

บทที่ 13

การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1. ขอบเขต หน้าที่ องค์กร และกลไกของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1.1 ขอบเขต

การสาธารณสุขระหว่างประเทศ หมายถึง “กิจการสาธารณสุขที่ข้ามเขตแดนของแต่ละประเทศ โดยแต่ละประเทศมีปัญหาและผลประโยชน์ร่วมกัน และพิจารณาเห็นว่าจะแก้ปัญหาและบรรลุผลประโยชน์ร่วมกันได้ก็ต่อเมื่อได้มีการร่วมมือกันในการดำเนินการ”

ขอบเขตของการสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ขยายวงกว้างขึ้นจากความร่วมมือระหว่างประเทศในการควบคุมโรคติดต่อไปสู่การพัฒนาสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การควบคุมอาหารและยา การพัฒนาองค์ความรู้และการค้าระหว่างประเทศ

1.2 หน้าที่ (Function)

1.2.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพที่ต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศ คือ

(1) **ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน:** ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือของรัฐบาลหลายๆ ประเทศร่วมกันแก้ไข เช่น การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ การควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคซาล์ โรคไข้หวัดนก

(2) **ปัญหาเฉพาะ:** ซึ่งเกิดขึ้นกับประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือประชากร กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และประเทศนั้นๆ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ต้องการการสนับสนุนจากประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะ ด้วยเหตุผลทางคุณธรรม เช่น ปัญหาสุขภาพในประเทศยากจน ปัญหาสุขภาพของผู้อพยพ ปัญหาสุขภาพในสถานการณ์วิกฤต เช่น กรณีคลื่นยักษ์ “สึนามิ”

1.2.2 หน้าที่ที่สำคัญของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

(1) ตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญด้านการสาธารณสุขต่างประเทศ มีบทบาทหน้าที่ทั้งสิ้น 22 ประการ

(2) การประชุม World Health Cooperation Beyond 2000 ณ Mexico Health Foundation เมื่อเดือนเมษายน 2541 ได้ให้รายละเอียดของบทบาท 6 ประการของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ได้แก่

(2.1) **การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ** เพื่อให้มีจัดทำระบบเตือนภัยเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และแสดงแนวโน้มด้านสุขภาพและโรคต่างๆ

(2.2) **การแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก:** เช่น การแพร่กระจายของการสูบบุหรี่ และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มาเลเรีย และเชื้อโรคที่ติดยาในบริเวณแนวชายแดน

(2.3) **การพัฒนามาตรฐานต่างๆ ด้านสุขภาพ:** จัดทำบรรทัดฐานด้านวิทยาศาสตร์ ด้านจริยธรรมการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพ

(2.4) **การบริหารจัดการองค์ความรู้:** จัดทำกลไกสนับสนุนการเผยแพร่และใช้ความรู้หรือข้อค้นพบจากการวิจัยหรือการเรียนรู้ในประเทศหนึ่งไปสู่ประเทศอื่นๆ

(2.5) **การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส:** เพื่อพิทักษ์สุขภาพของประชากรที่อยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น คนพลัดถิ่น เที้ยของการลิดรอนสิทธิมนุษยชนและการขัดแย้งในประเทศ เที้ยของวิถีภัยต่างๆ เช่น กรณีคลื่นยักษ์ “สึนามิ”

(2.6) **สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศ:** มุ่งพัฒนาศักยภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายซึ่งมีทรัพยากรจำกัด

2. องค์กร / กลไกด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

2.1 วิวัฒนาการ

ความพยายามในความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคติดต่อที่เกิดขึ้นทั่วโลก นับตั้งแต่กลางศตวรรษที่แล้ว (ตารางที่ 13.1) ในที่สุดก็มีการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศขึ้นภายใต้ระบบขององค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ที่ได้รับการจัดตั้งในปี พ.ศ. 2491 ปัจจุบันนี้มีหลายองค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติและธนาคารเพื่อการพัฒนาต่างๆ ที่ทำงานด้านสาธารณสุข (ตารางที่ 13.2)

