

บทความพิเศษ

Special Article

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 63 ประสบความสำเร็จจริงหรือไม่?

วลัยพร พัทธนนฤมล ภ.บ., วท.ม., ศ.ม., ประ.ด.*

กฤษดา แสงดี วท.บ., วท.ม., ประ.ด.*

ทักษพล ธรรมรังสี พ.บ., ส.ม., ประ.ด.*

วิชช์ เกษมทรัพย์ พ.บ., วท.ม., ประ.ด.**

รัชรา ริ้วไพบูลย์ พ.บ., วท.ม., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)***

อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), พบ.ม. (พัฒนาสังคม)****

สุนทรียา เหมือนพะวงศ์ น.บ., น.ม., น.ด.*****

วนิษา ชื่นกองแก้ว พ.บ., ป. ชันสูง (จักษุวิทยา), ว.ว. (จักษุวิทยา)*****

กนกวรรณ วัฒนนิรันตร พ.บ.*****

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

****สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

*****ศาลยุติธรรม

*****คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*****โครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล

บทคัดย่อ องค์การอนามัยโลกจัดการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเป็นการประจำทุกปี ปีละหนึ่งครั้ง ประเทศไทยได้ส่งผู้แทนเข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 63 มีที่มนักวิชาการด้านเนื้อหาสาระทั้งสิ้น 39 คน บทความนี้แสดงให้เห็นถึงการจัดการที่มิใช่จากการที่มาจากหลากหลายหน่วยงาน การผสมผสานที่ระหว่างผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนและผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ กระบวนการเตรียมการของทีมนักวิชาการถูกจัดเตรียมอย่างเป็นระบบ ใช้หลักการทำงานร่วมกันและเรียนรู้ซึ่งกันและกันโดยการถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง บทความนี้ ประกอบด้วย (1) ตัวอย่างการจัดทำถ้อยแถลงของประเทศไทยต่อร่างยุทธศาสตร์ของโลก (2) การที่นักวิชาการไทยได้รับเชิญให้เป็นประธานการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อร่างเนื้อหาสาระของหลักปฏิบัติองค์การอนามัยโลกกว่าด้วยการสรรหาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าทำงานระหว่างประเทศ (3) การประชุมวาระการคัดเลือกผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก และ (4) ความกังวลต่อการปฏิบัติตามมติสมัชชาอนามัยโลกและหลักปฏิบัติสากลเรื่องการตลาดของนมผงทดแทนนมมารดา ซึ่งเป็นความสำเร็จครั้งแรกในการออกหลักปฏิบัติของสมัชชาอนามัยโลกเมื่อสามสิบปีก่อน แต่ยังไม่สอดคล้องเรื่องการนำใช้และการประเมินผลของการปฏิบัติ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขไทยจากการประชุมคือ กระบวนการการทำงานร่วมกันของทีมนักวิชาการจากหลากหลายสถาบันทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข การถ่ายทอดความรู้ทักษะและประสบการณ์ระหว่างทีมนักวิชาการ การเรียนจากการลงมือทำจริงในเรื่องนโยบายสุขภาพสากล แนวความคิด รวมทั้งวิถีการทำงานที่มุ่งประโยชน์เพื่อส่วนรวมอย่างแท้จริงที่ไม่จำกัดเพียงแต่ประชาชนคนไทยเท่านั้น ทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการไทยให้ขยายวงมากขึ้น ทั้งจำนวนนักวิชาการและเครือข่าย

คำสำคัญ สมัชชาอนามัยโลก, องค์การอนามัยโลก, ประเทศไทย

บทนำ

ตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ระบุให้มีการจัดประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly – WHA) เป็นการประจำทุกปี ละ 1 ครั้ง และอาจมีการจัดประชุมพิเศษได้ตามความจำเป็นตามการกำหนดของคณะกรรมการบริหาร (Executive Board) หรือเสียงส่วนมากของประเทศสมาชิก⁽¹⁾ ระเบียบวาระการประชุม WHA ถูกจัดเป็นรูปแบบประจำทุกปี คือ วาระด้านวิชาการสุขภาพ และวาระเกี่ยวกับการบริหารจัดการต่าง ๆ ประเทศสมาชิกทั่วโลกของ WHO ทั้ง 193 ประเทศสามารถเข้าร่วมการประชุม WHA ได้ ถือได้ว่า WHA เป็นเวทีของกระบวนการจัดทำนโยบายสุขภาพระดับสากลโดยมีส่วนร่วมของประเทศสมาชิก

การประชุม WHA ประจำปี พ.ศ. 2553 เป็นการประชุม WHA ครั้งที่ 63 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 17–21 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ที่กรุงเจนีวา มีวาระการประชุมด้านวิชาการสุขภาพรวม 23 วาระ การรายงานความก้าวหน้า (progress report) 10 เรื่อง และวาระเกี่ยวกับการบริหารจัดการจำนวน 19 วาระ รวมแล้ว WHA 63 มีวาระที่ต้องพิจารณาทั้งสิ้น 52 เรื่องภายในเวลา 5 วัน⁽²⁾

ประเทศไทยมีรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม WHA 63 ทั้งสิ้น 53 รายชื่อ⁽³⁾ เป็นทีมทางการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่ง และเป็นทีมนักวิชาการที่ทำงานด้านเนื้อหาสาระและอยู่ร่วมประชุมทั้งสิ้น 39 คน เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน ๆ ที่ผ่านมา การประชุม WHA 63 ครั้งนี้เป็นปีที่มีนักวิชาการเข้าร่วมมากที่สุด ซึ่งใช้เงินลงทุนมากตามไปด้วย บทความนี้เป็นการวิเคราะห์การเตรียมการ กระบวนการทำงาน พร้อมทั้งยกตัวอย่างบางประเด็น รวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้คำนึงถึงต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพระดับสากลและการเข้าร่วมในกระบวนการของทีมนักวิชาการไทยรุ่นต่อไป

การจัดทีมนักวิชาการไทย

เริ่มจากการปรึกษาหารือกันภายในระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขนำโดยรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข โดยให้นโยบายว่าทีมไทยควรมีนักวิชาการจากหลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานอาหารและยา และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เพราะมีวาระที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ งานอนามัยแม่ และเด็ก เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) รวมทั้งผลิตภัณฑ์ยาและการวิจัยและพัฒนาฯ หน่วยงานอื่น ๆ ที่ควรเข้าร่วมเพื่อการเรียนรู้กระบวนการพัฒนานโยบาย-

สุขภาพระดับสากล เช่น สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) สำนักการพยาบาล รวมทั้งสภาการพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาพแนวใหม่ (คศน.) โดยเป็นแพทย์จากโรงพยาบาลรามธิบดี ผู้พิพากษาจากกระทรวงยุติธรรม และนักหนังสือพิมพ์จากบางกอกโพสต์ และทีมเลขานุการการจัดการประชุมสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลจากมหาวิทยาลัยมหิดลและโรงพยาบาลศิริราช

การจัดทีมนักวิชาการควรต้องมีความสมดุลระหว่าง “มือใหม่” และ “มือเก่า” เพื่อให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ กรมควบคุมโรคมีวิธีการสรรหานักวิชาการอย่างเป็นระบบด้วยการประกาศรับสมัคร การคัดเลือกทั้งด้านภาษาอังกฤษและเนื้อหาสาระวิชาการ รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลภายในของกรมฯ ซึ่งกรมควบคุมโรคเองได้มีนโยบายการจัดทีมผสมระหว่าง “มือเก่า” และ “มือใหม่” ให้ทำงานร่วมกันต่อเนื่องเป็นเวลากว่าสองปีแล้ว ทำให้ทีมงานมีความเข้มแข็งและกำลังสำคัญของทีมนักวิชาการไทย ผู้บริหารของกรมฯให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างเอาใจจริงเอาใจต่อการพัฒนาบุคลากร โดยรองอธิบดีกรมควบคุมโรคได้เข้าร่วมการประชุมและร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

การเตรียมการทีมนักวิชาการไทย

เมื่อเทียบกับปีก่อน ๆ WHA 63 มีการจัดเตรียมทีมอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยมีวิธีการดังนี้

ก) การประชุมเตรียมการ จัดขึ้นสองครั้ง ครั้งแรกเป็นการมอบหมายวาระการประชุมให้นักวิชาการแต่ละคน ซึ่งนักวิชาการต้องทำการบ้านโดยการอ่านเนื้อหาสาระและเตรียมจัดทำ “ถ้อยแถลง หรือ intervention” (จากนี้ไปเรียก intervention) แล้วนำมารายงานในการที่ประชุมครั้งที่สอง

ข) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสุขภาพระดับสากล (Global Health Workshop) จำนวน 5 วัน ระหว่างวันที่ 1–5 พฤษภาคม 2553 ซึ่งประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดให้แก่ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia Region, SEAR) แต่ละประเทศส่งตัวแทนเข้าร่วมจำนวน 2–3 คน นักวิชาการไทย 7 คนที่จะไปประชุม WHA 63 เข้าร่วมการประชุมด้วย การประชุมใช้วิธีการถ่ายทอดความรู้ภาคทฤษฎีและประสบการณ์ตรงของวิทยากรจึงเสมือนเป็น “การเข้าค่ายเก็บตัว” เตรียมความพร้อมให้กับมือใหม่ การประชุม Global Health Workshop ประสบความสำเร็จ และประเทศสมาชิก SEAR ตกลงให้มีการจัดครั้งที่สองในปีถัดไปโดยประเทศภูฏานรับเป็น

เจ้าภาพ และยังได้เรียกร้องให้ South-East Asia Regional Office - SEARO ให้การสนับสนุนเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมอีกด้วย

บทบาทของทีมิวิชาการไทยใน WHA 63

1. การจัดทำ intervention ของประเทศไทย

ทีมิวิชาการไทยแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้อ่าน intervention ในห้องประชุม WHA อย่างน้อยคนละหนึ่งครั้ง การอ่าน intervention นั้นถือเป็นงานที่ทรงเกียรติเพราะเป็นการอ่านในนามของตัวแทนประเทศไทย (Thai delegation) ดังนั้นการจัดทำ intervention จึงถือเป็นหัวใจของการทำงานของทีมิวิชาการไทยที่ต้องใส่ใจในรายละเอียดอย่างมาก intervention ที่จะใช้อ่านในห้องประชุมจะต้องได้รับการรับรองจากผู้ใหญ่ซึ่งเป็นมือเก๋าท่านใดท่านหนึ่ง เพื่อเป็นการรับรองคุณภาพของ intervention

