

รายงานการประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน
และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. 2557 - 2559

นำเสนอต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้ประเมิน
มิถุนายน 2560

คณะผู้ประเมิน

1. นายแพทย์ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์ นักวิชาการอิสระ
(อดีตผู้แทนองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศอินโดนีเซีย)
หัวหน้าทีม
2. นายแพทย์ชวลิต นาถประทาน นักวิชาการอิสระ
3. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
และคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. คุณศิริพร ยงพานิชกุล Health Counterparts Consulting
5. คุณสุไลพร ชลวิไล นักวิจัย และนักกิจกรรมอิสระ
6. คุณอัญชัน สิงห์ชัย Health Counterparts Consulting

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 ฉบับนี้จัดได้ว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีการนำเป้าหมายมุ่งสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์ กล่าวคือ ไม่มีผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

เพื่อเป็นการประเมินถึงความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานระดับส่วนกลางและพื้นที่ระดับจังหวัดในการแปลงนโยบายยุทธศาสตร์ไปสู่การวางแผนปฏิบัติการและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศไทย สำนักวิจัยโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กำหนดให้คณะผู้ประเมินดำเนินการประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559

โดยการประเมินครั้งนี้เน้นศึกษาข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร และรายงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก รวมทั้งการลงพื้นที่ศึกษาเชิงคุณภาพในจังหวัดศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร อุดรธานี และชลบุรี เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมในส่วนกลาง และระดับจังหวัด

รายงานฉบับนี้เป็นผลที่ได้จากการประเมินที่บ่งบอกถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับก่อนหน้า ทั้ง 3 วิสัยทัศน์ มีการนำเสนอภาพรวมสถานการณ์เอดส์และการบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ ผลลัพธ์การดำเนินงานของยุทธศาสตร์หลักทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ รวมไปถึงความสำเร็จประเด็นท้าทายและข้อเสนอแนะตามรายยุทธศาสตร์นั้น ๆ ด้วย

นอกจากนี้ยังได้สรุปประเด็นสำคัญ ๆ จากการประเมินฯ เช่น การเปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2550 - 2554 กับแผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2557 - 2559 การประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติปี พ.ศ. 2557 - 2559 ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด: ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน การขับเคลื่อนและแปลงนโยบายยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ ความท้าทาย ความเชื่อมโยงกับแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2560 - 2573) และข้อเสนอแนะ

ในการนี้ คณะผู้ประเมินแผนยุทธศาสตร์ฯ ขอขอบคุณกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่มอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการในเรื่องนี้ ขอขอบคุณคณะทำงานวิชาการที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำเสนอในรายงานฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในส่วนกลางและจังหวัด ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานบริหารโครงการ

กองทุนโลก ศูนย์ความร่วมมือไทย สหรัฐด้านสาธารณสุข กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และจังหวัดอุดรธานี ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจากภาคประชาสังคมจากมูลนิธิริักษ์ไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เครือข่ายคนทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด มูลนิธิโอโซน เครือข่ายผู้เฒ่าแห่งประเทศไทย มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิซิสเตอร์ จังหวัดชลบุรี กลุ่มเอ็มเฟรนด์ จังหวัดอุดรธานี เครือข่ายอุดรพัฒนางานเอดส์ จังหวัดอุดรธานี

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่จากศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาของการประเมิน รวมทั้งความช่วยเหลือในการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการประเมินครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี

คณะผู้ประเมิน หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการประเมินที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา ทบทวน และปรับปรุงแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2560 - 2573 ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 ต่อไป

คณะผู้ประเมิน

1. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 - 2559 ได้ดำเนินการประเมินในช่วง เดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสำเร็จของแผนฯ และชี้ให้เห็นประเด็นท้าทายของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ตามที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับดังกล่าว และเพื่อประเมินกลไกการขับเคลื่อนและการแปลงนโยบายยุทธศาสตร์ ไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติการทั้งในระดับส่วนกลาง ลงไปถึงพื้นที่ในระดับจังหวัด