ตารางที่ 13.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

พ.ศ. 2373	อหิวาตกโรคระบาดไปทั่วทวีปยุโรป
พ.ศ. 2377	เจ้าหน้าที่ของ France's Higher Council of Health จัดการประชุมระหว่างประเทศขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อจัดทำมาตรฐานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และข้อจำกัดระเบียบการกักกันโรคที่เป็นอุปสรรคต่อกิจการพาณิชย์
พ.ศ. 2394	มีการจัดประชุม เรื่องสุขาภิบาลระหว่างประเทศขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงปารีส เพื่อจัดทำ International Sanitary Convention แต่ปรากฏว่าล้มเหลว
พ.ศ. 2435	มีการเห็นชอบต่อสนธิสัญญา International Sanitary Convention ที่เน้นเฉพาะอหิวาตกโรค
พ.ศ. 2440	มีการเห็นชอบต่อสนธิสัญญา International Sanitary Convention ว่าด้วยมาตรการการป้องกันการโรคกาฬโรค
พ.ศ. 2445	มีการจัดตั้ง สำนักงานสุขาภิบาลระหว่างประเทศ (The International Sanitary Bureau) ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น Pan American Sanitary Bureau และ Pan American Sanitary Organization ตามลำดับ
พ.ศ. 2450	มีการจัดตั้งสำนักงานสุขลักษณะสาธารณะนานาชาติ (L'Office international d'hygiene publique - OIHP) ขึ้น ณ กรุงปารีส โดยมีคณะเลขานุการกิจ และคณะกรรมการถาวร ที่ประกอบด้วยข้าราชการอาวุโสจากประเทศสมาชิก
พ.ศ. 2462	จัดตั้งสหพันธชาติ (The League of Nations) เพื่อดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรค ในขณะเดียวกัน มีการจัดตั้งองค์การอนามัย (Health Organization) ของสหพันธชาติ ขึ้น ณ นครเจนีวา
พ.ศ. 2469	มีการทบทวนสนธิสัญญา International Sanitary Convention และเพิ่มเติมการเตรียมการสำหรับโรค ไซ้ทรพิษ และไซ้ไทฟัส
พ.ศ. 2478	เริ่มการบังคับใช้ International Sanitary Convention เพื่อการเดินทางทางอากาศ
พ.ศ. 2488	การประชุมสหประชาชาติ ณ เมืองซานฟรานซิสโก มีมติเห็นด้วยอย่างเป็นทางการจัดตั้งองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ที่เป็นองค์กรอิสระแห่งใหม่

พ.ศ. 2489	การประชุมทางวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ณ นครนิวยอร์ก เห็นชอบต่อการสถาปนาองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2491	สถาปนาองค์การอนามัยโลก ขึ้นเมื่อ 7 เมษายน ซึ่งปัจจุบันถือเป็นวันอนามัยโลกของทุกปี
พ.ศ. 2494	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกอนุมัติ International Sanitary Regulations เพื่อบังคับใช้ แทน International Sanitary Convention
พ.ศ. 2512	มีการเปลี่ยนชื่อ International Sanitary Regulations เป็น International Health Regulations ซึ่งครอบคลุมเฉพาะอหิวาตกโรค, กาฬโรค, ไข้ทรพิษและไข้เหลือง
พ.ศ. 2521	การประชุมร่วมระดับนานาชาติ ของ WHO/UNICEF ณ เมือง อัลมา-อตา ได้มีการเห็นชอบต่อ Declaration on Primary Health Care ให้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000
พ.ศ. 2522	Global Commission ประกาศรับรองการกวาดล้างไข้ทรพิษ ทั้งนี้ไข้ทรพิษได้เกิดขึ้นครั้งสุดท้ายเมื่อปี ค.ศ. 1977
พ.ศ. 2524	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้เห็นชอบต่อ Global Strategy ของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000 และการประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้อนุมัติ Global Strategy นี้ ซึ่งเป็นการเรียกร้องให้องค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2531	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้ให้คำมั่นว่าจะกวาดล้างโรคโปลิโอ ได้ภายในปี พ.ศ. 2543
พ.ศ. 2537	คณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลก ได้เริ่มดำเนินการปฏิรูปองค์กรเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน
พ.ศ. 2540	องค์การอนามัยโลกเริ่มดำเนินการในการจัดทำร่างกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ และได้รับการรับรองจากประเทศต่างๆ ครบ 40 ประเทศ เมื่อวันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน 2547 ทำให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2548 นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศด้านสุขภาพฉบับแรกภายใต้ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก

ที่มา: ดัดแปลงจาก The World Health Report 1998

ตารางที่ 13.2 องค์การสาธารณสุขระหว่างประเทศ และจุดอ่อน จุดแข็ง

องค์กร	จุดแข็ง	จุดอ่อน
ธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาภูมิภาคต่างๆ	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นแหล่งเงินทุน คำแนะนำด้านนโยบาย และการช่วยเหลือทางวิชาการ • มีความเชื่อมโยงกับกระทรวงการคลัง และการวางแผน 	<ul style="list-style-type: none"> • รวมศูนย์และ มีสำนักงานระดับประเทศที่ไม่เข้มแข็ง • สนใจปัญหาด้านสาธารณสุขในวงแคบ • เน้นแนวคิดแบบตะวันตก
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • มีประสิทธิภาพในระดับการปฏิบัติการ • เป็นแหล่งทุนในระดับประเทศ • มีสำนักงานประเทศที่เข้มแข็ง (มีเจ้าหน้าที่เป็นคนท้องถิ่น 85%) • มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน 	<ul style="list-style-type: none"> • มีเป้าหมายที่แคบ • การริเริ่มโครงการต่างๆ มีปัญหาความไม่ยั่งยืน • เน้นเฉพาะโครงการที่มีลักษณะเป็นแนวตั้ง
UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นแหล่งทุนด้านประชากร • มีบทบาทสนับสนุนที่เข้มแข็ง • มีระบบการจัดหาพัสดุ ที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • เล็ก มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการควบคุมประชากรสู่สุขภาพ การสืบพันธุ์ • มีศักยภาพทางวิชาการจำกัด • เปลี่ยนแปลงไปตามความแตกต่างด้านการเมือง
UNDP	<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมายกว้าง • มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับรัฐบาล • มีบทบาทในการประสานงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • ความสามารถในระดับประเทศแตกต่างกัน • การสนับสนุนจากชุมชนต่ำมุ่งเน้นงานร่วมกับรัฐบาล
WHO	<ul style="list-style-type: none"> • องค์ความรู้ทางวิชาการและวิทยาศาสตร์การแพทย์ • เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญระดับโลก • เชื่อมกับกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> • ระดับชุมชนไม่เข้มแข็ง • เจ้าหน้าที่ 2 ใน 3 (ของ 5,700 คน) อยู่ในส่วนกลางหรือระดับภูมิภาค

ที่มา: Enchancing Performance of International Health Institutions: Pocantico Retreat.

องค์กรเพื่อมนุษยธรรม เช่น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation), Ford Foundation, Welcome Trust และ Gate's Foundation ก็มีส่วนสำคัญในเรื่องการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ขึ้น เช่น Global Alliance on Vaccine and Immunization (GAVI) and กองทุน Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) ซึ่งเป็นกองทุนสำคัญที่แหล่งทุนต่างๆ ร่วมกันพัฒนาขึ้น และบริหารงานแบบมีส่วนร่วม

2.2 ความจำเป็นในการปฏิรูปกลไก/องค์กรด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

- 2.2.1 ความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา โรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำและความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพกับปัญหาความยากจน
- 2.2.2 ผลกระทบของโลกาภิวัตน์และการพึ่งพากันระหว่างประเทศต่าง ๆ
- (1) ความเสี่ยงจากการเดินทาง การค้าและสิ่งแวดล้อม
 - (2) ข้อตกลงทางการค้านานาชาติรวมทั้งการค้าทวิภาคี, ในภูมิภาค ภายใต้อัตนัยการค้าโลก (เช่น GATT TRIPS GATS TBT และ SPS) APEC NAFTA และ AFTA
- 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทขององค์กรต่างๆ
- (1) องค์กรสหประชาชาติ - คงที่หรือลดลง
 - (2) องค์กรความร่วมมือทวิภาคี - ลดลง
 - (3) ธนาคารเพื่อการพัฒนา - เพิ่มขึ้น
 - (4) องค์กรประชาสังคม - เพิ่มขึ้น
 - (5) องค์กรธุรกิจ - เพิ่มขึ้น
 - (6) ประเทศร่ำรวย - เพิ่มขึ้น
- 2.2.4 โครงสร้างองค์กรปัจจุบันขององค์การอนามัยโลกที่ล้าสมัย
- (1) จำกัดเฉพาะภาคราชการ ภาคประชาชนเข้าร่วมได้น้อยมาก
 - (2) โครงสร้างที่ล้าสมัยของภูมิภาค
 - (3) โครงสร้างที่มีพิธีรตรง และขั้นตอนมากเกินไป
- 2.2.5 ขาดการร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ
- 2.2.6 ขาดกลไกสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างประเทศต่างๆ

2.3 ข้อเสนอสำหรับการปฏิรูปกลไกสาธารณสุขระหว่างประเทศ

การประชุม Conference for World Health Cooperation Beyond 2000 ได้เสนอ 3 ข้อเสนอ เพื่อปรับปรุงการร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ดังนี้

