติดตามความก้าวหน้าและพัฒนานโยบายตามบริบทของประเทศ

ส่วนการบริหารงบประมาณขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยยืนยันหลักการเดิมอีกครั้ง ได้แก่

- (1) การระดมงบประมาณ Assessed contributions มากขึ้น และเพิ่มความยืดหยุ่นของการใช้งบส่วน voluntary contributions โดยการจำกัดการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ (Earmarking) ของงบประมาณส่วนนี้ของผู้บริจาค (Note จากนพ.สุวิทย์: สัดส่วน voluntary contributions ปัจจุบัน สูงถึง 83% ของงบประมาณทั้งหมด และได้รับมาจากเพียงแหล่งทุนใหญ่ๆ เพียงไม่กี่แหล่ง)
- (2) ความโปร่งใสในการระดมทุนและการรับทุนจากแหล่งทุนโดยการขัดแย้งทางผลประโยชน์ ได้แก่ การไม่รับทุนจากภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ โดยเฉพาะจากอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ และ อุตสาหกรรมอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ที่ยังไม่มีการระบุรายละเอียดชัดเจนใน WHO FENSA โดยคำนิยามของอุตสาหกรรมเหล่านี้ต้องมีความชัดเจนมากขึ้น
- (3) การพัฒนาศักยภาพของประเทศและภูมิภาคในการระดมทุน โดยองค์การอนามัยโลกควรต้องลงทุนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของงบประมาณในการทำงานที่ใน Health information System ระดับประเทศ โดยพิจารณาสนับสนุนประเทศตามชำนาญและความก้าวหน้าในมิติต่าง ๆ ของ Health information System

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมให้พิจารณาข้อเสนอแนะจากที่ประชุม PBAC ในส่วนของ Result Framework ประกอบ

(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_3-en.pdf) ได้แก่

- (a) maintain a sharp focus on gender, equity and human rights as well as on value for money;
- (b) publish data from the UN System-wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women;
- (c) ensure alignment of results reporting with reporting on the Sustainable Development Goals, and minimize placing an additional reporting burden on countries;
- (d) ensure strong involvement of Member States in piloting measurement of the results framework;
- (e) increase capacity and alignment for data management at all three levels;
- (f) consider providing a stepwise roll-out of the reporting framework; and

(g) upon request, help to strengthen country capacity for data and health information systems and provide timely, reliable and actionable data to drive impact

ส่วน Resource Mobilization (เนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในวาระ 21.2) เนื้อหาสำคัญได้แก่การจัดสรรงบประมาณสำหรับการทำงานด้าน NCDs และ Health Emergency ให้เพียงพอ, ความยืดหยุ่นในการใช้งบประมาณส่วน voluntary contributions, การเพิ่ม Pooled funding และความร่วมมือกับ Nonstate Actors ตาม FENSA ในการระดมทุน

องค์การอนามัยโลกรับทราบข้อจำกัดของการไม่มีข้อมูลในระดับประเทศที่จะต้องรายงานตามตัวชี้วัด จะดำเนินการสรุปผลการหารือการพัฒนา Result framework รวมถึงการพิจารณาผลจากการทดลองวัดผลในประเทศนำร่อง และแจ้งต่อผลต่อประเทศสมาชิกเพื่อพิจารณาต่อไป โดยเสนอให้รับดำเนินการให้แล้วเสร็จตามกรอบเวลา

Agenda 21.2 Financing and implementation of program budget 2018-2019 and outlook on financing of the Programme budget 2020 – 2021

ผู้รับผิดชอบ

- ๑. พันตำรวจตรีหญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ
 - ๒. ทพ. ดร.วิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- Mentor: นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้นำเสนอภาพรวมของสถานะการเงินของแผนงบประมาณ ค.ศ. 2018 -2019 และความก้าวหน้าการใช้จ่ายเงินตามแผนการที่วางไว้รวมทั้งมาตรการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ สถานะ ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 โดย(ตารางที่ 1) โดยมีอัตราการดำเนินงานของแผนงานพื้นฐานร้อยละ 75 ซึ่งต่ำกว่าอัตราที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งคาดว่าจะมีอัตราการใช้งบประมาณถึงร้อยละ 90 ทั้งนี้ สำนักงานในภูมิภาคต่างๆได้มีความพยายามในการดำเนินงานตามแผนงบประมาณอย่างเต็มที่ โดยสำนักงานใหญ่และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้งบประมาณสูงสุด (ตารางที่ 2) โดยแผนงานใน Category 1, 4, 6 อัตราในการดำเนินงานสูงที่สุดกว่าแผนงานของ Category อื่นๆ (ตารางที่ 3)

Table 1. Programme budget 2018–2019 and its financing, including projections and expenditure, by segment, as at 30 September 2019

Segment	Approved Programme budget 2018–2019 (US\$ millions)	Financing (US\$ millions)	Financing as % of approved budget	Expenditure (US\$ millions)	Expenditure as % of approved budget
Base programmes	3400.3	3604.7	106%	2549.4	75%
Polio	902.8	1247.4	138%	843.7	93%
Humanitarian response plans and other appeals		1395.3		955.9	
Special programmes	118.4	156.1	132%	85.6	72%
Total	4421.5	6403.5		4434.6	

Table 2. Financing of base Programme budget 2018–2019, including projections and expenditure, by major office, as at 30 September 2019

Major offices	Approved Programme budget 2018–2019 (US\$ millions)	Financing (US\$ millions)	Financing as % of approved budget	Financing including projections (US\$ millions)	Financing including projections as % of approved budget	Expenditure (US\$ millions)	Expenditure as % of approved Programme budget
Africa	834.1	791.7	95%	792.2	95%	582.9	70%
The Americas	190.1	136.5	72%	136.5	72%	116.1	61%
South-East Asia	288.8	295.4	102%	299.2	104%	219.2	76%
Europe	256.4	247.4	96%	247.7	97%	190.1	74%
Eastern Mediterranean	336.0	329.2	98%	330.9	98%	229.7	68%
Western Pacific	281.3	256.2	91%	264.7	94%	198.5	71%
Headquarters	1 213.6	1 419.9	117%	1 444.2	119%	1 012.9	83%
Undistributed		42.1		89.4			
Total	3 400.3	3 518.4	103%	3 604.7	106%	2 549.4	75%

Table 3. Base Programme budget 2018–2019 and its financing, including projections and expenditure, by category, as at 30 September 2019

Category	Approved Programme budget 2018–2019 (US\$ millions)	Financing (US\$ millions)	Financing as % of approved budget	Financing including projections (US\$ millions)	Financing including projections as % of approved budget	Expenditure (US\$ millions)	Expenditure as % of approved budget
1. Communicable diseases	805.4	981.2	122%	990.8	123%	667.8	83%
2. Noncommunicable diseases	351.4	306.2	87%	314.1	89%	219.9	63%
3. Promoting health through the life course	384.3	347.6	90%	359.0	93%	245.4	64%
4. Health systems	589.5	657.2	111%	666.6	113%	468.8	80%
E. Health Emergencies Programme	554.2	470.5	85%	476.7	86%	361.0	65%
6. Corporate services/enabling functions	715.5	715.0	100%	715.8	100%	586.5	82%
Undistributed		40.7		81.7			
Total	3 400.3	3 518.4	103%	3 604.7	106%	2 549.4	75%

ในส่วนของ Flexible funds (AC, Programme support cost, core VC) ซึ่งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกสามารถจัดสรรเงินในส่วนนี้ได้ ตาม priorities ที่กำหนดในแผนงบประมาณ มีการจัดสรรจำนวน 1548.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับการดำเนินงาน (ตารางที่ 4) โดยภูมิภาคอเมริกามีการพึ่งพา Flexible funds สูงถึงร้อยละ 76 สถานะของการจัดสรร flexible funds (ณ วันที่ 30 กันยายน 2562) (ตารางที่ 5)

Table 4. Summary of flexible funds made available for implementation in 2018–2019, as 30 September 2019

Flexible fund type	Available funding (US\$ millions)	Expenditure (US\$ millions)
Assessed contributions	956.9	803.7
Core voluntary contributions	147.3	89.6
Programme support costs	444.4	329.2
Total	1 548.6	1 222.5

Table 5. Base programmes financing, by fund type and major office, as at 30 September 2019

Major offices	Flexible funds	Voluntary contributions
Africa	39%	61%
The Americas	76%	24%
South-East Asia	51%	49%
Europe	41%	59%
Eastern Mediterranean	46%	54%
Western Pacific	43%	57%
Headquarters	39%	61%
Total	42%	58%