หลักการที่ใช้ในการจัดทำ intervention คือ ต้องรู้เนื้อหาสาระอย่างดีว่าในบริบทของประเทศไทย และในต่างประเทศ ทั้งระดับภูมิภาค และระดับสากลเป็นอย่างไร มีการประมวลให้เป็นข้อเสนอที่ดีมีประโยชน์ต่อส่วนรวม ไม่ใช่เอื้อประโยชน์ของประเทศใดประเทศหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมาทั้งในทางงบประมาณ และการปฏิบัติได้จริง

ประเทศไทยมักได้รับคำชื่นชมว่า นำเสนอ intervention ที่ดี ยกตัวอย่างในวาระที่ 11.10 ร่างมติสมัชชาอนามัยโลกและร่างยุทธศาสตร์ของโลกในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประเทศสมาชิกในที่ประชุมต่างได้ให้ความเห็นชอบต่อร่างยุทธศาสตร์ของโลกในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Global Strategy to Reduce Harmful use of Alcohol) อันเป็นผลจากมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 61 (เอกสาร WHA 61.4) เมื่อปี 2550⁽⁴⁾ และร่างมติสมัชชาอนามัยโลกของกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ตัวแทนประเทศไทยได้กล่าวในนามประเทศสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยแสดงความกังวลต่อการให้ความสำคัญของระบบข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศที่มีต่อสถานการณ์ปัญหาแอลกอฮอล์ และขอจำกัดด้านงบประมาณขององค์การอนามัยโลกในการจัดการกับปัญหา และได้เสนอปรับแก้ร่างมติในประเด็นดังกล่าว ที่ประชุม WHA 63 ได้มีมติรับรองยุทธศาสตร์ และร่างมติที่ได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ใน intervention มีการอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์ต่างๆ มีการนำข้อมูลมาใช้ให้เห็นเป็นประโยชน์จากข้อมูลงบประมาณการทำงานของ WHO ปี 2551-2552 ตามเอกสารหมายเลข A63/29⁽⁵⁾ และข้อมูลภาระโรค (global burden of disease)⁽⁶⁾

มาคำนวณใหม่เพื่อบ่งชี้ว่า WHO ลงทุนน้อยเกินไปในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ (ดูรายละเอียดของ intervention ในหน้าสุดท้ายของบทความนี้)

สิ่งหนึ่งที่ควรกล่าวถึงคือการติดต่อประสานงานกันด้วย email group ที่มี emails ของทีมิวิชาการไทยทุกคน การนัดหมาย การส่งงาน การพบปะพูดคุย จะส่งผ่าน email group ในช่วงระหว่างการทำงานมี email ติดต่อระหว่างกันประมาณ 20-30 ฉบับต่อวัน ซึ่งมีข้อดีหลายประการ เช่น

□ เป็นการสร้างทีมที่ดี ผู้นำทีม เช่น รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะคอยให้กำลังใจแก่ทีมิวิชาการผ่านทาง email group อย่างสม่ำเสมอ นักวิชาการรุ่นใหญ่จะคอยให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการการทำงานและยุทธศาสตร์การทำงานของทีม รวมทั้งข้อคิดเห็นต่อเนื้อหาสาระของ intervention และเอกสารอ้างอิงต่างๆ อย่างรวดเร็ว รวมทั้งยังส่งเอกสารอ้างอิงให้ได้เรียนรู้เพิ่มเติมอีกด้วย เสมือนเป็นคลังสมองของทีมิวิชาการ เมื่อผู้นำทีมให้ความสนใจและกระตือรือร้นในการทำงานย่อมเป็นสิ่งที่ทีมิวิชาการทั้งทีมได้เรียนรู้วิธีการทำงานจากรุ่นพี่

□ เป็นช่องทางการสื่อสารที่ให้ทุกคนได้รับข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งทีมิวิชาการแต่ละคนต้องพยายามอ่านและติดตามตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับการเคลื่อนไหวของกลุ่ม

□ เป็นการกระตุ้นเตือนชวนกันทำดีและยกมาตรฐานการทำงาน การส่งงานของคนหนึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้คนอื่นส่งงานเร็วขึ้นด้วย รวมทั้งเมื่อมีผู้จัดทำงานให้ได้มาตรฐานที่ดียิ่งขึ้น เช่น การรายงานความก้าวหน้าของการประชุมเป็นประจำทุกวันในเรื่องการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของ influenza ก่อนการประชุม WHA 63 ของทีมงานจากกรมควบคุมโรค ก็ทำให้ทีมิวิชาการคนอื่นได้ดูเป็นตัวอย่างที่ดีและทำตามไปด้วย

2. การทำงานในระดับภูมิภาค

จากเดิมที่เคยมีข้อสังเกตว่าประเทศใน SEAR ไม่มีกรกล่าวถ้อยแถลงในนามของภูมิภาคในที่ประชุม WHA โดยแต่ละประเทศต่างกล่าวถ้อยแถลงของตนเองและไม่ได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันซึ่งต่างจากภูมิภาคอื่นๆ มาก⁽⁷⁾ ในการประชุม WHA 63 ได้มีการประชุม SEAR ก่อนหน้าวันที่จะมีการประชุม WHA 63 หนึ่งวัน และในระหว่างการประชุมสามวันแรก ก็ได้มีการจัดประชุมกันระหว่างประเทศสมาชิกในช่วงเวลา 13.30-14.30 น. เพื่อทำงานร่วมกัน ได้มีการตกลงกันว่า SEAR จะมีการจัดทำ intervention ที่เป็น regional one voice ทั้งหมด 15 วาระ โดยมีการจัดแบ่งงานให้ประเทศสมาชิกสองประเทศให้ที่เป็นมือหนึ่งและมือสองทำงานร่วมกันในแต่ละ intervention ประเทศไทยได้รับมอบหมายให้เป็นผู้หนึ่งจำนวนสองวาระ และเป็นมือสองจำนวนห้าวาระ การกล่าวถ้อยแถลงในห้องประชุมในนามของ SEAR ส่งผลสะท้อนถึงการทำงานร่วมกันของประเทศสมาชิก