- 2.3.1 ปฏิรูประบบการทำงานที่มุ่งเน้นประเด็นเฉพาะหน้าสู่ประเด็นเชิงกลยุทธ์
- 2.3.2 เน้นการทำหน้าที่ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศมากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
- 2.3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน้าที่ที่สำคัญให้อยู่เหนือมาตรฐานทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

3. ความสำเร็จของไทยในเวทีสาธารณสุขระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2543 - 2547)

3.1 บทบาทในองค์การอนามัยโลก

3.1.1 ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทนำในการประชุมคณะกรรมการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก

ในทุกวาระของการประชุม จะมีผู้แทนไทยเตรียมข้อเสนอและแสดงความคิดเห็น รวมทั้งร่วมเจรจาต่อรองในการร่างมติต่างๆ และหลายกรณีได้รับเชิญเป็นประธานคณะทำงานในการร่างมติต่างๆ เช่น มติสมัชชาอนามัยโลกในเรื่องโรคซาร์ (WHA 56.29) มติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับการอพยพของบุคลากรสาธารณสุข (WHA 57.19)

บทบาทดังกล่าว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้ภาพลักษณ์ของประเทศไทยเด่นชัดขึ้นในเวทีสุขภาพโลก

และมีการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับผู้บริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศสมาชิกอื่นๆ ด้วย ทำให้มีการเชิญผู้บริหารระดับสูงของไทยเข้าเป็นคณะกรรมการต่างๆ ระดับโลก เช่น Commission on Intellectual Property and Public Health มี ศ.ดร.ภักดี โพธิศิริ เป็นกรรมการ

3.1.2 การผลักดันให้คนไทยได้เลือกตั้งเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ นพ.สำลี เปลียนบางช้าง ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2547 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 นับเป็นคนไทยคนแรกที่ประสบความสำเร็จระดับนี้

3.1.3 บทบาทในการจัดเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เช่น การร่วมมือกันในเรื่องกองทุนเอดส์โลก การป้องกันและควบคุมโรคซาร์ และโรคไข้หวัดนก เป็นต้น

3.1.4 บทบาทในคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ผู้แทนไทยเป็นกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - เมษายน 2550 และเป็นกรรมการในคณะกรรมการด้านแผนงาน งบประมาณ และระบบบริหารด้วย

3.1.5 การปฏิรูปการจัดการสำนักงานองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย โดยเพิ่มประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และการมีส่วนร่วม นับเป็นสำนักงานองค์การอนามัยโลกที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก

3.2 บทบาทในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศอื่น

ผู้บริหารและนักวิชาการระดับสูงของไทยได้รับการคัดเลือกไปเป็นผู้นำในองค์กรต่างๆ หลายองค์กร เช่น :- COHRED (Council for Health Research and Development) เชิญ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน และขณะนี้มี นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นกรรมการ

GFHR (Global Forum for Health Research) เคยเชิญ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน

GFATM (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ผู้แทนไทย คือ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นกรรมการบริหารกองทุนฯ และได้รับเลือกเป็นรองประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ (มกราคม 2546 - มีนาคม 2547)

GAVI (Global Alliance on Vaccine Initiative) มี นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นประธานคณะกรรมการทบทวนโครงการ

IFCS (Intergovernmental Forum on Chemical Safety) มี นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็น President (พฤศจิกายน 2546 - กันยายน 2549)

3.3 การดำเนินการในการจัดประชุมระหว่างประเทศที่สำคัญ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศที่สำคัญๆ หลายเรื่อง เช่น การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ (กรกฎาคม 2547) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 20,000 คน การประชุมเวทีระหว่างประเทศในเรื่องความปลอดภัยด้านสารเคมี (พฤศจิกายน 2546) และกำลังจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (สิงหาคม 2548)

นอกจากนี้ ยังประสบความสำเร็จในการจัดประชุมระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคด้วย เช่น เรื่องเกี่ยวกับไข้หวัดนก เรื่องโรคซาร์ และเรื่องความร่วมมือเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การจัดประชุมรัฐมนตรีเอเชียแปซิฟิกเรื่องโรคเอดส์ เป็นต้น

3.4 ความร่วมมือทวิภาคี

ประเทศไทย ได้มีการเจรจาความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านทุกประเทศและมีการจัดประชุมความร่วมมือกันเป็นประจำทุกปี ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อต่างๆ อย่างใกล้ชิดมากขึ้นกว่าเดิม