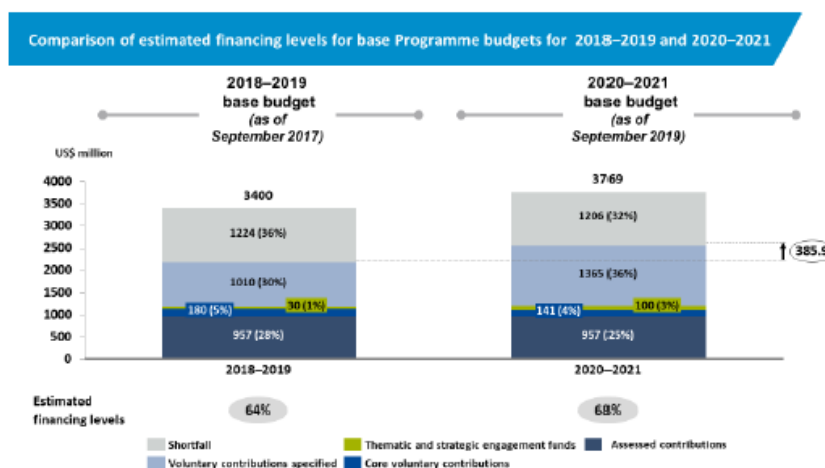
โดย Category 6 และ 2 มีการใช้เงิน Flexible funds มากอันดับที่ 1 แล 2 ตามลำดับ ส่วนงบประมาณของ Category 1 และแผนงานของ category 1 ส่วนใหญ่เป็นเงินบริจาค (VC) แสดงให้เห็นถึงความสนใจของผู้บริจาคที่ยังให้ความสำคัญในการจัดการโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดต่อที่ป้องกันได้โดยวัคซีน (ตารางที่ 6)

Table 6. Base programmes financing, by fund type and category, as at 30 September 2019

Categories	Flexible funds	Voluntary contributions
1. Communicable diseases	14%	86%
2. Noncommunicable diseases	45%	55%
3. Promoting health through the life course	37%	63%
4. Health systems	33%	67%
E. Health Emergencies Programme	37%	63%
6. Corporate services/enabling functions	95%	5%
Total	42%	58%

สำหรับแผนงบประมาณ ปี ค.ศ. 2020- 2021 นั้นสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 72 ได้อนุมัติงบประมาณจำนวน 5840.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มจากแผนงบประมาณ ปี ค.ศ. 2018 -2018 ร้อยละ 11 โดยแผนงาน WHO emergency operations and appeal section ได้รับการจัดสรรงบประมาณในแผนงบประมาณนี้ด้วยเพื่อให้มั่นใจว่าองค์การอนามัยโลกมีศักยภาพที่เพียงพอในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (รูปด้านล่าง)

Fig. Comparison of estimated financing levels for base Programme budgets 2018–2019 and 2020–2021 (US\$ million)



งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรให้กับแผนงบประมาณมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและผู้บริจาคให้เงินบริจาคแบบมีเงื่อนไขน้อยลง แต่อย่างไรก็ดี มีความห่วงกังวลต่อประเด็นที่องค์การอนามัยโลกยังคงพึ่งพาเงินจากผู้บริจาค (จากผู้บริจาครายใหญ่จำนวน 15 ราย) คิดเป็นร้อยละ 70 ของงบประมาณของแผนงานที่เป็น base programme) องค์การอนามัยโลกจำเป็นต้องขยายฐานของผู้บริจาคให้มากขึ้นเพื่อระดมทุนให้ได้ตามที่กำหนดไว้ในแผนงบประมาณ ค.ศ. 2020 - 2021

ข้อเสนอแนะของ PBAC

- เรียกร้องให้ผู้บริจาค (donors) ให้เงินบริจาคที่ไม่มีเงื่อนไขและเพิ่มจำนวนเงินบริจาค
- การกระจายงบประมาณที่เป็น Flexible fund ให้กับแผนงานต่างๆและสำนักงานหลัก (Major Offices) ที่เป็นธรรม
- ส่งเสริมให้มี multiannual funding and pooled funding ระหว่างประเทศสมาชิก
- ให้ความสำคัญต่อแผนงานที่ขาดงบประมาณ รวมทั้งแผนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ

๕. ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายเลขานุการและองค์กรที่เป็นหุ้นส่วนกับองค์การอนามัยโลก ในการแก้ไขปัญหาการกระจายงบประมาณที่ไม่เท่าเทียมระหว่างแผนงานด้านต่างๆและ categories
๖. เพิ่มข้อมูลความก้าวหน้าตามเป้าหมายรวมทั้งเป้าหมายการมีประสิทธิภาพ (efficiency target) ในรายงานครั้งต่อไป
๗. เพิ่มข้อมูล United Nations Funding Compact ในรายงานที่จะเสนอสมัชชาอนามัยโลก

ทำที่ประเทศอื่นๆ

- แสดงความกังวลต่อการมีงบประมาณที่ไม่เพียงพอในแผนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแผนงานฉุกเฉินด้านสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เท่าเทียมระหว่างสำนักงานหลักต่างๆ
- การพึ่งพิงเงินบริจาคจากผู้บริจาคซึ่งมีจำนวนเพียง 15 รายเท่านั้นทำให้ยากต่อการคาดการณ์จำนวนเงินจะได้รับบริจาค

ทำที่ประเทศไทย

- กังวลต่อการดำเนินงานตามแผนงบประมาณ ค.ศ. 2018- 2019 ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ การพึ่งพาเงินบริจาคถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเงินบริจาคที่มีเงื่อนไข และการพึ่งพาผู้บริจาครายใหญ่เพียง 15 รายเท่านั้น
- ควรขยายฐานของผู้บริจาคให้กว้างขึ้นและเรียกร้องให้การบริจาคไม่มีเงื่อนไขเพื่อระดมทุนให้ได้ตามเป้าหมายของแผนงบประมาณ ค.ศ. 2020 – 2021

ผลลัพธ์ของวาระ

- ที่ประชุมฯรับทราบรายงานภาพรวมของสถานะการเงินของแผนงบประมาณ ค.ศ. 2018 -2019 และ ค.ศ. 2020-2021
- เห็นชอบต่อข้อเสนอแนะของ PBAC

Intervention by Dr Suwit Wibulpolprasert

Chair,

Much that we are impressed with the high proportion of flexibility fund, we would like to learn about its trend in the past 10 years. We would like to reiterate that the 13% overhead or program support cost, was meant to support implementation of VC, mostly earmarked, so it may not be really flexible.

Chair,

We greatly concern about the continuous declining of the proportion of AC, now down to 17%. WHO is moving from a star with its own light from the constitution and AC, to a planet which depends on light shed on it by just around 10-15 donors, some of them are not even Member States.

We would prefer to see a WHO as a smaller star with its own light like 30 years ago.

Agenda 22.1 WHO reform

ผู้รับผิดชอบ

1. พันตำรวจตรีหญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ
 2. ทพ. ดร.วิศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- Mentor: นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้นำเสนอ 3 เรื่องของการปฏิรูปองค์การอนามัยโลก และ ร่าง Decision ดังนี้

1. **การนำเสนอ Draft Guideline for written statements** relating to meetings of the WHO governing bodies to be posted on the dedicated WHO webpage โดยกำหนดให้ประเทศสมาชิกส่ง Written statement เพื่อเป็นข้อมูล (information purpose) ในวาระที่มีความประสงค์ ทางอีเมล statements@who.int ในรูปแบบ text ไม่เกิน 500 คำ สำหรับเสนอในนามประเทศ ไม่เกิน 800 คำ หากเสนอในนามกลุ่ม หรือภูมิภาค โดยสามารถใช้ภาษาทางการที่องค์การอนามัยโลกใช้ 6 ภาษา (โดยไม่จำเป็นต้องแปล) และไม่ใช่ offensive language โดยให้เสนอ written statement ได้จนถึงวันที่ปิดการประชุมและจะมีอายุ 2 ปี ทั้งนี้ written statement จะไม่ถูกรวมอยู่ใน Official record of the meeting

The Executive Board, having considered the report on WHO reform, decided:

- (1) that the guidelines contained in Annex 1 to the report on WHO reform¹ will be applied on a trial basis from the closure of the 146th session of the Executive Board until the closure of the 149th session of the Executive Board;
- (2) to request the Director-General to report on the use of the guidelines to the Executive Board at its 149th session.