ทีมประเมินฯ ได้ศึกษาทบทวนเอกสารที่สำคัญ ๆ (Desk review) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 เป็นหลัก และได้มีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่สำคัญจากบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคมในส่วนกลางและระดับจังหวัด

จากการประเมินพบว่าแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้กำหนดวิสัยทัศน์ในการทำงานไว้ 3 ด้าน เพื่อนำไปสู่การบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ ได้แก่ วิสัยทัศน์สู่เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ วิสัยทัศน์สู่เป้าหมายไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และวิสัยทัศน์สู่เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ภาพรวมของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ในการบรรลุวัตถุประสงค์ของวิสัยทัศน์ทั้ง 3 ด้าน สรุปได้ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ 1. เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ การดำเนินงานทำให้เห็นการลดลงของการติดเชื้อรายใหม่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2559

วิสัยทัศน์ 2. เพื่อลดการเสียชีวิต การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการเปิดกว้างให้ผู้ติดเชื้อที่ทราบผล สามารถมีโอกาสได้รับการรักษาทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว CD4 มีแนวโน้มที่ช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลงแต่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดไปยังทารกยังลดลงอย่างมากจากการที่แม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา และได้รับการยืนยันผลสำเร็จเป็นประเทศที่สองของโลกโดยการรับรองจากองค์การอนามัยโลก

วิสัยทัศน์ 3. เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ถึงแม้มีความก้าวหน้ามากทางด้านนโยบายในระดับชาติ มีความพยายามดำเนินการในระดับองค์กร และระดับบุคคล แต่ยังไม่สามารถวัดผลสำเร็จได้อย่างชัดเจน เสนอแนะให้มีการปรับตัวชี้วัดใหม่ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและมีเครื่องมือในการวัดได้ง่ายกว่าที่กำหนดไว้เดิม

จากการประเมินยังพบว่า **ปัจจัยเกื้อหนุน**ต่อการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 มีอยู่หลายปัจจัย ที่สำคัญ ๆ ได้แก่ การที่รัฐบาลให้การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์มาโดยตลอด จากการกำหนดให้ปัญหาเอตส์เป็นปัญหาระดับชาติที่นายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมาย เข้ามาเป็นประธาน คช.ปอ. นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการระดับประเทศ 7 คณะในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยผลักดันการปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ และยังมีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ระดับจังหวัด และ คณะกรรมการประสานงานจังหวัด/กทม. (PCM) ที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ในระดับจังหวัดและการประสานงานและบูรณาการในระดับพื้นที่

นอกจากนี้ ในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ในช่วงปลายแผนฯ **ยังมีการจัดทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอตส์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 - 2562** ซึ่งกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานไว้ 2 ทิศทาง กับ 5 ยุทธศาสตร์หลัก โดยพบว่า ทิศทางที่ 1 “**นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง**” ในแผนปฏิบัติการนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกและองค์กรอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี ส่วนการดำเนินงานตามทิศทางที่ 2 “**การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันมีคุณภาพเข้มข้น และมีความยั่งยืน**” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการเร่งรัดดำเนินการจากรัฐบาล ผ่าน สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งงบประมาณของรัฐที่สนับสนุนสภาวิชาชีพในการจัดบริการโลหิตปลอดภัย

ปัจจัยหนุนเสริมที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ **ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง จากภาคประชาสังคม** รวมถึงเครือข่ายผู้อยู่ร่วมกันกับเชื้อเอชไอวี เครือข่ายผู้ขายยาเสพติด และเครือข่ายอื่น ๆ อีกทั้งการมีภาคีเครือข่ายทางวิชาการที่เข้มแข็ง ทั้งจากมหาวิทยาลัย สภาวิชาชีพไทย องค์กรรัฐบาลสหรัฐอเมริกา องค์กรสหประชาชาติต่าง ๆ รวมทั้ง องค์กรเอกชนทั้งของไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้บทบาทของภาคประชาสังคมได้ระบุไว้อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะในระดับ คช.ปอ. คณะกรรมการระดับชาติและระดับจังหวัด รวมทั้งเป็นผู้ร่วมปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก