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศในประเทศไทย

4.1 ปัญหาของระบบปัจจุบัน

4.1.1 ความไม่ชัดเจนเชิงนโยบาย: ขาดการพัฒนาวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ของการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับประเทศ

4.1.2 ปัญหาด้านโครงสร้างกลไก: โครงสร้างที่มีอยู่ ยังอยู่ในวงจำกัดเฉพาะภาครัฐเท่านั้น โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบ มีศักยภาพเฉพาะด้านวิเทศสัมพันธ์ แต่ยังขาดศักยภาพในด้านวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และขาดแผนการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญที่มีความต่อเนื่อง ผู้ที่เคยทำงานในด้านนี้มักจะทำตามที่ตนมีศักยภาพอยู่ ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศกระจัดกระจายทั่วไป โดยที่ไม่สามารถรวบรวมได้ง่าย

4.1.3 ประสิทธิภาพ: กลไกที่มีอยู่เป็นกลไกย่อยๆ กระจัดกระจาย มีความร่วมมือน้อย ขาดความเข้มแข็ง

4.2 ความจำเป็นในการปฏิรูป นอกจากปัจจัยในระดับโลก ดังที่กล่าวในข้อ 2.2 แล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ส่งผลผลักดันให้เกิดการปฏิรูปของระบบปัจจุบัน เช่น

4.2.1 ระดับการพัฒนาในประเทศ: ประเทศไทยกลายเป็นประเทศผู้มียาเสพติดปานกลางตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมา แม้ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ผลิตร่วมกับมวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร ก็ยังอยู่ที่ประมาณ 2,000 เหรียญสหรัฐ ส่งผลต่อการไม่ได้รับการช่วยเหลือจากนานาชาติหรือองค์กรความช่วยเหลือทวิภาคีต่าง ๆ เงินงบประมาณขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนประเทศไทย ปีละ 130 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 8 ของโลก กำลังจะลดลง นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้จัดตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของประเทศเพื่อนบ้านที่ยากจนกว่า ซึ่งงบประมาณนี้เคยมีงบประมาณถึง 200 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2536 แต่ลดลงเหลือ 80 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2543

4.2.2 พลวัตทางเศรษฐกิจ: วิกฤตทางเศรษฐกิจส่งผลต่อการลดงบประมาณสาธารณสุขและงบประมาณช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น ความร่วมมือด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาสาธารณสุข เช่น บทบาทที่เพิ่มขึ้นของธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 บทบาทของไทยในการร่วมมือช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านก็มีมากขึ้นอีก

4.2.3 ศักยภาพในการพัฒนาสาธารณสุข: ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพนับเป็นฐานทางสังคมที่สะสมมาทั้งในระดับสถาบันและบุคคล ซึ่งสิ่งนี้สามารถใช้เสริมสร้างความเข้มแข็งของบทบาทของประเทศไทยในการร่วมมือระหว่างประเทศ โดยเฉพาะศักยภาพในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จำนวนผู้รับทุนองค์การอนามัยโลกที่มาศึกษา/ ฝึกอบรมในประเทศไทย (339 คน ใน พ.ศ. 2540 และ 225 คน ใน พ.ศ. 2541) สามารถเทียบเท่ากับสหรัฐอเมริกา (ตารางที่ 13.3) แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ผู้ที่มาในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นทุนระยะสั้น

ตารางที่ 13.3 10 ประเทศแรกที่ได้รับผู้ได้ทุนจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539

ประเทศ	ภูมิภาค					รวม	หมายเหตุ
	อเมริกา	เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	ยุโรป	เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	แปซิฟิกตะวันตก		
1. สหรัฐอเมริกา	10.0						ไม่มีประเทศในทวีป แอฟริกาที่อยู่ใน 10 อันดับแรกนี้ แต่ 3 ประเทศแรกใน แอฟริกา (87 ทุน) เคนย่า (74 ทุน) เซเนกัล (65 ทุน) รวมเป็น 1.8% ของทุนทั้งหมด
2. ไทย		10.0					
3. อินเดีย		8.5					
4. อังกฤษ			7.5				
5. อียิปต์				6.2			
6. อินโดนีเซีย		5.2					
7. ออสเตรเลีย					4.7		
8. จาไมกา	3.4						
9. ฝรั่งเศส			2.7				
10. ฟิลิปปินส์					2.6		
สัดส่วนในภูมิภาค ต่างๆ 10 ประเทศ	13.4	23.7	10.2	6.2	7.3	60.8	
สัดส่วนต่อประเทศ ทั้งหมด (121 ประเทศ)			39.2			100.0	