2. **ระบบอภิบาล (governance)** เสนอให้ที่ประชุมฯ พิจารณา

(1) ข้อเสนอต่อ Reporting requirements) ของ Resolution/ Decision

(2) การเสนอ Progress report ให้ที่ประชุม EB พิจารณา (ขณะนี้ ให้ที่ประชุม WHA พิจารณา

Progress report (WHA 67.2))

(3) การกำหนดระยะเวลาและการมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิกในการจัดทำยุทธศาสตร์โลก (Global strategies) และ แผนปฏิบัติการ (Action plans) ต่างๆ ซึ่งปัจจุบันมียุทธศาสตร์โลกและแผนปฏิบัติการ (Action plans) ทั้งหมด 32 ฉบับ โดยจำนวน 13 ฉบับจะมีหมดอายุในกรอบเวลาของ GPW 13 (2019-2023) โดยฝ่ายเลขานุการเสนอให้บรรจวาระของยุทธศาสตร์โลก/แผนปฏิบัติการที่จะหมดอายุภายใน 1 ปี ในการประชุม governing body ขององค์การอนามัยโลก และให้มีการหารือระดับภูมิภาค (Regional consultations) ในการจัดทำยุทธศาสตร์โลก/แผนปฏิบัติการ

(4) พิจารณาร่าง Decision ที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

- (1) เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลก

○ สำหรับข้อมติ/ข้อตัดสินใจที่มีอายุ 6 ปี ขึ้นไป และไม่มีกำหนด Reporting requirement

- (i) กำหนดหัวข้อที่เป็น Reporting requirement ว่าจะรายงานต่อที่ประชุมใด เมื่อใด และรายงานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อของข้อมติ/ข้อตัดสินใจ
 - (ii) กำหนดเกณฑ์สำหรับการเสนอข้อยกเว้น (exceptions) การรายงานที่กำหนดไว้ 6 ปี
 - (iii) ประยุกต์ใช้เกณฑ์ตาม (1) (a) (ii) ในการจัดทำ List ของข้อมติและข้อตัดสินใจที่ถูกกำหนดให้ไม่ต้องมีการรายงาน (Sunsetting)
 - สำหรับข้อมติ/ข้อตัดสินใจที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี และไม่มีกำหนด Reporting requirement
 - (i) กำหนดหัวข้อที่เป็น Reporting requirement ว่าจะรายงานต่อที่ประชุมใด เมื่อใด และอธิบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อของข้อมติ/ข้อตัดสินใจ
 - (ii) ประยุกต์ใช้เกณฑ์ตาม (1) (a) (ii) ในการจัดทำข้อเสนอแนะ วงรอบของการรายงาน (reporting cycle)
 - กรณีที่ต้องรายงานในหัวข้อที่คล้ายกัน ให้จัดทำข้อเสนอแนะ ที่รวบรวมและพัฒนาจาก Reporting requirements ในบริบทของ Sunsetting exercise
 - นำเสนอข้อเสนอแนะตามข้อ (a) - (c) ต่อการประชุมอย่างไม่เป็นทางการของประเทศสมาชิกและส่งร่างสุดท้ายของข้อเสนอแนะให้ที่ประชุม EB 148 พิจารณา
- (2) เสนอให้ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 รับรองร่าง Decision

The Seventy-third World Health Assembly decided:

(1) that progress reports shall henceforth be considered only by the Executive Board and no longer by the Health Assembly, starting from the end of this session;

(2) that comments and inputs on global strategies, policies and legal instruments such as conventions, regulations and codes, made in line with decision WHA65(9) (2012), may be understood to include those provided by Member States in the context of technical meetings, informal consultations and other intergovernmental meetings in the regions;

(3) to request that the Director-General systematically include as substantive items on the agendas of meetings of the WHO governing bodies any global strategies or action plans that are scheduled to expire within one year in order to allow Member States to consider whether global strategies or action plans have fulfilled their mandates, should be extended and/or need to be adjusted.

3. การมีส่วนร่วมของ Non-state actors ในการประชุมระบอบกบิลขององค์การอนามัยโลก (involvement of non-state actors in WHO's governing bodies)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ผู้แทนองค์กรที่เป็น Non-state actors ที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการเข้าร่วมการประชุมระบอบกบิลขององค์การอนามัยโลกในฐานะผู้สังเกตการณ์และสามารถกล่าว statement ได้หลังที่ประเทศสมาชิกกล่าวแล้ว หลังปี ค.ศ. 2016 ที่องค์การอนามัยโลกได้รับรอง FENSA ทำให้จำนวนของ NSA เข้าร่วมการประชุมขององค์การอนามัยโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและการกล่าว statement ของผู้แทน NSA มีผลต่อการอภิปรายน้อยทำให้ประเทศสมาชิกแสดงความไม่พอใจต่อระบบในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้หารือกับองค์กรที่เป็น NSA ทั้งที่มีและไม่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการด้วยผ่านเว็บไซต์ระหว่างเดือนสิงหาคม -

กันยายน 2562 ซึ่งผลการหารือพบว่า ผู้แทน NSA ส่วนใหญ่เข้าร่วมการประชุมระดับ ระเบียบอภิบาลขององค์การอนามัยโลก (EB, WHA) เข้าประชุมในระดับภูมิภาคและระดับประเทศน้อย เห็นด้วยที่จะให้มีการเสนอ Statement ในนามกลุ่มองค์กร (constituencies) และเสนอให้ WHO จัด informal meeting กับ NSA หลังการประชุม WHA เพื่อเปิดโอกาสให้ NSA มีส่วนร่วมในการจัดการระบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลก และมีความประสงค์ที่จะแลกเปลี่ยนวิชาการกับฝ่ายเลขานุการและประเทศสมาชิกด้วย

ผลการหารือข้างต้น ฝ่ายเลขานุการได้เสนอการดำเนินงานในลำดับต่อไป ดังนี้

๑. ควรทดลองรูปแบบใหม่ ของการมีส่วนร่วมของ NSA ในการประชุมระบบอภิบาลองค์การอนามัยโลก โดยอาจเริ่มในการประชุม WHA 73 หรือ WHA 74
๒. อาจจะทำ Informal meeting /side events ระหว่างประเทศสมาชิกและ NSA คู่ขนานกับการประชุม PBAC ก่อนการประชุม WHA (หมายเหตุ : การประชุม Informal consultation in Jan 2020, the majority disagreed to convene the informal meeting between MS and NSA before WHA)
๓. เสนอ joint statement ได้ 5 statements ในนามของ constituencies และไม่อนุญาตให้เสนอในนามองค์กรเดียวในวาระที่เสนอ Joint statement แล้ว แต่สามารถส่งให้ post ทางเว็บไซต์ได้
๔. ให้เสนอ individual statement ได้ 3 statement
๕. จำกัดจำนวนผู้แทนของ NSA ที่จะเข้าร่วมประชุม WHA ไม่เกิน 25 คน
๖. ฝ่ายเลขานุการจะบริฟและประสาน กับ NSA ก่อนการประชุมระบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลก และเสนอให้ที่ประชุมพิจารณาว่าควรเริ่มทดลองตามข้อ 1 - 6 ในการประชุม WHA 73 หรือ เริ่มปฏิบัติเลยในการประชุม EB 147 – WHA 74

ทำที่ประเทศอื่นๆและ NSA

- เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับ NSA เป็นสิ่งที่ดีและส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์การอนามัยโลก
- กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายการจัด Informal meeting ระหว่างประเทศสมาชิกและ NSA ก่อนการประชุมสมัชชาอนามัยโลก และอาจจะมีจำนวนประเทศสมาชิกและผู้แทน NSA เข้าร่วมการประชุมที่จำกัด
- เสนอให้มีการหารือเรื่องรูปแบบของการจัดประชุม วาระการประชุม
- NSA ไม่เห็นด้วยที่จำกัดจำนวนผู้แทนเข้าร่วมการประชุมระบบอภิบาลขององค์การอนามัยโลกและจำกัดจำนวน Intervention

ทำที่ประเทศไทย

- สนับสนุนร่าง Decision on written statement guideline
- ไม่เห็นด้วยที่จะให้วาระ Progress report เป็นวาระของการประชุม EB เท่านั้น
- สนับสนุนต่อข้อเสนอรูปแบบการทำงานกับ NSA แต่ไม่เห็นด้วยต่อการจัดประชุม informal meeting ระหว่างประเทศสมาชิกกับ NSA ก่อนการประชุมสมัชชาอนามัยโลก เนื่องจากต้องใช้เงินจำนวนมาก
- เสนอให้มีการทดลองก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ของวาระ

1. Adopt the decision on written statement guideline, with amendments on the language translation issue

2. Adopt the decision contained in EB 146/32 (Key recommendation-- the WHA73 to adopt the progress report to be considered by the EB only, starting from the end of WHA73)
3. Modalities of NSA involvement
 - a. Implement as a trial basis, starting from EB 148
 - b. Discuss in more details on the necessity and timeline of informal meeting between MSs and NSA at EB 148

Intervention on governance

-Thank you Chair, Thailand is of the view that the progress reports should be reviewed by the Health Assembly where all MSs are participating in. We observed that in the recent years, this agenda came in the last day of the Health Assembly with a time limit for discussion. We propose that the secretariat should address this issue, in consultation with MSs. Thank you Chair.