จุดเด่นอีกประการหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ คือ ความพยายามในการเพิ่มความเข้มแข็งของการประสานงานระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการยุติปัญหาเอตส์ โดยกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ จัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้ตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) แต่ทว่าการดำเนินการยังขาดลักษณะของการบูรณาการงานร่วมกันที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน และได้มีการยกเลิก Joint KPIs ไปในปี พ.ศ. 2559

อย่างไรก็ดีในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ ยังมีประเด็นท้าทายที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ได้ทั้งหมด ได้แก่

- การมีโครงสร้างอนุกรรมการฯ ในระดับชาติ และระดับจังหวัดที่ชัดเจนเป็นเรื่องที่ดี แต่ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์นี้พบว่า ยังมีประเด็นเรื่อง อัตรากำลังของบุคลากรที่ไม่เพียงพอและยังขาดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานป้องกัน ดูแลรักษา และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การกระจายงบประมาณลงไปไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมมากพอที่จะสามารถยุติปัญหาเอคส์ได้ ยกตัวอย่างเช่น การดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลักที่พบว่างบประมาณส่วนใหญ่ในการดำเนินงาน มาจากการสนับสนุนของกองทุนโลก เช่นเดียวกันกับงานเอคส์ในผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องเพิ่มการสนับสนุนโดยงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลักในประเทศ เนื่องจากมีแนวโน้มที่การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลกจะลดน้อยลงในอนาคต

- ความครอบคลุม และระดับคุณภาพของการให้บริการในกลุ่มประชากรหลักยังไม่เข้มข้นมากพอที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ในแผนยุทธศาสตร์นี้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

- ยังขาดความสอดคล้องในเชิงนโยบาย และการผสมผสานบูรณาการวิธีปฏิบัติในแต่ละกระทรวงให้ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลรักษาผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กฎหมายที่ปกป้องสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ไม่ให้ถูกเลือกปฏิบัติ เป็นต้น

- การติดตาม และเลือกปฏิบัติ ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการการป้องกัน ดูแล รักษา และความช่วยเหลือทางสังคมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงกลุ่มประชากรหลัก

- การประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะระดับดำเนินการในระดับพื้นที่ ยังต้องเร่งสร้างความเข้มแข็งให้เพิ่มขึ้น รวมถึง ความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และการสนับสนุนจากหน่วยงานในระดับท้องถิ่นบางแห่งยังไม่มากพอ และขาดความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

- ระบบข้อมูลที่ใช้ในการตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลความสำเร็จ ยังมีหลายระบบ มีความทับซ้อนกันอยู่ และบางฐานข้อมูลขาดความต่อเนื่องในการจัดเก็บข้อมูลในระยะยาว ทำให้การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ติดตาม และประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์ ๆ ทำได้ไม่มากเท่าที่ควร ทั้งนี้จากการประเมินพบว่าหน่วยงานหลายส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงปัญหาเหล่านี้ และอยู่ระหว่างการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและพยายามดำเนินการแก้ไขปัญหาระบบข้อมูลที่มีความทับซ้อนกันให้ลดลงและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในอนาคต

ข้อเสนอแนะในภาพรวมที่ได้จากการประเมินแผนยุทธศาสตร์

1. เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยได้มีการดำเนินการตามแผนยุติปัญหาเอคส์ ปี พ.ศ. 2560 – 2573 อยู่ โดยจะมีการทบทวน ปรับปรุง แผนยุทธศาสตร์ ๆ เป็นระยะ ทุก 5 ปี น่าจะได้นำเอาข้อสังเกตที่ได้จากการประเมินผลโดยเฉพาะในรายยุทธศาสตร์ ไปใช้ประกอบในการพิจารณาปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ ๆ ดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

2. ควรเพิ่มการสนับสนุน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทางวิชาการ รวมถึงการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาสังคม ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ และร่วมกันแก้ไขปัญหาเอคส์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น การกระตุ้นให้กลุ่มประชากรหลักได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว และได้รับยาต้านไวรัสจากหน่วยบริการโดยเร็วเมื่อพบว่ามีอาการติดเชื้อเอชไอวี