ที่มา: Global Database องค์การอนามัยโลก (ข้อมูลนี้รวมถึงทุนภายในภูมิภาค)

4.2.4 กลไกความร่วมมือทวิภาคีและในภูมิภาคที่เพิ่มขึ้น: ได้มีความร่วมมือทวิภาคีและในภูมิภาคใหม่ๆ เกิดขึ้นหลายโครงการ เช่น Mekong Basin Disease Surveillance Project (MBSD), ASEAN Subcommittee on Health and Nutrition ข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน และความร่วมมือ South-South Collaboration ซึ่งทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มศักยภาพของการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพื่อให้ผลดีต่อความร่วมมือเหล่านี้

4.2.5 ประเด็นทางการเมืองเกี่ยวกับการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น: เช่น ประเด็นเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรในองค์กรระหว่างประเทศ ผลประโยชน์จากการค้าระหว่างประเทศ และประเด็นการเมืองในองค์กรระหว่างประเทศ มีผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ถึงแม้ว่าบทบาทของผู้แทนไทยในเวทีการเจรจาต่อรองจะเริ่มโดดเด่นขึ้น แต่ยังขึ้นกับตัวบุคคลมากกว่าการมีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง

5. แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศในอนาคต

5.1 การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์

ได้เคยมีการจัดทำวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศไว้เมื่อ พ.ศ. 2541 ซึ่งยังทันสมัยและควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1.1 วิสัยทัศน์

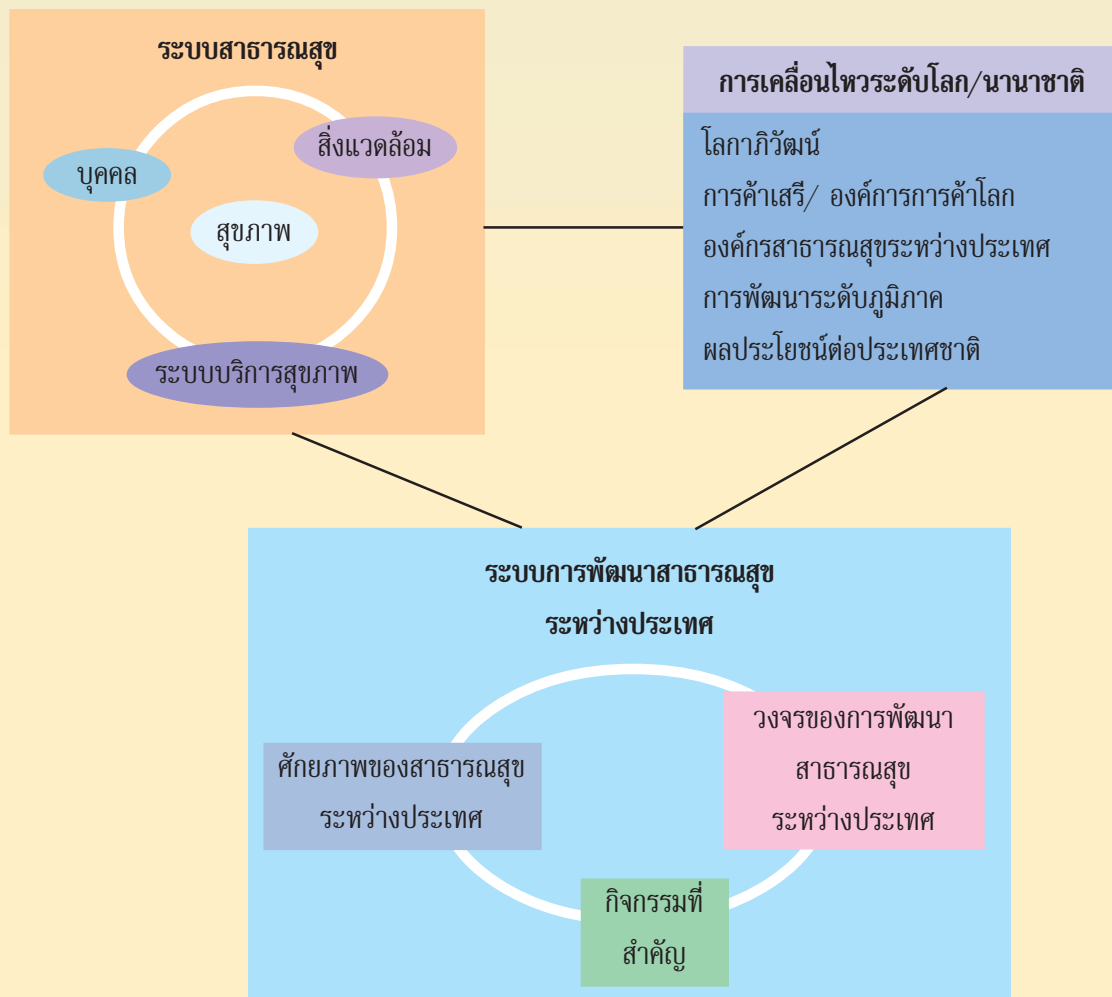
“จะเสริมสร้างการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศ และเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ของประเทศไทยในเวทีสาธารณสุขระหว่างประเทศ”