Intervention on NSA involvement

-Thank you, Chair, Thailand welcomes the proposed new modalities of NSA involvement in WHO's governing bodies, but we are not certain about the informal meeting between MS and NSA held preceding the WHA, due to financial implications and the number of participant, as well articulated by some EB members. Thailand supports that the modalities of NSA involvement in the WHO governing bodies should be tested before the further changes are made. Thank you, Chair.

Annex: Questions from Mentor on WHO reform (for learning purpose)

Q1. Written statements that are not included in the official record of the meeting would not be useful. Why do they do it? I guess few countries may do it or may be only the INGOs.

Reply: *This practice allows MS to share info regarding country information and measures taken in the country in relation to the respective agenda. It has been introduced for a while. With that the written guidance is introduced for MSs. All MSs know that their written statement will not be in the official record.*

Q2. Do we agree that the progress of implementing WHA resolutions be reported only to the EB not WHA??

Reply: *This issue was raised at the prep meeting, but no advice was given. I observed that the progress report at the WHA, only few countries made interventions on the progress reports agenda, and they were often merged within its cluster for discussion, with time limit, which I personally think, that this practice has no much value addition. Secretariat then proposed that Member States may wish to consider whether discussion of progress*

reports by the Executive Board (rather than by the Health Assembly). This will be more consistent with the Board's mandate to "give effect to the decisions and policies of the Health Assembly".

Q2.1 Any decision by the EB should be reported to the EB but decisions by the WHA should be reported to the WHA??

Reply: WHA 67.2

Q3. WHO governing bodies should be translated as ระบบอภิบาล หรือ กลไกอภิบาล ไม่ใช่ อภิบาลระบบ

Reply: Thank you ka.

Q4. The issue of NSA is sensitive, and we should let them test it before full implementation.

Reply: OK.

Agenda 22.2 Engagement with non-State actors

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

๑. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิรดา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
๒. พ.ต.ต. หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้ประกอบด้วย 2 วาระย่อยได้แก่ Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors และ Non-State actors in official relations with WHO
- การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตาม Framework of Engagement with Non-State Actors โดยการทำงานขององค์การอนามัยโลกที่ผ่านมา ได้แก่
 - การกำหนดหลักเกณฑ์ของการ secondment และ intern ของบุคลากรจากองค์กรนอกภาครัฐ
 - การสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรขององค์การอนามัยโลก
 - การจัดทำคู่มือในการทำงานร่วมกับองค์กรนอกภาครัฐ
 - การลงทะเบียนขององค์กรนอกภาครัฐที่มีความประสงค์จะทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้พบปัญหาภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ
 - ในการทำงานต่อไปจะสร้างความสอดคล้องกับระบบของ United Nations
- การพิจารณาองค์กรนอกภาครัฐที่จะมีความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับองค์การอนามัยโลก
 - องค์กรที่สมัครเข้าร่วมใหม่ จะพิจารณาจากบทบาทที่ผ่านมา และแผนงาน 3 ปีที่จะทำร่วมกับองค์การอนามัยโลก (ค.ศ.2020-2022) องค์กรที่ผ่านการพิจารณามี 3 องค์กร ดังนี้

องค์กร	ข้อมูลทั่วไป	บทบาท
Fundación Anesvad	ก่อตั้งในปีค.ศ. 1968 มีสำนักงานใหญ่ที่ประเทศสเปน	สนับสนุนผู้ป่วย leprosy ต่อมาขยายบทบาทในเรื่องควบคุมและกำจัดโรค neglected tropical disease อื่นๆในพื้นที่ sub-Saharan Africa
The Clinton Health Access Initiative, Inc.	ก่อตั้งในปีค.ศ. 2002 โดยแยกตัวจาก Clinton Foundation ในปีค.ศ. 2010 มีสำนักงานใหญ่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา	มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS เพิ่มการเข้าถึงการรักษา antiretroviral โดยการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา มีแผนการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลก ในการจัดทำ optimal pediatric formulations การสนับสนุนการดำเนินงานตาม WHO global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021 การสนับสนุนการจัดทำร่าง global strategy to accelerate cervical cancer elimination อีกด้วย
World Association for Sexual Health	ก่อตั้งในปีค.ศ. 1978 มีสำนักงานใหญ่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา เดิมเคยมีความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก แต่ไม่ได้รับการต่ออายุในปีค.ศ.2017 เนื่องจากส่งเอกสารล่าช้า จึงต้องรอ 2 ปีเพื่อยื่นเรื่องอีกครั้ง	มีเป้าหมายเพื่อการให้ความรู้แก่สังคมในเรื่อง sexual health โดยจะมีความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกในการสนับสนุนการสร้างความตระหนักต่อ WHO operational framework of sexual and reproductive health

- การพิจารณาการดำเนินงานขององค์กรนอกภาครัฐที่อยู่ในฐานรายชื่อขององค์การอนามัยโลก โดยในแต่ละปีองค์การอนามัยโลกจะพิจารณาการดำเนินงานขององค์กรต่างๆประมาณหนึ่งในสามขององค์กรทั้งหมด เพื่อพิจารณาว่าองค์กรเหล่านี้จะคงสภาพการทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกหรือไม่ ครั้งนี้ได้พิจารณาองค์กรทั้งสิ้น 70 องค์กร มีผลดังนี้
 - พิจารณาให้ 66 องค์กร สามารถทำงานร่วมกับองค์การอนามัยโลกต่อไปได้
 - พิจารณาให้ International Rescue Committee เลื่อนการประเมินผ่าน EB148 แทน
 - พิจารณาให้ยกเลิกการทำงานร่วมกับ 3 องค์กร ได้แก่ International Occupational Hygiene Association, Human Rights in Mental Health – FGIP และ International Alliance of Women: Equal Rights Equal Responsibilities
- มีองค์กรที่ขอเปลี่ยนชื่อ ได้แก่ Global Self-Care Federation โดยเปลี่ยนจาก World Self-Medication Industry
- เอกสารนี้มีข้อตัดสินใจในเรื่องการพิจารณาการดำเนินงานร่วมกับองค์กรนอกภาครัฐ ตามรายละเอียดข้างต้น

บทบาทร่วมกันของประเทศไทย

ที่ประชุม PBAC ได้เสนอข้อเสนอแนะ ตามเอกสาร EB146/3 ดังนี้

- (a) take measures to strengthen the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors in full transparency;
- (b) proceed promptly to implement the recommendations contained in paragraphs 42 to 47 of document EB146/38 Add.2, paying particular attention to recommendations 1, 4 and 6;
- (c) ensure that best practices on implementation of the Framework are disseminated and shared with the regional and country offices;
- (d) provide adequate training on implementing the Framework to staff at all three levels of the Organization;
- (e) allocate sufficient funds for implementation of the Framework at all three levels of the Organization;
- (f) enhance the range and quality of information available in the WHO Register of nonState actors, and enhance its usability;
- (g) present a full management response to the evaluation, and report regularly to the Executive Board through the Programme, Budget and Administration Committee on progress in implementation of the Framework; and
- (h) implement the recommendations of the Independent Expert Oversight Advisory Committee as outlined in paragraph 35 of document EBPBAC31/2.

ที่ประชุมเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของ PBAC และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ การสร้างการทำงานร่วมกันกับ Non-State actors การจัดทำแผนการทำงาน (action plan) เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิก การแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน ให้องค์การอนามัยโลกเสนอผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และให้ศึกษาแนวทางการทำงานร่วมกับ NSA จากองค์กรอื่นๆ

บทบาทร่วมกันของประเทศไทย (แบบ intervention ตอนท้าย)

- ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบธรรมาภิบาลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างประเทศต่างๆและองค์กรนอกภาครัฐ
- บทบาทขององค์การอนามัยโลกในการสร้างเวทีเพื่อให้ประเทศต่างๆและองค์กรนอกภาครัฐ เกิดการทำงานร่วมกัน นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก
- เรียกร้องให้มีการนำเสนอผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะทั้ง 6 ข้อตามรายงานการประเมิน FENSA

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับรองรายงาน และข้อตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ กรม/กอง หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)
กองการต่างประเทศติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามกรอบ FENSA ทั้งในระดับสำนักงานใหญ่ ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด

Intervention on Agenda 22.2 Engagement with non-State actors

Read by Warisa Panichkriangkrai (4/02/2020)

Thank you, Chair.

The transparent collaboration between NSA and state based on the principle of ‘participatory governance’ is the most essential component of good governance, which WHO should strongly advocate.

WHO, with its social capital, can facilitate the development of platforms for the NSA and state actors in each country to collectively govern important health programs especially those related to the triple billion goals. This will ensure success and sustainability.

