

รายงานการเข้าร่วมการประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วย
“การยุติวัณโรคในยุคเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน: ความรับผิดชอบจากทุกภาคส่วน” ครั้งที่ ๑

วันที่ ๑๖ - ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

ณ World Trade Center กรุงเทพมหานคร สหพันธรัฐรัสเซีย

.....

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วย “การยุติวัณโรคในยุคเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน: ความรับผิดชอบจากทุกภาคส่วน” ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๑๖ - ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ โดยมีผลการประชุมและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ภาพรวม

การประชุมระดับรัฐมนตรี “การยุติวัณโรคในยุคเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน: ความรับผิดชอบจากทุกภาคส่วน” ครั้งที่ ๑ จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเร่งรัดการดำเนินการยุติวัณโรคตามเป้าหมายยุทธศาสตร์การยุติวัณโรคขององค์การอนามัยโลกและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๗๓ มุ่งลดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ให้ได้ร้อยละ ๘๐ ลดอัตราการตายร้อยละ ๙๐ จากสถานการณ์ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ และปกป้องทุกคนรอบครัวของผู้ป่วยไม่ให้ล้มละลายจากวัณโรค

การประชุมนี้เป็นการประชุมระดับรัฐมนตรีครั้งแรกที่เชิญภาคีภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาคสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตัวแทนภาคประชาสังคม และผู้แทนจากองค์กรภายใต้ระบบสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ

ในการนี้ มีบุคคลสำคัญระดับสูงของรัฐสมาชิกเข้าร่วมประชุมหลายท่าน อาทิ ประธานาธิบดี วลาดีเมียร์ ปูติน แห่งสหพันธรัฐรัสเซีย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ๗๔ ท่านจาก ๑๐๐ ประเทศ และผู้นำระดับโลกด้านสุขภาพ เช่น ดร. เทดรอส อัดฮานอม เกเบรเยซุส ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก นางลูซิลา ดิทู ผู้อำนวยการบริหาร STOP TB Partnership นอกจากนี้ ยังมีผู้บริหารระดับสูงขององค์กรระดับโลก ได้แก่ นาย จิมยอง คิม ประธานธนาคารโลก และนักวิชาการจากสถาบันวิชาการชั้นนำของโลกเข้าร่วมประชุมด้วย ในที่ประชุมได้มีการประกาศแผนการร่วมวิจัยวัณโรคระหว่างประเทศของกลุ่มประเทศ BRICS (Brazil, Russia, India, China, South Africa) โดยมุ่งหวังให้เกิดวิธีการวินิจฉัย ยาและวัคซีนใหม่

ผลการประชุมสำคัญคือการให้คำมั่นร่วมกันที่จะดำเนินการตามปฏิญญามอสโกว่าด้วยการยุติวัณโรค โดยขอให้ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกเร่งรัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (ในประเทศไทยคือ แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อการยุติวัณโรค) และจัดสรรงบประมาณรวมถึงทรัพยากรที่จำเป็น และจะนำเสนอปฏิญญาดังกล่าวต่อที่ประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องวัณโรค ในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ต่อไป

๒. ภารกิจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระหว่างการเข้าร่วมประชุม

๒.๑ กล่าวปาฐกถา ในหัวข้อ “การยุติการระบาดของวัณโรค : มุมมองจากประเทศที่มีการป่วยตายด้วยวัณโรคและวัณโรคที่ร้ายแรง” โดยประเทศไทยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การขับเคลื่อนการยุติปัญหาวัณโรคในประเด็นสำคัญดังนี้

(๑) คนไทยมีโอกาสดูดีกว่าอีกหลายประเทศ ที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคน ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา มีโอกาสเข้าถึงยาและการรักษา อย่างไรก็ตาม การมีหลักประกันสุขภาพเป็นเพียงมาตรการหนึ่งซึ่งช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุงหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และมาตรการเพิ่มเติมเพื่อผู้ป่วยวัณโรค

(๒) ประเทศไทยจะต้องทุ่มเทสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนมากกว่านี้ จึงจะแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เห็นผลเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ นพ. ปิยะสกล ได้เสนอ แนวทาง ๔ ข้อ ได้แก่