5.1.2 ยุทธศาสตร์

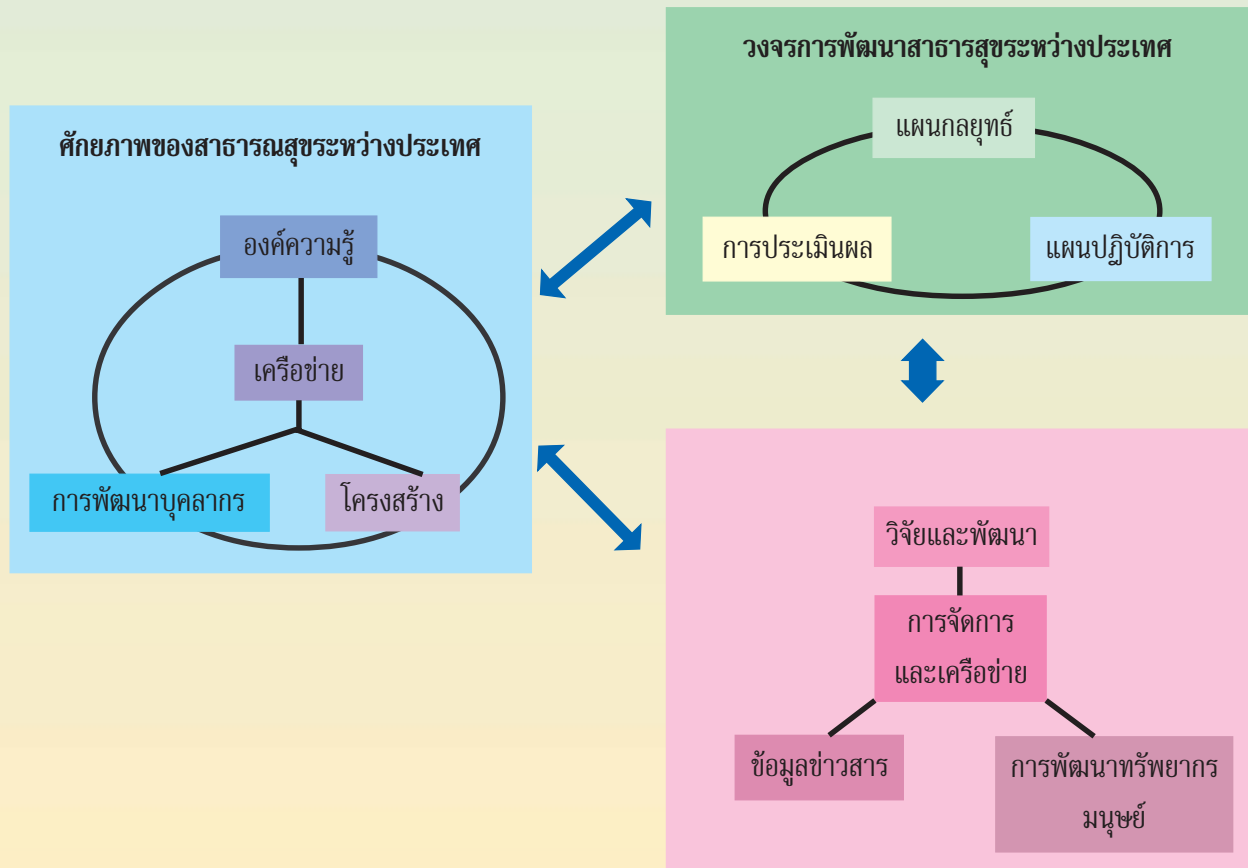
- (1) การพัฒนาโครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ
- (2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- (3) การพัฒนาระบบการสาธารณสุขระหว่างประเทศบนพื้นฐานขององค์ความรู้

5.2 แนวคิดในการพัฒนา

ภาพที่ 13.1 กรอบแนวคิดของการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ



ภาพที่ 13.2 ระบบการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ



ภาพที่ 13.3 Framework ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ภารกิจ 6 ประการ ของสาธารณสุขระหว่างประเทศ	การสนับสนุน 3 ประการ		
	บริหารจัดการ	พัฒนาคน	พัฒนาความรู้
1. การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ	←		→
2. การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก	←		→
3. การพัฒนามาตรฐานต่างๆ ด้านสุขภาพ	←		→
4. การบริหารจัดการองค์ความรู้	←		→
5. การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส	←		→
6. สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ	←		→

5.3 การพัฒนาและเสริมสร้างโครงการและกลไกใหม่

5.3.1 กลุ่มการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ ควรได้รับการพัฒนาโดยการสนับสนุนทางด้านการจัดการและบุคลากร ให้มีบุคลากรด้านวิชาการที่มีทักษะและประสบการณ์ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น

5.3.2 ควรมีการปฏิรูปบทบาทขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทยให้มีภารกิจหลักอีก 3 ประการคือ สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลก Liaison Office to ESCAP และสำนักงานสำหรับโครงการความร่วมมือระหว่างสองภูมิภาค เช่น Mekong Basin Disease Surveillance Project, โครงการโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง

5.3.3 มีการมีส่วนร่วมจากองค์กรนอกกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่นๆ เพิ่มขึ้น

5.3.4 มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ WHO Collaborating Centers ในประเทศไทย

5.3.5 การพัฒนากลไกเพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญา

5.4 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ควรมุ่งที่การเสริมสร้างภูมิปัญญาด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับบุคคลและองค์กร

5.4.1 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศในองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านความสามารถด้านภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆ ทักษะการประสานงานและเจรจาต่อรอง และความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรม พิธีการ กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งประเด็นด้านสาธารณสุขเฉพาะเรื่องและทั่วไป

5.4.2 มีการสนับสนุนให้นักวิชาการในระดับล่างและระดับกลางของระบบสาธารณสุขไทย ให้ไปทำงานหาประสบการณ์ในฐานะ fellow ในหน่วยงานภายใต้สังกัดการอนามัยโลก ทั้งสำนักงานใหญ่และสำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5.4.3 พัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

5.4.4 สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขไทยให้ไปอยู่ในองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในฐานะที่ปรึกษา สมาชิกของคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ และในระดับผู้บริหารระดับสูง

5.5 การพัฒนาระบบสาธารณสุขระหว่างประเทศบนพื้นฐานองค์ความรู้

5.5.1 การวิจัยด้านการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย และให้คำแนะนำเพื่อการพัฒนาในอนาคต

(2) ผลกระทบของข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศต่อการพัฒนาสาธารณสุขไทย โดยเน้นที่การให้การเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อการมีส่วนร่วมจะได้ประโยชน์สูงสุด

(3) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหลักสูตรฝึกอบรมนานาชาติในประเทศไทย ทั้งระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในอนาคต

(4) วิเคราะห์ศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขไทย เพื่อไปปฏิบัติงานในองค์กรระหว่างประเทศ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

(5) ประเมินกลไกการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีอยู่ในระดับภูมิภาคและระดับโลก ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมของประเทศไทย

(6) การจัดทำแนวทางและคู่มือสำหรับกิจกรรมการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น คู่มือการเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก

5.5.2 เครือข่ายการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

นอกจากเครือข่ายการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศแล้ว เครือข่ายในระดับที่สูงขึ้นและในด้านต่างๆ ควรได้รับการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น เครือข่ายการวิจัยด้านนโยบายและระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลกในประเทศไทยสามารถแสดงบทบาทในฐานะผู้ประสานงานสำหรับหลายๆ เครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความยอมรับของประเทศไทยให้เป็นศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคอินโดจีน

5.5.3 การสนับสนุนการสื่อสารและการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในระดับนานาชาติ

(1) การตีพิมพ์ผลงานการวิจัยของนักวิจัยไทยในวารสารนานาชาติ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนทั้งโดยลักษณะที่เป็นเงื่อนไขและตามความสมัครใจ

(2) สนับสนุนการตีพิมพ์และจัดทำวารสารนานาชาติ และ Webpage ในประเทศไทย เช่น HSRI Journal/Webpage นอกจากนี้ได้จัดทำ webpage ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543

(3) สนับสนุนการตีพิมพ์รายงานเฉพาะเรื่องเป็นภาษาอังกฤษ เช่น รายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) และรายงานสุขภาพคนไทย (Thai Health Report)