3. ปัญหาด้านโครงสร้าง และกำลังคนที่ทำงานตามยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับชาติ และระดับจังหวัด

- การทบทวนบทบาทและภารกิจ รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของ คณะอนุกรรมการคณะต่าง ๆ ที่แต่งตั้งขึ้น

- การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของบุคลากร ใน สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (สอวพ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในด้านวิชาการ

- การทบทวนและสร้างเสริมความเข้มแข็งบทบาทของคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด โดยมีการเรียนรู้จากกลไกคณะกรรมการประสานงานจังหวัด/กทม. (PCM) ในจังหวัดที่ประสบความสำเร็จ

4. เสริมสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับเครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์ ได้แก่ องค์กรระหว่าง ประเทศ มหาวิทยาลัย สถาบันวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน รวมไปถึงการเพิ่มบทบาทเป็นผู้นำในเวทีระหว่าง ประเทศ เช่น เวทีอาเซียน หรือ การประชุมสหประชาชาติ เป็นต้น

5. การปรับปรุงกระบวนการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้กับภาคส่วนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเชื่อมต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงแนวทางการเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมจากกระทรวงอื่น โดยอาจทบทวนและพิจารณาการนำ Joint KPI หรือตัวชี้วัดกลาง ที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันมาใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลอย่างเหมาะสมรวมทั้งการบูรณาการแผนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ฯ การยุติปัญหาเอดส์

6. ควรจัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุมกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่สำคัญให้มากเพียงพอ ได้แก่ การป้องกัน การพิทักษ์สิทธิ และการประสานงานในทุกระดับ เป็นต้น รวมถึงการวางแผนทางารระดมทรัพยากรภายในประเทศเพื่อกำหนดงบประมาณที่จำเป็นในการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ เพื่อลดการพึ่งพางบประมาณจากภายนอกประเทศโดยเฉพาะในส่วนของ การป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก ที่มีแนวโน้มลดน้อยลง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องในการยุติปัญหาเอดส์ในอนาคต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
สารบัญ	ช
สารบัญตารางและรูปภาพ	ฅ
ความเป็นมา	1
1. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ช่วง พ.ศ. 2555 - 2559 และ พ.ศ. 2557 - 2559	1
2. แนวคิดหลัก ทิศทางและยุทธศาสตร์หลัก ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2557 - 2559	2
3. วัตถุประสงค์ และวิธีการประเมินฯ	4
ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559	6
1. ภาพรวมสถานการณ์เอดส์และการบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์	7
2. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 1 - 5	18
2.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง	19
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดขยายการดำเนินงานป้องกันที่รอบด้าน ด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐาน	19
บนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศวิถี ให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและคาดว่าจะมีจำนวนติดเชื้อรายใหม่มากที่สุด	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคมและปรับเปลี่ยนสภาวะ	31
แวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและการดูแลรักษา	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบและเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และ	44
ท้องถิ่น ในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ	
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและ	56
แก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกกระดับ	

2.2	ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันมีคุณภาพ เข้มข้น และมีความยั่งยืน	67
	ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับคุณภาพ มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นและบูรณาการ	67
3.	การขับเคลื่อนและแปลงยุทธศาสตร์สู่การวางแผนและการปฏิบัติ	
3.1	การกำหนดโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์การกำหนดโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติ อนุกรรมการ และอนุกรรมการระดับจังหวัด มีผลต่อการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่อย่างไร?	101
3.2	การสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ฯ สู่การปฏิบัติ	101
3.3	การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ	102
4.	สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา และข้อเสนอแนะ	103
4.1	เปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 กับแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2559	104
4.2	การใช้ประสบการณ์มาปรับปรุงแผนใหม่	105
4.3	ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด: ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน	107
4.4	การขับเคลื่อนและแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร?	108
4.5	ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ และความท้าทาย	108
4.6	ความเชื่อมโยงกับแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2560 - 2573)	111
4.7	ข้อเสนอแนะ	113
	เอกสารอ้างอิง	114
	ภาคผนวก	116
		119