SEAR ทั้ง 11 ประเทศ และความเข้มแข็งของทีมงาน SEARO ในการสนับสนุนประเทศสมาชิกให้ทำงานร่วมกันได้ เป็นที่น่ายินดีในพัฒนาการของ SEAR ในการจัดทำ regional one voice ซึ่งได้เริ่มจัดทำในปีนี้เป็นปีที่สอง เป็นที่คาดหวังว่า SEAR จะมีความก้าวหน้าและมีพัฒนาการอีกต่อไป

3. การทำงานในเวทีระดับสากล

WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel

ในท้องประชุมวาระที่ 11.5 International recruitment of health personnel: draft Global Code of Practice ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวมอบให้ ตัวแทนจากประเทศไทยเป็นประธานของกลุ่มย่อยหรือเรียกว่า drafting group เพื่อพิจารณาตกลงกันในรายละเอียดของเนื้อความใน code

การประชุม drafting group มีขึ้นทั้งหมด 6 ครั้ง โดยมีการหยุดพักเป็นระยะๆ เริ่มจากเย็นวันจันทร์ที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 จนกระทั่งเสร็จสิ้นในเช้าตรู่ของวันพฤหัสบดีที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 รวมเวลาการประชุมทั้งสิ้น 27.5 ชั่วโมง

ร่าง Code of Practice นี้เป็นแบบสมัครใจต่อการจ้างบุคลากรสาธารณสุขระหว่างประเทศอย่างมีจริยธรรม ทั้งนี้ให้มีความสมดุลระหว่างสิทธิ หน้าที่ และความคาดหวังของประเทศต้นทาง ประเทศปลายทาง และเจ้าตัวบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งการคัดสรรบุคลากรควรกระทำด้วยความโปร่งใส เป็นธรรม และมีประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา การจัดเก็บข้อมูลทั้งภายในและระหว่างประเทศ งานวิจัย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการบรรลุวัตถุประสงค์

ท่าทีของประเทศสมาชิกที่เข้าร่วม drafting group มีหลากหลาย สามารถจัดแบ่งได้เป็นสามกลุ่ม ได้แก่ (ก) ประเทศต้นทางซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ประเทศต่างๆ ในทวีปแอฟริกา เช่น แอฟริกาใต้ แทนซาเนีย เคนยา ซิมบับเว กานา (ข) ประเทศปลายทางซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร สวิตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส สเปน มียกเว้นบางกรณี ที่ประเทศ ปลายทางเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาแต่เนื่องจากว่ามีกำลังการผลิตน้อย เช่น มัลดีฟ โมร็อกโค ประเทศขนาดเล็กที่อาจไม่คุ้มกับการลงทุนผลิตบุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องรับแพทย์ พยาบาลจากประเทศอื่น และ (ค) ประเทศที่เป็นกลางไม่ชัดเจนว่าเป็นประเทศต้นทางหรือปลายทาง เช่น ประเทศไทย มีข้อสังเกตที่น่าสนใจหลายประการ เช่น

- ประเทศที่เป็นคู่กรณีกันดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้นในข้อ (ก)

(ข) และ (ค) อยู่ร่วมประชุมด้วยตลอดเวลาอย่างเหนียวแน่นโดยไม่ขาดประชุมเลยแม้สักครั้งเดียว ดังนั้น การประชุมในแต่ละครั้งจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 30-40 คน

- ถึงแม้ประเทศนอร์เวย์จะเป็นประเทศปลายทาง แต่บนโต๊ะเจรจานั้น ปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศนอร์เวย์ได้เข้าร่วมการประชุมทุกครั้งและได้แสดงจุดยืนที่ชัดเจนว่า มีท่าทีเป็นกลาง ข้อเสนอต่างๆ จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ไม่ยึดแต่เพียงข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ของประเทศปลายทางมากเกินไป จนเป็นที่ยอมรับของที่ประชุม
- กลุ่มประเทศแอฟริกา เป็นกลุ่มประเทศที่สูญเสียบุคลากรสาธารณสุขออกนอกประเทศ จนกระทั่งเป็นผลเสียต่อระบบสุขภาพในประเทศ เห็นได้ชัดเจนว่ากลุ่มประเทศแอฟริกาต้องเจรจา เพื่อสะท้อนปัญหาในประเทศกำลังพัฒนาให้ประเทศอื่นได้รับทราบและตระหนัก
- สหรัฐอเมริกามีท่าทีที่แข็งกร้าวอย่างมากในการประชุม 1-2 ครั้งแรก จนทำให้ว่าการประชุมคงไม่คืบหน้า แต่ในที่สุดท่าทีการเจรจาของสหรัฐอเมริกาดีขึ้น ยอมผ่อนปรนและยืดหยุ่นมากขึ้น
- ประเทศสเปนเป็นตัวแทนของกลุ่มประเทศในยุโรป จะมีท่าทีที่ชัดเจนที่เป็นของกลุ่มยุโรป แต่หากในระหว่างการประชุมมีประเด็นใดที่ไม่ใช่ความเห็นของกลุ่มยุโรป ประเทศสเปนจะพูดในนามประเทศของตนเอง ต้องให้การยกย่องชมชื่นความมีน้ำใจของประเทศฝรั่งเศสที่เข้าร่วมการประชุมทุกครั้ง แต่ไม่ได้เป็นผู้เจรจาแต่อย่างใด เป็นการให้เกียรติแก่ประเทศสเปนซึ่งเป็นตัวแทนของกลุ่มยุโรป
- ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีการเจรจาที่เป็นตัวของตนเองไม่ได้มีการรวมกลุ่มกับประเทศใดจากการสังเกตการทำงาน of drafting group มีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ได้แก่
 - ประธานใช้เทคนิคการสร้างจุดมุ่งหมายเดียวกันของ drafting group คือการทำให้ Code of Practice สำเร็จให้ได้
 - การให้ผู้เข้าร่วมประชุมตระหนักถึงความสำคัญของการเจรจาต่อรองในครั้งนี้ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่จริง โดยมุ่งเน้นเรื่องการมีจิตวิญญาณที่ดี (good spirit) ของทุกฝ่ายบนพื้นฐานที่ให้ทุกประเทศอยู่ร่วมกันได้
 - รายละเอียดของเอกสารยาวถึง 11 หน้า จึงมีการทำความเข้าใจในหลักการจำนวนห้าหัวข้อ ได้แก่ (1) Code of Practice นี้เป็นไปโดยสมัครใจ (2) การติดตามประเมินผลเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญ (3) ประเทศปลายทางเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการติดตามประเมินผล (4)