- “นโยบายเข้มแข็ง” ประเทศไทยต้องขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาวัณโรคให้เป็นนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ที่ได้ผ่านการรับรองโดยคณะรัฐมนตรีแล้ว โดยแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อผู้ป่วยวัณโรคนี้มีเป้าหมายจะลดความชุกของผู้ป่วยวัณโรคให้ได้ร้อยละ 50 เมื่อสิ้นสุดแผน
- “เสริมแรงด้วยความรู้” การยุติวัณโรคจำเป็นต้องใช้การวิจัยเพื่อนำมาตรการใหม่และนวัตกรรมมาใช้ ประกอบการขับเคลื่อนนโยบายยุติวัณโรคให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งเครือข่ายนักวิจัยวัณโรคไทย ThaiTuRN (Thailand TUberculosis Research Network) เพื่อพัฒนาแผนการวิจัยวัณโรคระดับชาติ(National tuberculosis research roadmap) เพื่อให้การวิจัยมุ่งเป้าสู่การขับเคลื่อนนโยบายยุติวัณโรค เช่น การพัฒนาวิธีการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคที่มีความไวสูง การบูรณาการและพัฒนากระบวนการข้อมูลเพื่อการวิจัยวัณโรค พัฒนาสูตรยาต้านวัณโรคใหม่ที่ใช้เวลารักษาสั้นกว่าเดิม การศึกษาทางพันธุศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อวินิจฉัยและรักษาวัณโรค การศึกษาปัจจัยทางสังคมที่จะช่วยลดการรังเกียจและตีตรา
- “รวมหมู่เป็นเจ้าของ” ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไม่สามารถดำเนินการด้วยกระทรวงสาธารณสุขโดยลำพัง จำเป็นที่ภาคส่วนอื่นและประชาชนทุกคนจะต้องเข้ามาช่วยและดำเนินการร่วมกัน การยุติวัณโรคเป็นแนวทางร่วมของทุกคนในประเทศ เพื่อให้การตีตราวัณโรคหมดไปจากสังคมไทย จะเห็นได้จากการแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่ประเทศไทยดำเนินงานมาด้วยดี ทั้งนี้เนื่องจากทุกคนเข้ามาช่วยกัน วัณโรคก็เช่นเดียวกัน ที่ทุกคนในประเทศไทยต้องเข้ามาร่วมดูแลปัญหาวัณโรค คนในชุมชนต้องช่วยกันป้องกันวัณโรค และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยวัณโรค ช่วยในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขัง ผู้อาศัยในชุมชนแออัด ผู้อพยพ
- “ต้องก้าวต่อเนื่อง” การแก้ไขปัญหาวัณโรคต้องดำเนินการต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง มีผู้นำ (Champions) ในทุกระดับของการดำเนินการของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ทั้งในระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด เขต และระดับประเทศ ผู้นำในทุกระดับมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ให้ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรค

๒.๒ เป็น panelist ในการประชุมคู่ขนาน “ก้าวต่อไปในการรับมือวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคเอชไอวีและเป็นประเทศที่สองในโลก ที่ได้รับการรับรองว่า สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้เป็นผลสำเร็จ

ปัจจุบันสถานการณ์ควบคุมโรคเอชไอวีอยู่ในระดับทรงตัว เนื่องจากที่ผ่านมาการดำเนินการควบคุมโรคในวงกว้างได้ผลดีจากความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตามการเร่งรัดยุติเอดส์ในช่วงสุดท้าย เป็นระยะที่ต้องใช้ความพยายามสูงสุด เนื่องจากต้องเร่งรัดการดำเนินงานคัดกรองและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีความเสี่ยง ซึ่งต้องอาศัยยุทธศาสตร์เฉพาะและต้องมีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ

ประเทศไทยได้เสนอให้เร่งรัดการควบคุมโรคเอชไอวีและวัณโรค โดยใช้ยุทธศาสตร์ 3I ซึ่งดำเนินการอยู่แล้ว แต่ต้องเร่งรัดการขับเคลื่อนให้เข้มแข็งขึ้น โดยต้องเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Intensified active case finding) ซึ่งประเทศไทยได้คัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังด้วยการตรวจรังสีภาพทรวงอก และจะเร่งรัดในการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อไป โดยเน้นนวัตกรรมในการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมถึงการให้การรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝงด้วยยา Isoniazid (Isoniazid Prevention Therapy) การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infectious Control)