สารบัญตาราง และรูปภาพ

	สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 1	วิสัยทัศน์สู่ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” และเป้าหมายแนวทางการทำงาน พ.ศ. 2559	2
ตารางที่ 2	G1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	9
ตารางที่ 3	G2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย 2557 - 2559	10
ตารางที่ 4	G3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความคุ้มครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	11
ตารางที่ 5	G4 จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	12
ตารางที่ 6	G5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	13
ตารางที่ 7	G6 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	14
ตารางที่ 8	G7 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	15
ตารางที่ 9	G8 ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	16
ตารางที่ 10	SO1.1 บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการและรอบด้าน ในประชากรไทยและต่างชาติในกลุ่มพนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีดที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	20
ตารางที่ 11	SO1.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557- 2559	21
ตารางที่ 12	SO1.3 กลุ่มประชากรหลัก (พนักงานบริการหญิงและชาย) ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย	22

สารบัญตาราง

หน้า

	พ.ศ. 2557 - 2559	
ตารางที่ 13	SO1.3 กลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา) และผู้ต้องขัง ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	23
ตารางที่ 14	SO1.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 - 49 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมกลุ่มรับบริการฝากครรภ์) ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	24
ตารางที่ 15	SO1.5, 1.6 และ 1.7 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และไวรัสอื่นจากกิจกรรมลด อันตรายจากการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยการใช้อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อในการฉีดครั้ง ล่าสุด , จำนวนกระบอกฉีดยาที่แจกให้ผู้ขายด้วยวิธีฉีดยาต่อคนต่อปี , การบำบัดด้วยสาร ทดแทน ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	24
ตารางที่ 16	SO1.8 ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักและผู้ต้องขังที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	26
ตารางที่ 17	SO1.9 และ SO1.10 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มรักษาด้วย ยาต้านไวรัส ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	27
ตารางที่ 18	SO2.1 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการ และรอบด้านมีการทบทวนแก้ไข ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และ เป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	31
ตารางที่ 19	SO2.2 หลักฐานของการนำกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการป้องกัน และการดูแล รักษาไปดำเนินการ ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	36
ตารางที่ 20	รายงานงบประมาณ และจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 -2559	46
ตารางที่ 21	ตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกันเรื่องเอดส์ พ.ศ. 2553 - 2555	47
ตารางที่ 22	SO4.1 การใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กำกับ ติดตามการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัดและท้องถิ่น และ SO4.2 เป้าหมาย งบประมาณการลงทุน ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	66
ตารางที่ 23	SO5.1 การเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเมื่อแรกเกิดกับคนไทย และประชากรข้ามชาติ	68

สารบัญตาราง

หน้า

	ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	
ตารางที่ 24	SO5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555 และ เป้าหมาย ปี 2557 - 2559	70
ตารางที่ 25	SO5.3 การบริหารจัดการให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงถุงยางอนามัย ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	78
ตารางที่ 26	SO5.4 การคัดกรองเอชไอวีในโลหิตที่รับบริจาค ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	81
ตารางที่ 27	SO5.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลรักษาและการให้ความช่วยเหลือ ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559	83
ตารางที่ 28	การสำรวจทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี พ.ศ. 2557	88
ตารางที่ 29	ความคิดเห็นของประชาชนในประเด็นเรื่องการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใน สังคมไทย พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558	88
ตารางที่ 30	ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยในประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ 2558 - 2559 (กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี)	90
ตารางที่ 31	ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยในประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ 2558 - 2559 (กลุ่มอายุ 15 - 49 ปี)	90
ตารางที่ 32	ทัศนคติของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 49 ปีต่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อยู่ ร่วมกับเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 - 2559	91
ตารางที่ 33	ความแตกต่างของแผนยุทธศาสตร์ฯ เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2554 และ พ.ศ. 2557 - 2559	106