การนำไปใช้ให้เป็นในภาพของทั้งประเทศ ไม่ใช่เพียงรัฐใดรัฐหนึ่ง (5) เรื่องของการกระจายอำนาจนั้นไม่ต้องเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเพราะการนำไปใช้ให้เป็นในภาพรวมของประเทศ เมื่อทำความเข้าใจในหลักการทั้งห้าเรื่องนี้ได้แล้ว จึงไปลงรายละเอียดต่อไป เมื่อมีข้อขัดแย้งก็จะกลับมาที่หลักการนี้

- ให้ความสำคัญในการปรับแก้เนื้อหาของสาระของ code ซึ่งเป็นหัวใจของเรื่องให้เสร็จก่อน ซึ่งใช้เวลาถึงร้อยละ 80 ของเวลาประชุมทั้งหมด จากนั้นจึงพิจารณาตัวร่างมติและบทเกริ่นนำ
- เปิดโอกาสให้คู่เจรจาได้อภิปรายเนื้อหาของสาระกันอย่างถึงที่สุด
- ในกรณีที่เป็นประธานจะขอปรึกษานักกฎหมายของ WHO ซึ่งอยู่ร่วมการประชุมด้วยทุกครั้ง
- เมื่อพิจารณาเนื้อหาของสาระสำคัญเสร็จแล้ว มีการใช้เทคนิคการแบ่งงานให้แก่กลุ่มประเทศพิจารณาเอกสารร่างมติจำนวนไม่เกินห้าย่อหน้า ซึ่งในขณะนั้นเป็นเวลาประมาณ 03.00 น. ทำให้ทุกคนได้เปลี่ยนบรรยากาศและได้ทำงานร่วมกัน บางทีมีการถ่ายรูปร่วมกัน มีการแบ่งปันขนม เดินไปทักทายพูดคุยซึ่งกันและกัน ไม่ได้นั่งอยู่ที่โต๊ะของแต่ละคนอย่างเดิม เป็นการสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตรระหว่างนานาประเทศ
- มีการใช้เทคนิคของความเห็นจากประเทศใหญ่ และมีความน่าเชื่อถือในที่ประชุม เช่น ประเทศแคนาดา และนอร์เวย์ ช่วยในการเจรจาต่อรอง จนคู่เจรจายอมรับด้วยดี
- ในขั้นสุดท้ายเมื่อได้ Code of Practice เรียบร้อยแล้วต้องมีการรับรองในห้องประชุมมีการขอร้องให้ประเทศที่เข้าร่วม drafting group นำไปชี้แจงภายในภูมิภาคของตนเอง ทำให้การพิจารณาในห้องประชุมลงความเห็นรับรองเป็นไปอย่างรวดเร็ว จากนั้นมีการเรียกชื่อย่อเป็น WHO Global Code

การได้มาซึ่ง WHO Global Code นี้เป็นสิ่งที่ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องสนใจและรอคอย เพราะมีการจัดทำมาเป็นเวลากว่าสามปีแล้ว อีกทั้ง Code นี้ เป็นฉบับที่สองของ WHO ภายในรอบสามสิบปี ฉบับแรกนั้นเป็น the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes หรือ Milk Code ซึ่งออกในปี พ.ศ. 2524 (ค.ศ. 1981)⁽⁸⁾

ความสำเร็จใน WHA 63: จริงหรือไม่

ดูเหมือนว่าทีมนักวิชาการไทยได้รับความสำเร็จในระดับหนึ่งในการทำงาน WHA 63 แต่ยังมีเรื่องราวอีกหลายประการที่ชวนให้ไตร่ตรองว่าความสำเร็จนั้นจริงหรือไม่ ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง

สองเรื่อง ได้แก่เรื่อง Milk Code และวาระเรื่องการเลือก Director-General ของ WHO

ก. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (Milk Code)