Finally, we would like to see tangible outcomes of the six recommendations set out in Initial evaluation of the Framework of Engagement with Non-State Actors.

Thank you, Chair.

ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงาน

1. ดร. ทันตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

- วาระนี้เป็นการเสนอความก้าวหน้าสืบเนื่องจากการประชุม EB144 ที่ให้ฝ่ายเลขาธิการศึกษา cost-effectiveness และแนวทางการพิจารณา world health days และนำเสนอต่อที่ประชุม
- ปัจจุบันมีการกำหนด world days ทั้งหมด 104 วัน โดย 11 วันเป็นการเสนอจากประเทศสมาชิก ในขณะที่อีก 93 วันเป็นการฉลองตามองค์การภายใต้ United Nations
- ฝ่ายเลขาธิการได้เสนอขอบเขตของการศึกษาดังนี้
 - (a) consider whether world health days, weeks, years or decades devoted to specific health topics play a useful role in driving and attaining programmatic (technical), policy, behavioural and Member State actions and other important goals;
 - (b) consider the advocacy and communication strategies employed by the Secretariat to publicize and promote specific health topics, analysing them and the resources used; and use the analysis in order to identify the essential prerequisites for Secretariat input to ensure that advocacy work through world health days is effective, thus enabling the appropriate recommendations to be presented to Member States for their consideration;
 - (c) address the lack of clarity with regard to the specific obligations of the WHO Secretariat for officially recognized world health days, weeks, years or decades;
 - (d) identify criteria for reviewing the current list and for reviewing future suggestions for world health days, weeks, years or decades.
- นอกจากนี้ World Health Day ควรสอดคล้องกับการทำงาน WHO's General Programme of Work เพื่อให้ประเทศสมาชิกและองค์การอนามัยโลกสามารถใช้โอกาสเฉลิมฉลองให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บทบาทและท่าทีของประเทศอื่นๆ

ประเทศต่างๆ เห็นว่าการจัด world health day นำไปสู่การสร้างความตระหนักต่อสังคม และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกให้ความเห็นเพิ่มเติม การติดตามประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการจัด world health day ผลกระทบด้านงบประมาณในการจัดงาน ดังนั้นจึงควรพิจารณาจัดกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณมาก เช่น ผ่าน social media

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะในเรื่องขอบเขตการศึกษา และฝ่ายเลขาธิการรับข้อเสนอจากประเทศสมาชิกที่ให้รายงานการศึกษาต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 ภายใต้วาระ WHO reform แทนการนำเสนอต่อที่ประชุม EB148 นอกจากนี้ Eswatini ซึ่งเป็นตัวแทนภูมิภาคแอฟริกาได้เสนอให้เพิ่มวาระ maternal and child health แต่เนื่องจากวาระของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 มีมากเมื่อเทียบกับระยะเวลาของการ

ประชุม ดังนั้นฝ่ายเลขาเสนอให้บรรจุเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 74 และจะไม่มีการเพิ่มวาระของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 แล้ว ส่วนวาระ Neglected Tropical Disease Day จะพิจารณาภายใต้วาระ World Health Days ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73

Agenda 24.2 Provisional agenda of the Seventy-third World Health Assembly and date and place of the 147th session of the Executive Board

ผู้รับผิดชอบวาระ

ดร. ชะเอม พัทณี กองการต่างประเทศ

ความเป็นมาของระเบียบวาระ

วาระนี้พิจารณาระเบียบวาระสำหรับการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 ระหว่างวันที่ 17-21 พฤษภาคม 2563 ณ Palais des Nations และ International Conference Centre และการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 147 ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2563 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก

1. ในการหารือระเบียบวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 นั้น อิสราเอลได้แถลงต่อที่ประชุมไม่เห็นด้วยกับการจัดวาระที่ 18 Health condition in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan เป็นวาระแยกภายใต้ Committee B เนื่องจากเห็นว่าการจัดเป็นวาระแยกต่างหากจะเป็นการทำให้วาระนี้มีประเด็นทางการเมือง ทั้งนี้อิสราเอลเสนอให้ย้ายวาระนี้ไปอยู่ภายใต้วาระ 13.2 ซึ่งเป็นการรายงานความคืบหน้าเรื่อง WHO's work in health emergencies

COMMITTEE B

17. Opening of the Committee¹

18. Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan

Pillar 4: More effective and efficient WHO providing better support to countries

19. Review of and update on matters considered by the Executive Board

Budget matters

Pillar 2: One billion more people better protected from health emergencies

13. Review of and update on matters considered by the Executive Board

13.1 Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme

13.2 WHO's work in health emergencies

13.3 Influenza preparedness

13.4 Cholera prevention and control

อย่างไรก็ตามผู้แทนปาเลสไตน์ และซีเรีย ได้แถลงไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าวของอิสราเอล รวมทั้งกล่าวว่าที่ผ่านมาได้มีการหารือประเด็นนี้แล้วหลายครั้ง

จากนั้น ประธานได้ขอให้คณะกรรมการบริหารลงคะแนนเสียงโดยการขานชื่อ ซึ่งผลสรุปการลงคะแนนมีดังนี้

- เห็นด้วยกับข้อเสนอของอิสราเอล จำนวน 7 เสียง
- ไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอของอิสราเอล จำนวน 15 เสียง
- งดออกเสียง จำนวน 10 เสียง
- ไม่รวมประชุม (absent) จำนวน 2 เสียง

รวม 34 เสียง

ที่ประชุมมีมติไม่ปรับระเบียบวาระที่ 18 อย่างไรก็ดี อิสราเอลไม่เห็นด้วยกับมติดังกล่าว

2. คณะกรรมการบริหารเห็นชอบให้ย้ายวาระ 15. Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks ไปอยู่ภายใต้วาระ 32.1 Progress report

3. ข้อเสนอของฟินแลนด์ ให้เพิ่มวาระ The public health implications of implementation of the Nagoya Protocol ในการประชุมที่ประชุมมีความเห็นที่หลากหลาย ทั้งห่วงกังวลเรื่องจำนวนของวาระเมื่อเทียบกับระยะเวลาในการประชุม และกำหนดการรายงานความคืบหน้าของการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในการประชุมสมัยที่ 74 ซึ่งหลังจากการหารือรอบที่ประชุมตัดสินใจไม่เพิ่มวาระนี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73

4. ข้อเสนอเพิ่มวาระ women, children and adolescent health ที่ประชุมมีมติไม่เพิ่มเพิ่มวาระนี้ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73

5. ปรับแก้ไขชื่อวาระ 19.6 Update on the Infrastructure Fund เป็น Geneva buildings renovation strategy

ผู้รับผิดชอบ

ดร. ชะเอม พัทธนี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

ตามที่ WHO/EB ได้รับรอง WHO Evaluation Policy ในการประชุมครั้งที่ 143 นั้น ฝ่ายเลขานุการต้องรายงานความคืบหน้าการประเมิน โดยจะต้องจัดทำรายงานการประเมินประจำปี เพื่อนำเสนอในการประชุม 147 ซึ่งในการประชุม EB146 นี้ เป็นการรายงานความคืบหน้าการประเมิน นับตั้งแต่การประชุม Executive Board เมื่อเดือนพฤษภาคม 2562

โดยมีการประเมินดังนี้

1. Thematic evaluations 3 การประเมิน ประกอบด้วย:

- การประเมิน 40 ปี ของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในระดับประเทศ (40 years of primary health care implementation at country level)
- การประเมินเบื้องต้นของ Framework of Engagement with Non-State Actors
- การประเมิน utilization of National Professional Officers at country level

2. One programmatic evaluation: Neglected Tropical Diseases Programme;

3. Two country office evaluations - India + Senegal

และอยู่ระหว่างการประเมิน ดังนี้

1. Thematic and programmatic evaluation 3 การประเมิน ดังนี้:

- การประเมิน of WHO's normative functions at country level,
- การประเมิน formative evaluation ของ the Global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020)
- การประเมิน formative evaluation of WHO's work with collaborating centres;

2. การประเมิน Two country office evaluations: Kyrgyzstan + Myanmar

3. Mid-term evaluation of the Thailand Country Cooperation Strategy, 2017–2021

ทั้งนี้การประเมิน WHO's results-based management framework ได้ถูกเลื่อนไปอยู่ในปี 2020-2021

Propose evaluation workplan 2020-2021

ประกอบด้วย การประเมิน / การประเมิน ดังนี้

- 17 corporate/centralized evaluations
- 7 decentralised evaluation (managed by regional offices), country offices and HQ

โดย Selection Criteria สำหรับการประเมินที่จะรวมอยู่ใน Biennium workplan ประกอบด้วย organizational requirements, organizational significance และ organizational utility.