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	แสดงการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นรายปี ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012)	7
----------	---	---

ความเป็นมา

1. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ช่วง พ.ศ. 2555 - 2559 และ 2557 - 2559

ประเทศไทยใช้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) เพื่อพิจารณาเห็นชอบและนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติและแจ้งเวียนให้หน่วยงานในกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยึดถือเป็นกรอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

การตอบสนองต่อการปัญหาและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2559 คณะรัฐมนตรีและ คช.ปอ. ให้ความเห็นชอบและอนุมัติแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งได้ให้ความเห็นชอบต่อกรอบงบประมาณการลงทุนตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 ที่มีการกำหนดทิศทางและมาตรการรวมถึงแนวทางการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ทั้งนี้ได้ให้ความเห็นชอบในการขยายขอบเขตการดำเนินงานกองทุนบริการผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ครอบคลุมถึงการสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ด้วยโดยปรับปรุงจากแผนยุทธศาสตร์ฯ เดิมปี พ.ศ. 2555 - 2559 และเพิ่มมาตรการซึ่งจะทำให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ได้ในที่สุด

โดยปกติยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ จะกำหนดให้มีระยะเวลาของแผนฯ เพื่อยึดถือเป็นแนวปฏิบัติเป็นเวลา 5 ปี แต่ในฉบับที่ทำการประเมินนี้ ครอบคลุมระยะเวลา เพียง 3 ปี คือระหว่าง พ.ศ. 2557 - 2559 แทนที่จะเป็นช่วง พ.ศ. 2555 - 2559 เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในประเทศ จึงทำให้การพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรีต้องล่าช้าจนถึงต้นปี พ.ศ. 2557 อย่างไรก็ตามยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้มีความสำคัญเนื่องจากได้กำหนดวิสัยทัศน์ของประเทศ “มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to Zero)” เป็นครั้งแรกหลังการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2554 และประเทศไทยได้ร่วมลงนามให้สัตยาบันต่อมติฯ ดังกล่าว วิสัยทัศน์ประกอบด้วย การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยมีการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่ต้องการบรรลุใน ปี พ.ศ. 2573

ในระยะ 3 ปีตั้งแต่ พ.ศ. 2557 - 2559 ประเทศไทยได้กำหนดพันธกิจสำคัญด้านเอดส์ พร้อมทรัพยากรเพื่อก้าวเข้าสู่วิสัยทัศน์ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” และกำหนดเป้าหมายแนวทางการทำงานใน พ.ศ. 2559 ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิสัยทัศน์สู่ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” และเป้าหมายแนวทางการทำงาน พ.ศ. 2559

วิสัยทัศน์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์	เป้าหมายปี พ.ศ. 2559
1) ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ 1.2 อัตราการติดเชื้อฯ เมื่อแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 2
2) ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์	2.1 ผู้ติดเชื้อฯ ทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแล รักษา ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน 2.2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดลงจากปี พ.ศ. 2555 มากกว่าร้อยละ 50 2.3 จำนวนผู้ติดเชื้อฯ เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรคลดลงจากปี พ.ศ. 2555 มากกว่าร้อยละ 50
3) ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ	3.1 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแลและบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข 3.2 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิมนุษยชน และสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ 3.3 จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลัก ลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2. แนวคิดหลัก ทิศทางและยุทธศาสตร์หลัก ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559

กรอบแนวคิดหลัก

ในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ได้กำหนดกรอบแนวคิดหลักไว้ 6 ประการ คือ

- 1) การสร้างความเป็นธรรมในสังคม
- 2) กระบวนทัศน์การทำงานมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 3) การเสริมสร้างพลังให้กับประชาชน
- 4) เน้นเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน
- 5) การสร้างภาวะผู้นำและความเป็นเจ้าของร่วมในการกำหนดทิศทาง และการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน
- 6) ผนึกกำลังจากทุกภาคส่วน