Milk Code มีเป้าประสงค์ในการปกป้องและให้การสนับสนุนให้ทารกได้รับนมมารดา และให้มีการใช้สารทดแทนนมมารดาอย่างเหมาะสม สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขต้องไม่ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนการใช้นมทดแทน ต้องไม่มีการแจกตัวอย่างนมทดแทน ขวดนม หรือจุกนมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ มารดา หรือสมาชิกในครอบครัว ในทางปฏิบัติระบุว่ารัฐบาลควรนำ Code ไปปฏิบัติตามความเหมาะสมภายใต้กรอบกฎหมายและสังคมที่เหมาะสม⁽⁸⁾ ภายหลังจากการออก Milk Code แล้วนั้น ยังได้มีการออกมติของ WHO ตามมาอีกหลายฉบับเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ Milk Code ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ได้มีหน่วยงานระดับสากล เช่น UNICEF ที่ให้ความสนใจสนับสนุนการนำไปใช้เป็นกฎหมายในแต่ละประเทศ

จากปี 2524 ถึงปี 2553 มีรายงานจากเพียง 92 ประเทศสมาชิกจากจำนวนทั้งหมด 193 ประเทศสมาชิกของ WHO รายงานว่ามีเพียง 56 ประเทศที่มีการนำ Code ไปใช้เป็นกฎหมาย 16 ประเทศมีการนำใช้แบบสมัครใจ และ 20 ประเทศมีข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่มีมีการนำใช้ Code ยิ่งไปกว่านั้นแล้ว มีเพียง 37 ประเทศจากจำนวน 56 ประเทศที่รายงานว่ามีกลไกการบังคับใช้กฎหมายและมีระบบการติดตามผลงาน ข้อมูลกลไกการบังคับใช้ที่ได้ผลนั้นมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งเป็นข้อด้อยของการนำใช้และการประเมินผลการปฏิบัติตาม Milk Code⁽⁹⁾ การออก Code ได้นั้นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นที่สำคัญ แต่ไม่ได้บ่งชี้ถึงความสำเร็จในการนำใช้ Code แต่อย่างใด ประการสำคัญยังไม่มีตัวชี้วัดหรือวิธีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนว่า หญิงตั้งครรภ์มารดาและทารกนั้นได้รับประโยชน์ มากน้อยเพียงใดจากการมีและการใช้ Milk Code ดังนั้น ในทำนองเดียวกัน คงเป็นการบ้านอย่างหนักหน่วงสำหรับ WHO Global Code on International Recruitment ว่าจะมีกลไกในการนำไปปฏิบัติใช้ให้ได้ผลได้อย่างไร ที่สำคัญ ประชาชนในประเทศที่ประสบภาวะวิกฤตด้านกำลังคนด้านสุขภาพจำนวน 57 ประเทศตามหลักเกณฑ์ของ WHO⁽¹⁰⁾ นั้นจะได้รับประโยชน์จาก WHO Global Code นี้บ้างหรือไม่ การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในประเทศเหล่านี้จะมีสถานการณ์ที่ดีขึ้นบ้างหรือไม่

ข. The election of the Director-General (DG) of the World Health Organization

การประชุมในวาระนี้เข้าไปอยู่ในห้องประชุมด้านบริหารจัดการ เป็นการอภิปรายความเป็นไปได้ของการหมุนเวียนตำแหน่งผู้อำนวยการใหญ่ตามภูมิภาคของ WHO (regional rotation)

ซึ่งมีอยู่ 6 ภูมิภาค ซึ่งมีความเห็นแตกต่างกันสามภูมิภาคได้แก่ African Region, South-East Asia Region และ Eastern Mediterranean Region เห็นชอบในวิธีการหมุนเวียนตำแหน่ง DG ตามภูมิภาค ในขณะที่สองภูมิภาค ได้แก่ European Region และ Western Pacific Region เห็นควรให้ใช้ระบบเดิมที่เป็นอยู่ เนื่องจากตำแหน่ง DG นั้นควรต้องพิจารณาให้ได้บุคคลที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำทั้งทางด้านวิชาการและการบริหารของ WHO การหมุนเวียน ตามภูมิภาคอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของผู้เข้ารับการคัดเลือกได้ วาระนี้ใช้เวลาในการประชุมทั้งหมดประมาณกว่า 12 ชั่วโมง มีตัวแทนประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมประชุมในวาระนี้อย่างมากมาย จนเต็มห้องประชุมแทบไม่มีที่นั่ง ในขณะที่การประชุมวาระด้านวิชาการสุขภาพที่จัดในเวลาเดียวกัน มีผู้เข้าประชุมจำนวน ไม่มากนัก WHO เป็นองค์กรสนับสนุนการทำงานด้านวิชาการสุขภาพ ให้การสนับสนุนการทำวิจัยและการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (evidence-based policy) แต่จากสถานการณ์ใน WHA 63 ทำให้ได้เห็นว่า การประชุมเรื่องการเลือกตั้ง WHO DG ได้รับความสำคัญและความสนใจอย่างมากจากตัวแทนประเทศ ซึ่งเป็นเรื่องของอำนาจมากกว่าการข้อมูลวิชาการ ทีมนักวิชาการไทยมีความหวังอยากให้ WHO ก้าวหน้าด้านวิชาการได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้เกิดความเสื่อมถอยจากการแย่งชิงอำนาจน้อยที่สุดหรือไม่เลย