Initial evaluation of the Framework of Engagement with Non-State Actors

กรอบการทำงานร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานหรือบุคคลที่ไม่ใช่ภาครัฐ หรือ FENSA ได้รับการรับรองโดย WHA 69 เพื่อเสริมการทำงานขององค์การอนามัยโลกร่วมกับ Non-State actors ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและขณะเดียวกัน ปกป้อง WHO จากผลประโยชน์ทับซ้อนต่างๆ ทั้งนี้ Member States เห็นชอบให้มีการประเมินกรอบ FENSA หลังดำเนินงานไปแล้ว 2 ปี ซึ่งการประเมินนี้ได้ดำเนินการเมื่อเดือนกรกฎาคม 2562 ภายใต้ 2018-2019 biennial evaluation workplan

ผลการประเมิน (รายงานตาม United Nations Evaluation Group evaluation criteria)

1. Relevance

- FENSA constitutes a coherent and integrated framework compared to previously separated and discrete engagement policies for different non-State actors.
- The first comprehensive framework within the United Nations system that covers interaction with four categories of non-State actors, including nongovernmental organizations, private sector entities, philanthropic foundations and academic institutions, along with specific policies for each category. In this respect, the existence of the FENSA is a significant accomplishment in its own right and a precedent for the wider United Nations system.
- an implementation plan was approved on 21 December 2017, 18-month lag time from resolution's adoption to the approval of the draft plan
- lack of an overarching engagement strategy - downstream actions to implement the FENSA have been fragmented and not supported by a coherent communication and information dissemination strategy.

2. Efficiency

- 8 key activities and deliverables - fully completed or are near completion
- 6 key activities - ongoing with continued effort required
- 3 key activities - in need of immediate attention to either initiate or accelerate.

3. Effectiveness

FENSA provide requirements and standards for engagement with NSA, however, there are some gaps

4. Conditions for impact and sustainability

- WHO senior management and Member States มี commitment ต่อ FENSA มากขึ้น

Factors affecting implementation เช่น

- Communication of mixed message in the early implementation phase
- Absence of an overarching organization-wide actionable implementation strategy for engagement
- Absence of an accompanying change management and communication strategy

Recommendations

1. Enhance communication on the FENSA - ทั้งภายในองค์กรและภายนอก โดยผ่านหลากหลายช่องทาง
2. Strengthen understanding, ownership and management of risks and benefits of engagement - โดยเฉพาะ consistent application of the FENSA Rules and procedures โดยการทำ CB programme ผ่านการ training, update guide and handbooks, simplified procedures, จัดทำ electronic workflows and ข้อมูลการลงทะเบียนของ NSA
3. Enhance access to specialized knowledge and apply expert technical advice – โดยการมี active and routine engagement with FENSA focal points in regions and technical units เป็นต้น
4. Strengthen the data environment by establishing a systematic monitoring and tracking mechanism
5. Enhance learning - ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน โดย FENSA Focal point เป็นผู้อำนวยการความสะดวกเพื่อแลกเปลี่ยน best practice, sharing of success of engagement while protective WHO and supporting global public health
6. Develop, finalise and implement an engagement strategy with NSA

สรุปผลลัพธ์ของวาระ

ที่ประชุมรับทราบรายงาน และมีมติเห็นชอบต่อกรอบการประเมินสำหรับปี 2020-2021

Agenda 23.2 Evaluation of election of the Director General of the WHO

ผู้รับผิดชอบ

๑. พันตำรวจตรีหญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร กองการต่างประเทศ
 ๒. ทพ. ดร.วริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- Mentor: นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านการต่างประเทศ

สาระสำคัญของวาระ

วาระนี้นำเสนอ ผลของการประชุมไม่เป็นการและข้อเสนอของประธานการประชุมฯ (Chair's summary and proposed way forward) เรื่อง การประเมินการเลือกตั้งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก จัดเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2562 และ วันที่ 9 ตุลาคม 2562 ดังนี้

A. Code of conduct for the election of the Director-General of the World Health Organization

Organization

(a) Extent of travel during the campaign period	-ไม่มี consensus ว่า Candidate ควรจำกัดการเดินทางหาเสียง -เพื่อให้ผู้สมัครขอรับการเลือกตั้งมีโอกาสในการพบกับประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียม เสนอให้มีการพัฒนา Web's forum จัด Candidates' forum 2 ครั้ง และประเทศสมาชิกที่จะเสนอรายชื่อผู้สมัครขอรับการเลือกตั้งควรเสนอก่อน
---	---

	การประชุม RC ก่อนปีที่จะมีการเลือกตั้ง
(b) Amounts and sources of funding in relation to the electoral campaign	ให้ Candidate เปิดเผยกิจกรรมการหาเสียงพร้อมระบุแหล่งทุนและแจ้งฝ่ายเลขานุการทราบ โดยให้ระบุการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว (should disclose..) ไม่ใช่ ให้พิจารณาการเปิดเผย (considering disclosing...)
(c) Official travel and electoral campaign	Candidate ที่อยู่ระหว่างการเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ (on official travel) อาจเข้าร่วมใน web forum, candidates' forums และ กิจกรรมต่าง ๆ ก่อนเริ่มการประชุม regional committees
(d) Compliance with the code of conduct	-Code of conduct ไม่มีข้อผูกพันทางกฎหมาย และไม่ได้ระบุกลไกของการสอบสวน หากไม่ปฏิบัติตาม และตระหนักว่า internal candidate จะต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกและจริยธรรมทางวิชาชีพ -ให้พิจารณาจัดตั้ง Independent external group เพื่อเป็นกลไกในการติดตามการปฏิบัติตาม code of conduct ของประเทศสมาชิกและ Candidate - เสนอให้ฝ่ายเลขานุการศึกษามี codes of conduct ของการเลือกตั้งหัวหน้าขององค์กรระหว่างประเทศภายใต้ต้องการสหประชาชาติหรือไม่ หากมี Code เหล่านี้มีข้อผูกพันทางกฎหมายหรือไม่ และมีกลไกในการติดตามการปฏิบัติตาม Code หรือไม่ (Compliance mechanisms) โดยให้ศึกษาก่อนการประชุม EB147
(e) Web forum and publication of information on candidates	-สนับสนุนให้มีการใช้ Web forum โดยให้มีการปรับปรุง Web forum - ให้จำกัดจำนวนคำ (word limit) ของทั้งคำถามและคำตอบ -แก้ไข code of conduct ในส่วนของ username and password ของ Web forum สำหรับ Candidate หากมีการใช้ username and password ดังกล่าวให้สามารถระบุได้ว่าเป็น Candidate - หากมี Candidate เพียงคนเดียว ไม่ควรจัด Web forum

B. Candidates' forums

(a) Avoiding duplication and nature of questions	Option 1 สัมภาษณ์ Candidate ครั้งละ 1 คน หากประเทศสมาชิกและสมาชิกสมทบประสงค์จะถามคำถามให้ใส่ token ในภาชนะรองรับที่กำหนด 1 ภาชนะ (จากทั้งหมด 6 ภาชนะ) (ภูมิภาคละ 1 คำถาม) จากนั้นรวม token จากภาชนะรองรับทั้ง 6 และ Random token โดยถามคำถามทีละข้อ จนกว่าเวลาจะหมด Option 2 สัมภาษณ์ Candidate ทุกคนพร้อมกัน หากประเทศสมาชิกและสมาชิกสมทบประสงค์จะถามคำถามให้ใส่ token ในภาชนะรองรับที่กำหนด 1 ภาชนะ (จากทั้งหมด 6 ภาชนะ) (1 คำถาม / candidate) อาจจะถามคำถามเดียวกันกับแต่ละ Candidate และกำหนดให้ Candidate ใช้เวลาตอบ 3 นาที และก่อนจะถามคำถามข้อต่อไป อนุญาตให้
--	--

	Candidate คนอื่น (ที่มีความประสงค์) ตอบคำถามได้ 1 นาที
(b) Devoting more time to the question-and-answer session	เสนอให้เวลาในการสัมภาษณ์แบ่งเป็น -การนำเสนอของ Candidate 10 นาที -Q&A 50 นาที
(c) Expanding the range of opportunities for discussion with candidates under the auspices of WHO	-เสนอให้มี Second Candidates' forum ที่เป็น Interactive ช่วงหลังการประชุม EB – การประชุมสมัชชาอนามัยโลก แต่กังวลต่อค่าใช้จ่ายและอาจมีผู้แทนจากประเทศสมาชิกเข้าร่วมน้อย -สนับสนุนให้ประเทศเสนอชื่อ Candidate ก่อนการประชุม RC ในปีก่อนการเลือกตั้ง เพื่อให้ Candidate ได้หาเสียงช่วงการประชุมดังกล่าว
(d) Broadcasting the candidates' forums	-เสนอให้มีการถ่ายทอดสดผ่านเว็บไซต์ เพื่อส่งเสริมให้กระบวนการมีความโปร่งใส