ทั้งนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้ใช้ยุทธศาสตร์ “2I” เพิ่มเติม คือการบูรณาการระบบข้อมูล (Integrated information system) ให้เชื่อมโยงระหว่างวัณโรคและโรคเอชไอวี และมีคุณภาพเพื่อนำมาวางแผนและกำหนดนโยบาย การเพิ่มความครอบคลุม R-R-T-T-R เน้นเพิ่มความครอบคลุม “การเข้าถึง-เข้าสู่บริการ-ตรวจหา-รักษา-การดำรงผู้ป่วยในระบบ” (Increase coverage of R-R-T-T-R) และเพื่อยุติวัณโรคให้สำเร็จ ประเทศไทยจะต้องลงทุนเพิ่มเติม ทั้งโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐาน รวมถึงการวิจัยและพัฒนาขีดความสามารถอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๒.๓ ลงนามบันทึกความเข้าใจระหว่างสำนักงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคและสวัสดิภาพของมนุษย์แห่งสหพันธ์รัฐรัสเซียกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการปกป้องสุขอนามัยและระบาคติวิยาสุขภาพของประชาชน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและดร. อานนะ ปะโปะ หัวหน้าสำนักงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคและสวัสดิภาพของมนุษย์แห่งสหพันธ์รัฐรัสเซียได้ร่วมลงนามบันทึกความเข้าใจระหว่างสำนักงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคและสวัสดิภาพของมนุษย์แห่งสหพันธ์รัฐรัสเซียกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรไทยว่าด้วยการปกป้องสุขอนามัยและระบาคติวิยาสุขภาพของประชาชน โดยมีสาระสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือด้านการปกป้องสุขอนามัยและระบาคติวิยาสุขภาพของประชาชนของทั้งสองประเทศ ซึ่งจะร่วมมือกันในสาขา งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ การเตรียมการป้องกันโรค และการแลกเปลี่ยนข้อมูล

๓. ข้อสังเกต

การเดินทางไปร่วมประชุมฯ ในครั้งนี้ นับว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากประเทศไทยมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะยุติวัณโรคอย่างจริงจังและการได้เรียนรู้จากหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาวัณโรค เช่น ญี่ปุ่น จีน รัสเซีย และสหภาพยุโรป และประเทศที่ยังคงประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับประเทศไทย เช่น ประเทศอินเดียที่เพิ่งประกาศเร่งรัดการยุติวัณโรคภายในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ เร็วกว่าที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายไว้ ๕ ปี และมีการเพิ่มงบประมาณของรัฐบาลอินเดียในการยุติวัณโรคอย่างต่อเนื่องทุกปี

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและถูกละเลยมานาน เนื่องจากวัณโรคติดต่อทางการหายใจ ถือเป็นภัยคุกคามในระดับโลกที่ไร้พรมแดนและหากไม่มีความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง วัณโรคจะเป็นภัยพิบัติต่อมนุษยชาติในอนาคตอันใกล้ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะเห็นได้ว่าทุกประเทศต่างพบอุปสรรคและความท้าทายที่เหมือนกัน คือ การขาดการบริหารจัดการที่ดีในทุกระดับ (ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงชุมชน) แม้หลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แต่การมีหลักประกันสุขภาพเป็นมาตรการหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสเข้าถึงการวินิจฉัยรักษาเท่านั้น การยุติวัณโรคได้จะต้องพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขที่บูรณาการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับซับซ้อน และมีเป้าหมาย

ร่วมในการยุติวัณโรค โดยขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่องด้วยทรัพยากรที่เพียงพอ และต้องถือว่าวัณโรคเป็นปัญหาสำหรับทุกคน

นอกจากประเด็นการบริหารจัดการแล้ว ประเด็นท้าทายอีกประการหนึ่ง คือ การบูรณาการแผนงานเอชไอวี และแผนงานวัณโรคให้เสริมการทำงานซึ่งกันและกัน ซึ่งการควบคุมสองโรคนี้นี้มีการดำเนินงานที่เหลื่อมกัน การบูรณาการแผนงานจะสามารถลดความซ้ำซ้อนในระบบสุขภาพ เพิ่มคุณค่าของระบบข้อมูล และทำให้การควบคุมโรคทั้งสองโรคมมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการยุติวัณโรคและการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