บทส่งท้าย

ประเทศไทยมีบทบาทอย่างมากในเวทีระดับภูมิภาคและระดับสากล ทีมวิชาการไทยที่มีองค์ประกอบที่ดีของการเรียนรู้และการเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้เรียนรู้การเตรียมการของทีมวิชาการเป็นอย่างดี การทำงานอย่างตั้งใจโดยใช้วิชาการนำทาง ภายใต้การสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการอาวุโส จนกระทั่งมี intervention ที่มีเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์และมีผลให้มีการปรับปรุงข้อมติ (resolution) ตามที่ทีมวิชาการไทยนำเสนอ การเข้าไปมีบทบาทใน drafting group จนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการให้มี WHO Global Code ออกมาได้ใน WHA 63 นั้น จัดได้ว่าทีมวิชาการไทยมีบทบาทอย่างมากในการจัดทำนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

แต่เมื่อมองย้อนกลับเข้ามาในประเทศไทย ระบบสุขภาพไทยได้มีการขับเคลื่อนไปอย่างถึงที่สุดด้วยการใช้ความรู้ด้านวิชาการเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจให้สอดคล้องกับการที่ทีมนักวิชาการไทยได้พยายามไปขับเคลื่อนในเวทีระดับสากลหรือไม่

- เรื่องกลยุทธ์การลดอันตรายจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ทีมวิชาการไทยได้มีการกล่าวถ้อยแถลงใน WHA 63 เกี่ยวกับการใช้มาตรการที่พิสูจน์แล้วว่า

ประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าสำหรับนโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มาตรการด้านราคาและภาษี การควบคุมการตลาด ในส่วนของประเทศไทยนั้นยังไม่ได้มีการใช้มาตรการเหล่านี้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร

- เรื่อง Milk Code นั้น เวลามาสามสัปดาห์แล้ว ประเทศไทยยังไม่ได้มีการนำใช้ทางกฎหมายในขณะที่ประเทศอื่นๆ อีก 56 ประเทศได้มีการจัดทำเป็นกฎหมายเรียบร้อยแล้ว
- เรื่อง WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel นั้น ดูเหมือนประเทศไทยจะยังมีภาพไม่ชัดเจนว่าเป็นประเทศต้นทางหรือประเทศปลายทาง ด้วยบริบทของประเทศไทยที่กำลังหมุนเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ทั้งกระแส globalization ที่มีผลต่อ trade and health ซึ่งกระทบเรื่องบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง การประกาศเป็น medical hub ของประเทศไทย การมีแนวโน้มที่จะมีหลักสูตรแพทยนานาชาติ หรือหลักสูตรพยาบาล 2 ภาษา คงต้องมีการ นำเรื่อง WHO Global Code ไปปฏิบัติใช้อย่างจริงจัง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา สภาการพยาบาล ทั้งเรื่อง การปฏิบัติตาม Code และการติดตามประเมินผล รวมทั้งการรายงานให้ WHO ทราบตามกำหนด

ระเบียบวาระการประชุมด้านวิชาการสุขภาพ ของ WHA 63 มีทั้งหมด 23 วาระ แต่มีการยกตัวอย่างในบทความนี้เพียงแค่ 3 เรื่องเท่านั้น แต่ละเรื่องจะมีรายละเอียดมากพอสมควรทั้งด้านเนื้อหาสาระและกระบวนการการทำงาน การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ วิธีการทำงานเพื่อส่วนรวมและความทรงจำอย่างเป็นระบบ ในหมู่นักวิชาการจากรุ่นสู่รุ่นคงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพื่อที่จะช่วยให้การทำงานของทีมนักวิชาการไทยสามารถคงความเข้มข้นด้านวิชาการ และมีความเข้มแข็งได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ใหญ่ใจดี 3 ท่านที่เป็นผู้นำทีมนักวิชาการ ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผู้ทรงคุณวุฒิฯ นพ. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และขอขอบคุณเพื่อนร่วมทีมนักวิชาการทุกท่านใน WHA 63

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Basic document. 47th ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. World Health Organization. Sixty-third World Health Assembly

- A63/1 Rev. 1 – agenda. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. World Health Organization. Sixty-third World Health Assembly A63/DIV/1 – provisional list of delegates and other participants according to information received as of 16 May 2010 at 16:00. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. World Health Organization. WHA 61.8 strategies to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. World Health Organization. Sixty-third World Health Assembly A63/29 programme budget 2008–2009: performance assessment. WAH 63/29. Geneva: World Health Organization; 2010.
6. World Health Organization. Global health risk report [Internet]. [cited 2010 May 16]. Available from: URL: <http://www.globalburden.org/search> on 16 May 2010.
7. Patcharanarumol W. What and how in the 58th World Health Assembly. *Journal of Health Science* 2006;15:689–57.
8. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
9. World Health Organization. Sixty-Third World Health Assembly A63/9 – infant and young child nutrition. Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2010.
10. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.

Abstract: Was the World Health Assembly 63 a Real Success?

Walaiporn Patchararnumol B.Pharm., M.Sc., M.Econ (SPF), Ph.D.[†]; Krisada Sawaengdee B.Sc., M.Sc., Ph.D.[†]; Thaksaphon Thamarangsi M.D., MPH., Ph.D.[†]; Vijj Kasemsup M.D., M.S., Ph.D.^{**}; Wachara Riewpaiboon M.D., M.Sc.^{***}; Orapan Srisookwatana B.Sc., M.P.A.^{****}; Santariya Muanpawong LL.B., M.Jur, Doctor der Rechte^{*****}; Wanicha Chuenkongkaew M.D.^{*****}; Kanokwaroon Watananirun M.D.^{*****}

** International Health Policy Program, Ministry of Public Health; ** Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; *** Health Systems Research Institute; **** National Health Commission Office; ***** Courts of Justice; ***** Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; ***** Prince Mahidol Award Youth Program. Journal of Health Science 2013;22:1091–8.*

The World Health Organization annually arranges World Health Assembly where Thailand has appointed delegations to attend for many consecutive years. In 2010, a total of 39 Thai delegations attended the 63rd World Health Assembly. This article presents the preparation and the performance of the Thai team, which was comprised of technical experts from various organizations both inside and outside Ministry of Public Health, in the WHA63 meeting.