C. Nomination of candidates by the Executive Board

(a) Short-listing	หากมีจำนวน Candidate มากกว่า 5 คน ให้มีการลงคะแนนลับเพื่อ shortlisted candidate จำนวน 5 คน เป็นรอบ ๆ (successive secret ballots)
(b) Modalities of the interview	- กำหนดให้นำเสนอปากเปล่า 20 นาที และ ถาม-ตอบ 40 นาที

D. Voting process

(a) Alternatives to secret ballot	สนับสนุน secret ballot voting
(b) Options to accelerate the voting procedures, if no secure electronic voting system is available	มอบฝ่ายเลขานุการ explore วิธีการในการใช้ optical scanner ในการนับคะแนนและรายงานต่อที่ประชุม EB 147

E. Role of the Secretariat in the election process

เสนอให้ตั้ง Unit อิสระ ในการสนับสนุนกระบวนการเลือกตั้ง

F. Overall duration and organization of the election process

(a) Length of the electoral campaign period	ให้ประกาศรายชื่อ Candidate กลางเดือนสิงหาคม ก่อนการประชุม RC ครั้งแรก เพื่อขยายเวลาในการหาเสียงของ Candidate และโอกาสในการหาเสียงก่อนการประชุม RC ด้วย
(b) Transition period between appointment and start of the contract	-สนับสนุนให้ขยาย Transition period ซึ่งจะกระทบต่อวันที่จะแต่งตั้ง DG เดิม กำหนดไว้ที่ 1 กรกฎาคม เป็น กลางเดือนสิงหาคม ของปีที่จะแต่งตั้ง - เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอข้างต้น ต้องขยายเวลาการดำรงตำแหน่งของผู้บริหารใหญ่คนปัจจุบันเพิ่มขึ้นอีก 1.5 เดือน ในสัญญาจ้างงาน (Contract) ซึ่งต้องให้สมัชชาอนามัยโลก suspend Rule 106 of its Rules of Procedure เพื่อแก้ Contract ดังกล่าว

เสนอให้ที่ประชุมฯ

๑. พิจารณาร่าง Decision ที่มีสาระสำคัญ ดังนี้
 - (๑) เสนอให้ WHA 73 รับรองการแก้ไข Annex 1 , 2 ของข้อมติ WHA 66.18 (2013) on the Code of Conduct for the election of the Director-General of the World Health Organization และ candidates' forum ที่ปรากฏใน Appendices 2 and 3 ของเอกสาร EB 146/39
 - (๒) เสนอให้ WHA 73 ให้คงการใช้วิธีการลงคะแนนลับ (paper-based secret ballot vote) ในการคัดเลือก Director-General
 - (๓) เสนอให้ WHA 73 กำหนดให้ทำสัญญาจ้าง Director-General เริ่มใน กลางเดือนสิงหาคม ในปีที่มีการแต่งตั้งและให้แก้ไขสัญญาของ Director General ที่อยู่ในตำแหน่งด้วย
 - (๔) ตัดสินใจให้การ short list of candidates เป็นไปตาม Rule 52 of the Rules of Procedure of the Executive Board ที่กำหนดให้การสัมภาษณ์ candidates ที่เป็น short-listed ไม่เกิน 60 นาที โดยแบ่งเป็น (i) การนำเสนอปากเปล่า 20 นาที ในประเด็นที่เกี่ยวกับวิสัยทัศน์สำหรับองค์กร การวิเคราะห์ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และ (ii) การตอบคำถาม 40 นาที
 - (๕) ตัดสินใจให้การรับรองการแก้ไข Rule 52 of its Rules of Procedure ที่กำหนดใน Appendix 4 ของเอกสาร EB 146 /39 เพื่อให้โอกาสแก่ Candidate ทุกคนในการพบกับประเทศสมาชิกก่อนการประชุม WHO regional committees ก่อนปีการเลือกตั้ง
๒. ขอให้ฝ่ายเลขานุการศึกษาวามี codes of conduct ของการเลือกตั้งหัวหน้าขององค์กรระหว่างประเทศ ภายใต้องค์การสหประชาชาติหรือไม่ หากมี Code เหล่านี้มีข้อผูกพันทางกฎหมายหรือไม่ และมีกลไกในการติดตามการปฏิบัติตาม Code หรือไม่ (Compliance mechanisms) โดยให้ศึกษาก่อนการประชุม EB147
๓. พิจารณาการใช้ off-the-shelf cloud solutions เพื่อส่งเสริมให้ web forum มีการปฏิสัมพันธ์มากยิ่งขึ้น (enhanced and more interactive web forum)
๔. ตัดสินใจว่า ในส่วนที่เกี่ยวกับกระบวนการลงคะแนน
 - (a) ยืนยันการตัดสินใจให้คงใช้ paper-based secret ballot vote ในการลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง DG
 - (b) ขอให้ฝ่ายเลขานุการศึกษาและประเมินการใช้วิธี optical scanner ในการนับคะแนน ก่อนการประชุม EB 147
 - (c) ขอให้คงการปฏิบัติเดิมที่ร้องขอให้ผู้แทนประเทศสมาชิกปิดเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ตลอดช่วงเวลาที่มีการลงคะแนนเสียง
๕. เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกการอนามัยโลกจัดตั้ง Unit อีสรระภายในองค์กร ในการดำเนินการเลือกตั้ง Director-General

ทำที่ประเทศอื่นๆ

- มีความหลากหลายโดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีกลไกในการจัดการในกรณีที่มีผู้สมัครไม่ปฏิบัติตาม Code of Practice โดยเฉพาะในส่วนการเปิดเผยแหล่งเงินทุนที่สนับสนุนการหาเสียง
- ขอให้มีการหารือเพิ่มเติมในประเด็นระยะเวลาของการหาเสียง
- สนับสนุนให้ Code of Practice เป็น legally binding

- สหราชอาณาจักรที่ไม่สนับสนุนการใช้การลงคะแนนเสียงแบบใช้กระดาษ และเสนอให้ฝ่ายเลขานุการ ศึกษาการใช้ e-voting ที่ปลอดภัย

ทำที่ประเทศไทย

- สนับสนุนร่าง Decision

ผลลัพธ์ของวาระ

- เห็นชอบต่อร่าง Decision ที่ปรับแก้ ดังนี้

25. In respect of sections A, B, C and F(a) (code of conduct for the election, candidates' forums, nomination of candidates by the Executive Board, length of the electoral campaign period) above, the Executive Board is invited to consider adopting the following draft decision, subject to its consideration of, and choice among, the amendments proposed in Appendices 2, 3 and 4 below:

(1) To request the Director General to facilitate informal consultation concerning the lengths of electoral campaign period with Member States prior to PBAC32 in order for PBAC formulate the recommendations to WHA 73 and EB147 respectively;

(2) The Executive Board, having considered the report of the Chairperson of the Informal Consultations on the evaluation of the election of the Director-General of the World Health Organization:

(a) recommended to the Seventy-third World Health Assembly that it continue to conduct the appointment of the Director-General by means of a paper-based secret ballot vote as currently provided for in its Rules of Procedure;

(b) recommended to the Seventy-third World Health Assembly that in future the beginning of the Director-General's contract be set in mid-August of the year of appointment and that the contract of the incumbent Director-General be amended accordingly;

(c) decided, with respect to the short list of candidates to be established in accordance with Rule 52 of the Rules of Procedure of the Executive Board, that the interviews of candidates short-listed for the post of Director-General should be limited to 60 minutes, divided between: (i) an oral presentation of no more than 20 minutes on the candidate's vision for the future priorities of the Organization, with an analysis of current problems facing it and suggestions as to how those should be addressed; and (ii) a question-and-answer session of no more than 40 minutes;

26. In respect of section A(d) above (code of conduct), the Executive Board requested the Secretariat to explore, in advance of the 147th session of the Executive Board, whether there are codes of conduct applicable to the election of the executive heads of other

intergovernmental organizations within the United Nations system and, if so, whether such codes are legally binding and whether they include compliance mechanisms.

27. In respect of point 1 of Appendix 1 below (technical design of the web forum), the Executive Board tasks Secretariat to investigate commercially available off-the-shelf cloud solutions, meeting the need for an enhanced and more interactive web forum.

28. In respect of section D above (voting process), and points 2 and 3 of Appendix 1 below (secure electronic voting, enforceability of limiting communications during the vote), the Executive Board decided:

(a) In respect of section D(a) above, to confirm its decision to continue to conduct the nomination of the Director-General by means of a paper-based secret ballot vote as currently provided in its Rules of Procedure;

(b) In respect of section D(b) above and point 2 of Appendix 1 below, to request the Secretariat, in advance of the 147th session of the Executive Board, to research and evaluate options for counting votes by means of an optical scanner;

(c) In respect of point 3 of Appendix 1 below, to retain the current practice of asking delegates to switch off their electronic devices and leave them switched off for the duration of the vote.