๔. ก้าวต่อไป

- การคงความมุ่งมั่นในระดับนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานที่จะยุติปัญหาวัณโรคให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้จนถึง ค.ศ. ๒๐๓๐ ตามปฏิญญามอสโคว์ด้วยปฏิบัติการยุติวัณโรคและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- การที่ประเทศไทยจะร่วมกับประชาคมโลกในการขับเคลื่อนวัณโรคเป็นวาระในเวทีสำคัญในระดับนานาชาติ เช่น Unite Nation High Level Meeting รวมถึงการเสนอเป็นหัวข้อหลักในการจัดการประชุมวิชาการสมเด็จเจ้าฟ้าฯมหิดลในปีพ.ศ. ๒๕๖๙
- การขับเคลื่อนและติดตามแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติวัณโรค ตามมติคณะรัฐมนตรี โดยจัดหางบประมาณภาครัฐเพื่อให้พอเพียงต่อการให้บริการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาวัณโรคที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและแนวทางที่เหมาะสมในประเทศไทย
- การส่งเสริมการทำงานระหว่างภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับนโยบาย ระดับองค์กรภาครัฐ จนถึงระดับชุมชน ท้องถิ่น โดย กระทรวงต่างๆ ร่วมสนับสนุนในงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของตน สร้างความมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ภาคประชาชนและธุรกิจเอกชน เช่น กระทรวงยุติธรรมเพื่อให้บริการคัดกรองวัณโรคและโรคติดเชื้ออื่นแก่ผู้ต้องขัง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการดูแลด้านสังคมที่จะสนับสนุนผู้ป่วยที่ต้องรักษานานและอาจต้องขาดรายได้ การให้ความรู้เรื่องวัณโรคที่จำเป็นต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น
- การพัฒนาเงินทุนและปรับปรุงกลไกการเงินเพื่อนำมาพัฒนาการแก้ปัญหาวัณโรคอย่างยั่งยืนสำหรับภาคีที่ไม่ใช่ภาครัฐ ภายหลังจากประเทศไทยไม่รับเงินสนับสนุนจากกองทุนโลกจะต้องมีแนวทางในการให้การสนับสนุนภาคีที่ไม่ใช่ภาครัฐ และภาคีประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการยุติปัญหาวัณโรคได้
- การคงความสำเร็จในการลดความชุกของวัณโรคในกลุ่มผู้ต้องขัง เร่งรัดการดำเนินงานในกลุ่มเอดส์ และปิดช่องว่างกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการหรือเข้าถึงบริการช้า รวมทั้งประชากรกลุ่มเปราะบางมากขึ้น
- สนับสนุนให้มีการร่วมแบ่งเบาภาระการดำเนินงาน (Task Sharing) โดยบุคลากรทั้งด้านสุขภาพ และการบริการทางสังคม ร่วมกับภาคประชาสังคม วางแผนและจัดบริการร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เช่น การดำเนินการผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ ในการเร่งรัดมาตรการที่นำไปสู่การลดผู้ติดเชื้อ ลดผู้เสียชีวิต และลดการรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

Talking points by

**H.E. Prof Clinical Emeritus Dr. Piyasakol Sakolsatayadorn
Minister of Public Health of Thailand**

at the First high level plenary

**“Ending the TB epidemic: Perspective from the 8 countries with the
highest TB and MDR-TB burdens”**

Time: 10.45-13.00, 16 November 2017

World Trade Center, Moscow, Russian Federation

The format is “Davos-style” or the World Economic Forum Style. (sit in chairs)

- *No power point presentations [just only one slide on the 1-4 key messages of the talk]*
- *No formal speeches will be used for open debate and lively interaction.*

The suggested focused question to be posed to the Minister of Thailand:

‘Thailand has been at the forefront in implementing UHC policy and has achieved outstanding results. How is Thailand using the success of its UHC programme to expand access to those still unreached and to help drive TB’s decline faster?’

The PHM will have 7 mins to speak.

Response to the question (522 words, 6-7 minutes)

Thank you so much for such excellent question, Mr. Moderator,

I would like to respond with two key messages:

First, **UHC is not the panacea for all health problems.** The situation that Thailand being at the top rank in all three dimensions of TB challenges, in spite of having achieved UHC for 15 years, proves that universally available of free comprehensive TB services under UHC is not enough to tackle the challenges.

For example, in spite of UHC, only 70% of the estimated TB cases received treatment with only 75% success rate. This means only 53% effective coverage. Furthermore, only 70% of TB who also HIV positive receive ARTs, and 30% of relapse cases receive Drug Sensitivity test.

So, we must be realistic and understand the limitation of UHC.

Second, Apart from UHC, we need a **'Systematic Approaches' lead by strong and committed 'Champions' to ensure sustainable successes.**

It is clear that our remaining challenges are not from lack of technologies but from inadequate "management" and "leadership".

We have formulated a systematic approaches called 'P-R-O-P',

P stands for "Political Commitment"

We have just got strong political commitment thru the cabinet approval of **'the national strategic plan on TB prevention, treatment and care 2017-2021** to half the incidence of TB in 5 years".

This is the **'Political or Policy Power'** that will ensure adequate resources, aggressive inter-sectoral actions with clear targets.

R: stands for "Research and Innovation"

We have just started implementing a research package on TB, and established a Tuberculosis Research Network to develop and mobilized all **'social and technological innovations', including Gene Xpert**. This is the **'power of wisdom'** to allow effective prevention among high risk groups, very fast and early diagnosis and effective short term treatment, as well as de-stigmatization.