ทิศทางของยุทธศาสตร์ มี 2 ทิศทาง ประกอบด้วย

ทิศทางที่ 1 การสร้างนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดขยายการดำเนินงานป้องกันที่รอบด้าน ด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐานบนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศวิถี ให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและคาดว่าจะมีจำนวนการติดเชื้อฯ รายใหม่มากที่สุด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคม และปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกัน และการดูแลรักษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบและเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่นในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกระดับ

ทิศทางที่ 2 การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิม มีคุณภาพและเข้มข้นมากขึ้นและนำไปสู่ความยั่งยืนได้ในที่สุด

ในทิศทางที่ 2 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 1 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การยกระดับคุณภาพ มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้น และบูรณาการโดยแบ่งเป็น 8 กลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด
- 2) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กและเยาวชน
- 3) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ
- 4) การบริการโลหิตปลอดภัย
- 5) การรักษาการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ
- 6) การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- 7) การลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ
- 8) การสื่อสารสาธารณะ

นอกจากนี้ยังได้กำหนดการบริหารยุทธศาสตร์ฯ โดย คช.ปอ. รวมทั้งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการในระดับประเทศ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัดและ กทม. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562 และบูรณาการการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) พร้อมกับจัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลระดับประเทศ

3. วัตถุประสงค์และวิธีการประเมิน

วัตถุประสงค์ในการประเมิน

- 1) เพื่อประเมินความสำเร็จของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ตามที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 – 2559
- 2) เพื่อประเมินการขับเคลื่อนและการแปลงนโยบายยุทธศาสตร์ ไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติการทั้งในระดับส่วนกลาง และพื้นที่ระดับจังหวัด

คำถามหลักในการประเมิน

ตามข้อกำหนดและขอบเขตงานที่ทีมประเมินได้รับ มีคำถามหลักสำหรับการประเมินดังต่อไปนี้

1. ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามเป้าประสงค์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ตามวิสัยทัศน์ “มุ่งสู่ความเป็นศูนย์ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ” และตามยุทธศาสตร์ คือ
 - 1.1) เร่งรัดขยายการดำเนินงานป้องกันที่รอบด้าน ด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐานบนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศวิถี ให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่มีจำนวนการติดเชื้อฯ รายใหม่มากที่สุด
 - 1.2) เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคมและปรับเปลี่ยนสถานะแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและการดูแลรักษา
 - 1.3) เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบและเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่น ในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ
 - 1.4) พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทุกระดับ
 - 1.5) ยกกระดับคุณภาพ มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นบูรณาการ
2. ยุทธศาสตร์และมาตรการที่กำหนดไว้ มีความเพียงพอ/เหมาะสมประการใด มีการดำเนินงานและความก้าวหน้าอย่างไร มีปัจจัย/เงื่อนไขใดที่สนับสนุน/ขัดขวางความสำเร็จ
3. การขับเคลื่อน และการแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์ไปสู่การวางแผนและการปฏิบัติ มีความก้าวหน้าและการดำเนินงานอย่างไร มีปัจจัยและเงื่อนไขอะไรที่ทำให้ประสบความสำเร็จ
4. การสื่อสารยุทธศาสตร์ โดยการกำหนดแนวคิดหลัก 6 ประการ 2 ทิศทางของยุทธศาสตร์ และ 5 ยุทธศาสตร์นั้น มีผลต่อการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หรือไม่ อย่างไร ส่งผลดีผลเสียอย่างไรบ้าง
5. การกำหนดโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติ อนุกรรมการ และอนุกรรมการระดับจังหวัด มีผลต่อการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่
6. การดำเนินการด้วยกลไกแผนปฏิบัติการ และการบูรณาการ การทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) เพื่อช่วยเร่งรัดการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง

7. การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล

วิธีการประเมิน

การดำเนินการประเมิน ใช้เวลาดำเนินการ 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยการศึกษาทบทวนเอกสารต่าง ๆ (Desk review) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 เป็นหลัก และการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ จากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม ทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัด สำหรับการเก็บข้อมูลในจังหวัด ทีมประเมินได้กำหนดเลือกจังหวัดแบบเจาะจงรวม 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และ อุตรธานี รวมจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 41 คนจาก 23 หน่วยงาน (ภาคผนวกที่ 1)