This article demonstrates examples of making intervention on the draft of a global strategy; the performance and successful outcomes when a Thai expert was appointed to be the Chairman of the drafting group on a WHO Global Code of Practice; the discussion in the agenda on election of the Director-General of the World Health Organization; and the debate on unpromising implementation on the first WHO Code, International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes since thirty years ago which has had limitation on its implementation and monitoring and evaluation.

What Thai public health system benefits from this process include the experiences on the team work among Thai experts from various institutes; knowledge, skill and experience transfer among the team; learning by doing about global health policy; and the way of thinking and commitment to improve health which aims for public benefit and does not limit to only Thai people but also for all populations in the world. These efforts are a good example for the capacity building of Thai team both at individual capacity and networking among many institutes.

Key words: World Health Assembly, World Health Organization, Thailand

Intervention by Thai Delegate: “Agenda 11.10 Strategies to reduce the harmful use of alcohol”

Thailand would like to make this intervention on behalf of 11 countries in the South-East Asia Region.

We appreciate the report and the draft Global Strategy, and would like to commend the Director General, Secretariat staff members and all Member States in their contribution to the process in recent years in order to develop this Global Strategy.

The annex A of the report summarizes the proven evidence on effectiveness and cost effectiveness of various alcohol policy interventions. And the content of this annex, with no surprise, confirms many studies and reports in this domain that are free from commercial interest that price and taxation, control on physical availability of alcohol, random breath testing, brief intervention, regulatory framework controlling alcohol marketing are among the most cost-effective approaches. Education programs, no matter how well it was designed, show poor result, particularly in the long run.

For a number of years, the alcohol industry and its representatives have tried to advocate for a number of policy interventions to policy making bodies at all levels, including the WHA. Their messages are simple, “please avoid using effective interventions, and consider implementing education program and self regulation system”; neither of them can be considered as effective approaches. The global community should be well aware of this approach to protect business interest on the cost to the public.

Two years ago, Mr. Chairman, the WHA request the DG to develop this Strategy that must be based on evidence and best practice. However, the self regulation of economic operators on the alcohol marketing, in which evidence worldwide confirms its poor effectiveness and cost effectiveness, is included in paragraph 45 (d) of the Strategy. The SEAR delegation would like to request from the secretariat, through you Mr. Chairman, for the evidence on this recommendation. This recommendation would send a wrong signal to Member States that ‘self regulation’ can be considered as an alternative to the other effective measures, especially the effective regulation on alcohol marketing.

Next, Mr. Chairman, we would like to humbly request the secretariat to review the structure and resource in the organization to effectively manage with alcohol problem.

From our quick calculation comparing the 2008–2009 expenditure of WHO, as contained in the document A 63/29, with the global burden of disease from the Global Health Risk Report, with an assumption that the budget for Strategic Objective 6 is distributed equally to 6 major risk factors. On the average, WHO spent 64.5 USD per 1 death of global

population, but spent only 7.1 USD per one death that relate alcohol program, 9 times less. WHO spent 2.5 dollars per 1 DALYS, but spent only 23 Cents for Alcohol-contributed DALYS, almost 11 times difference. This estimation is still rough, but we are confident that the real figure is not very far from this setting.

Alcohol problem is therefore ‘a neglected problem’ in WHO, despite the fact that it is a leading global health risks. The SEAR delegation would like to request for the sincere commitment to evidence based decision making on resource allocation, from the leaders of WHO, as they continuously recommend to member states. The adequate human and financial resources allocated for alcohol problem would be a concrete proof for the commitment.

Furthermore, Mr. Chairman, the 36th WHA requested the Director General to consider declaring alcohol problem as the theme of the World Health Day. In 2005, the resolution 58.26 reaffirms the request. That call from our fore-runners has not yet been responded to. This may reflect the explicit inconsistency between decision of world health assembly and real action of the secretariat. We will continue to ask this question again every year, until this resolution has been responded to. SEAR delegate want to request DG to put ‘Alcohol problem’ as the theme for the World Health Day 2012 together with a World Health Report in the same year.

Mr. Chairman, many parts of the world, particularly in low and middle income countries, are facing the impact of globalization and free trade agreements on their situation of alcohol consumption and related harms. Free market campaigns are likely to come with lowered price, higher availability and powerful marketing practices. Yet, the draft Strategy does not adequately address the impact of free trade agreements on the situation of alcohol-related harms, including its impact on the ability of any entities, to effectively manage the problems. All free trade agreement, wrongly and dangerously, regard alcohol like other ordinary consumable products.

Mr. Chairman, the SEAR delegation supports the draft resolution with two friendly amendments.

In operative paragraph 4, sub paragraph 1, at the beginning of the subparagraph, to give sufficient high organizational priority and insert here

“, and ensure the adequate support of financial and human resources at all levels.” then continue with to prevention and reduction and so on ...

Thank you Mr. Chairman.