O stands for "Ownership"

We are moving to make the movement on TB owns by everyone, every community, every agency, every health professional, and **especially every affected people**. This is the **'social power'** that will ensure 'zero stigmatization', strong community engagement for active effective prevention, outreached early diagnosis and good compliance towards successful treatment, especially those high risk priority groups including people in close contact with the patient, people living with HIV, migrants, urban slum and prisoners.

P stands for Persistent Actions by Champions

We need the collective and continuous efforts of **Champions**, from all walk of lives at all level that will link the 'political, social and intellectual power' to form a **'super power'** that will ensure real and sustainable effective coverage of universal case findings and highest cure rate without stigmatization.

Mr. Moderator,

Our next immediate step is to identify and mobilize not just one National Champion, but many collective champions from all walks of lives at all levels.

Champions who have high social and intellectual capital.

Champions who are fully committed every second to eliminate TB,
and

Champions who will never stop their commitments and actions until the last day of their lives.

We are very glad to be here to share and learn from other high burden countries. Our collective wisdom will ensure sustainable global successes in time of the Sustainable Development Goal target.

Thank You.

Ministry of Public Health of THAILAND

Talking points by

**H.E. Prof Clinical Emeritus Dr. Piyasakol Sakolsatayadorn
Minister of Public Health of Thailand**

**at the PARALLEL MINISTERIAL PANELS
“Stepped up TB/HIV response”**

**Time 11.30-13.00, 17 November 2017
World Trade Center, Moscow, Russian Federation**

Question: ‘Thailand has been one of the frontrunners of the HIV response in Asia, and has achieved virtual elimination of vertical transmission of HIV.

What are your thoughts on elimination of TB among people living with HIV and what are your next steps to achieving this?

Response to question (590 words, 7 minutes)

Thank you Eric for the very relevant question.

Indeed, Thailand marks a strong record in responses to HIV/AIDS and was certified 'elimination of vertical transmission' last year.

Nevertheless, **'Success can be the beginning of failure!'**

We are reaching the situation of 'hitting the plateau' or 'diminishing return' for HIV. For each small incremental achievement, we have to invest much more.

Looking at the WHO's **three- I-s for TB and HIV**, we still have big challenges.

The first I, Intensified active case finding (ICF)

It's not too difficult to identify HIV status among TB patients. We screen 98% of all TB cases and found 13% co-infection with HIV. However, we identified only a few percentage of TB among People Living with HIV!!! We must have missed at least 3 or even 5 times from the real number. This means tens of thousands of TB cases.

HIV will be the next key population that we should focus after successful case finding in prisoners.

We are looking into the possibility of making new TB diagnostic tools available and accessible at some strategic areas. Due to its very high cost, we will start with those that have high prevalence of HIV.

The second I, Isoniazid Prevention Therapy (IPT)

Although IPT is recommended by WHO, with or without Tuberculin Skin Test. The IPT has yet to be included in the UHC and not practice widely as it is still not in the national guideline.

IPT is an effective and not very costly measure, but requires strong policy and commitment from health professionals.

The third I, Infection Control for Tuberculosis (IC)

Although we have 'infection control room' in all public and private hospitals, but the comprehensive measures on infection control for TB have not been intensively implemented.

So what we have to move immediately is to strengthen and be serious with these "three-I-s".

On top of that we need two more "I"s.

The first additional 'I' is Integrated Information Systems. The patient database of the two diseases are fully separated and can not be analyzed into meaningful information for decision making and tracking the progress on TB in HIV. We are moving on TBCM online which will provide strategic information for policy decision and effective individual case management.

The second one is to Increase coverage of R-R-T-T-R, Reach, Recruit, Test, Treat and Retain for both HIV and TB.

Although we screen 98% of all TB cases and found 13% co-infection but only 69% were on ART despite the policy on "Test and treat".

We must also reach the global target of 90:90:90 as soon as possible and go beyond that.

The HIV Champions always said that “Anything that stops the HIV epidemic will also stop TB” and TB champions also said that “HIV could not be successful if you can not control TB”.

These challenges need strong leadership from **Champions** from both public and private sectors at all level. We do need strong Community of People Living with the Diseases on TB much like those on HIV.

In conclusion,

I would reiterate 3 points

- **‘Success can be the beginning of failure’** as we are reaching the ‘diminishing return’ situation on HIV, and we have big challenge to implement the WHO’s three I’s on TB in HIV.
- Apart from **strengthening the three-I’s** we need **two more I’s**, Integration of databases of TB and HIV patients, and Increases the coverage of R-R-T-T-R to achieve 90:90:90 as soon as possible.
- Both of them needs committed leaders, or **champions**, to sustain the successful actions.

Thank you