29. In respect of section E above (role of the Secretariat in the election process), the Board is invited to request the Director-General to take appropriate steps to ensure that the organization of the election of the Director-General is conducted at arm's length from any internal candidates by establishing, within the Secretariat, a unit with operational independence.

Intervention

Thank you, Chair, Thailand concurs with the proposals contained in the document EB 146/39, but we are not certain about the Second Candidates' Forum, considering the financial implications and the forecast of not many participants able to attend such event. Thank you, Chair.

Agenda 24.2 Participation in the Programme, Budget and Administration Committee

ผู้รับผิดชอบวาระ

ดร. ชะเอม พันธ์ กงการต่างประเทศ

ความเป็นมาของระเบียบวาระ

สืบเนื่องจากการประชุม WHO/EB ครั้งที่ 145 ซึ่งมีการเสนอให้ Palestine ร่วมเป็นผู้สังเกตการณ์หรือ observer ในการประชุม Programme Budget and Administration Committee คณะกรรมการบริหาร เสนอให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำรายงานเพื่อมานำเสนอในการประชุมครั้งนี้

ทั้งนี้ “Observer” ขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันประกอบด้วย

- (a) The Holy See ซึ่งได้รับการเชิญให้เข้าร่วม WHA และ EB ในฐานะผู้สังเกตการณ์
- (b) Palestine ซึ่งได้รับการเชิญให้เข้าร่วม WHA และ EB ในฐานะผู้สังเกตการณ์ตามมาตรา WHA27.37 (1974) และ WHA53.13 (2000)
- (c) องค์กรต่างๆ ที่ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกเชิญเข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย (i) Gavi, the Vaccine Alliance; (ii) the Order of Malta; (iii) the International Committee of the Red Cross; (iv) the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; (v) the Inter-Parliamentary Union; (vi) the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

นอกจากนี้ หน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติและองค์กรระหว่างประเทศ รวมทั้ง Non-state-actor ที่ WHO มีความสัมพันธ์ จะได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมตาม Legal basis

ข้อมูลพื้นฐานของ Programme, Budget and Administration Committee (PBAC)

คณะกรรมการ PBAC จัดเป็นคณะกรรมการสามัญ หรือ standing committee ที่ได้รับการแต่งตั้งเมื่อปี ๒๕๔๗ ภายใต้ Rule 16 ของ the Board’s Rules of Procedure ตามข้อมติของคณะกรรมการบริหารที่ให้มีคณะกรรมการ Administration, Budget and Finance Committee คณะกรรมการ Programme Development Committee และคณะกรรมการ the Audit Committee เข้าด้วยกัน ทั้งนี้นับตั้งแต่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ PBAC เฉพาะประเทศสมาชิกเท่านั้นที่ได้รับเชิญเข้าประชุม

คณะกรรมการ PBAC มีหน้าที่ในการทบทวน ให้ข้อเสนอแนะ และข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการบริหารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ programme planning, monitoring and evaluation และประเด็นการเงินและการบริหาร

ระเบียบและวิธีปฏิบัติสำหรับการเป็นผู้สังเกตการณ์ของ PBAC

- Observer: ภายใต้ Rule 16 ของ the Board’s Rules of Procedure ผู้สังเกตการณ์ไม่ได้รับเชิญเข้าร่วมการประชุม PBAC
- Other intergovernmental organizations: ภายใต้ Rule 4 of the Board’s Rules of Procedure องค์กรสหประชาชาติและองค์กรระหว่างประเทศที่ WHO มีความสัมพันธ์ภายใต้มาตรา 70 ของธรรมนูญ สามารถเข้าร่วมประชุมโดยไม่มีสิทธิออกเสียง
- Non-State actors ที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการกับ WHO ยังไม่เคยได้รับเชิญเข้าร่วมประชุม ทั้งนี้ มีการเสนอทางเลือกในการเข้าประชุมในฐานะ Observer ในการประชุม PBAC ทั้งหมด ๔

ทางเลือก ตามรายละเอียดในตาราง

Option 1 Permitting Palestine only
Option 2 Permitting observers (Paragraph 3 ของเอกสาร): <ol style="list-style-type: none">1. Gavi,2. Order of Malta,3. International Committee of the Red Cross,4. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies,

5. Inter-Parliamentary Union, 6. Global Fund
Option 3 Permitting observers in Paragraph 3 and 4 (ซึ่งรวม the United Nations and other intergovernmental organizations, Other IR, NSA)
Option 4 maintaining the status quo

นอกจากนี้ประธานได้นำเสนอ draft non-paper เพื่อเสนอทางเลือกสำหรับกรณีดังกล่าว ดังนี้

POSSIBLE COMPROMISE DECISION ON PBAC PARTICIPATION

The Executive Board, having considered the report on participation in the Programme, Budget and Administration Committee,¹ decided:

(1) to amend the terms of reference of the Programme, Budget and Administration Committee, with effect from the closure of its 146th session, as follows (new text appears in bold character):

1. The Programme, Budget and Administration Committee shall be composed of 14 members, two from each region, selected from among Executive Board members, as well as the Chairman and a Vice-Chairman of the Board, ex officio.

1 bis. The following observers may attend meetings of the Programme, Budget and Administration Committee without the right to vote, subject to the conditions set out in paragraphs 1 ter below.

the set of Observers mentioned in paragraph 3 of Document EB 146/43, namely, the Holy See, Palestine, Gavi, Order of Malta, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Inter-Parliamentary Union, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; the United Nations and other intergovernmental organizations with which WHO has established effective relations under article 70 of the Constitution; and the European Union.

1 ter. The Chair, subject to any relevant decision of the Board, may, if circumstances require, close the meeting of the Committee, or parts thereof, to observers. Regarding speaking by observers, observers are requested to make interventions at the Board and not to do so at the Committee for the purpose of efficient and effective conduct of Committee business. In an exceptional case where the Chair determines that the efficient and effective conduct of Committee business will not

¹ Document EB146/43.

be affected in any way, the Chair may, as appropriate, invite observers to make interventions with respect to items on the agenda that are of particular concern to them or relevant to their mandate.

- (2) *that additional observers may be added to the list provided in paragraph 1 bis of the Terms of reference of the PBAC, as amended, if so decided by the Board;*
- (3) *to request that the Director-General report to Executive Board at its 150th session on the implementation of this decision.*

ข้อสรุปของวาระ

ที่ประชุมเห็นชอบโดยไม่มีข้อคัดค้าน ให้ปรับแก้ TOR ของ PBAC โดยให้มี Observers เข้าร่วมประชุมโดยไม่มีสิทธิออกเสียงประกอบด้วย the Holy See, Palestine, Gavi, Order of Malta, International Committee of the Red Cross, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Inter-Parliamentary Union, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; องค์การสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศที่ WHO มีความสัมพันธ์ภายใต้มาตรา 70 ของธรรมนูญและสหภาพยุโรป และขอให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกรายงานต่อที่ประชุม WHO/EB ครั้งที่ 150 ถึงผลการดำเนินงานตามข้อตัดสินใจดังกล่าว

รายนามคณะผู้แทนไทย

เข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 1๔๖

ระหว่างวันที่ ๓ - ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส

.....

- | | |
|---|---|
| ๑. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ด้านต่างประเทศ |
| ๒. นายเสข วรรณเมธี | เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงาน
สหประชาชาติ ณ นครเจนีวา |
| ๓. นายผ่านพบ ปลั่งประยูร | เอกอัครราชทูต รองผู้แทนถาวรไทยประจำ
สำนักงานสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา |
| ๔. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ด้านต่างประเทศ |
| ๕. ดร. เกสัชกรหญิงวลัยพร พัทธนฤมล | รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองการต่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๖. นายแพทย์สกานต์ บุนนาค | ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ |
| ๗. นางกัญญารัตน์ เวชชาชีวะ | อัครราชทูตที่ปรึกษา
คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา |
| ๘. นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ | นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| ๙. พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองการต่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๐. นางสาวชะเอม พัทธนี | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
กองการต่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๑. เกสัชกรหญิงสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ | เกสัชกรชำนาญการ
กองแผนงานและวิชาการ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๑๒. ดร. ทนตแพทย์หญิงวิริศา พานิชเกรียงไกร | ทันตแพทย์ชำนาญการ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๑๓. นายจิตติรัฐ ว่องแก้ว | เลขานุการเอก |

๑๔.ดร. เกษักรหญิงอรัทัย วลีวงศ์

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ
ณ นครเจนีวา
เกษักรปฏิบัติการ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