ข้อจำกัดของการประเมิน

การศึกษาครั้งนี้ พบข้อจำกัดเกี่ยวกับเอกสาร รายงาน ผลการวิจัยและผลการประเมินงานที่เกี่ยวข้องในด้านเอดส์ที่เกิดขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 ซึ่งพบว่ายังมีความไม่สมบูรณ์อยู่พอควร รวมถึงการประเมินผลโครงการขนาดใหญ่ระดับประเทศบางโครงการ เช่น โครงการที่สนับสนุนโดยกองทุนโลก ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงานประเมินผลโครงการฯ ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จในปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

การเก็บข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายบุคคลที่เกี่ยวข้อง อาจได้ไม่ครบทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง ในขณะที่การลงพื้นที่ระดับจังหวัด 3 จังหวัด มีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ข้อจำกัดเกี่ยวกับการขาดหรือไม่มีข้อมูลที่ต่อเนื่องในระดับประเทศในหลาย ๆ ประเด็น อาจทำให้การวิเคราะห์และสรุปผลมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ในทุกด้านด้วยระยะเวลาที่ค่อนข้างจำกัดในการประเมินผลฯ ในครั้งนี้

ผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

พ.ศ. 2557 - 2559

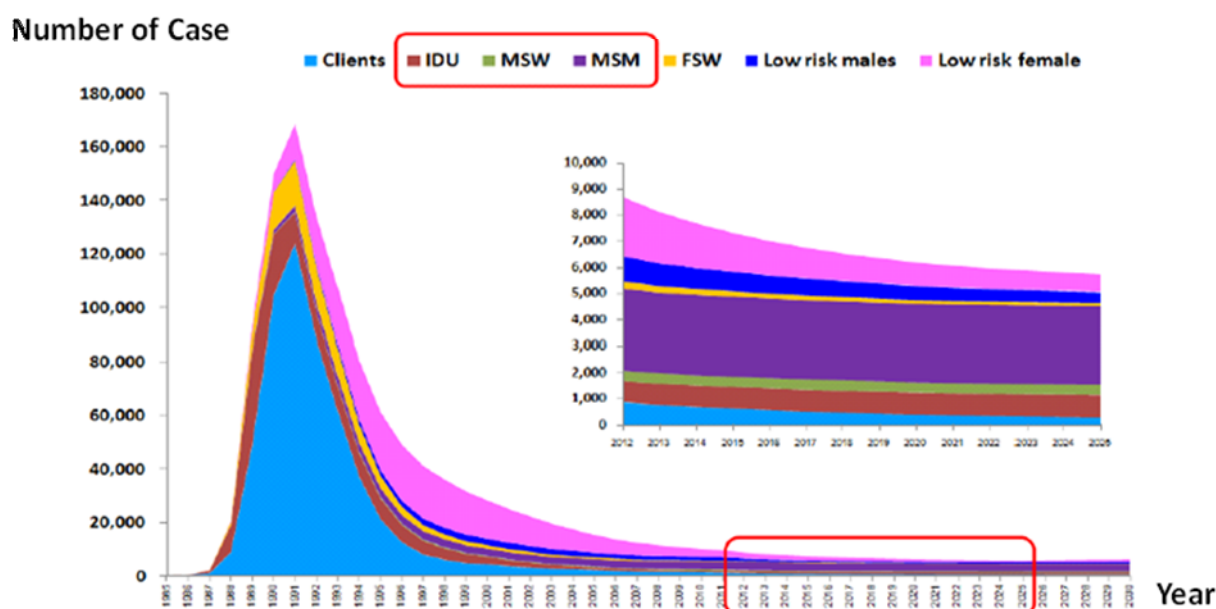
ผลการประเมินฯ สรุปได้ ดังต่อไปนี้

1. ภาพรวมสถานการณ์เอดส์ และการบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์
2. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 1-5
3. การขับเคลื่อนและแปลงนโยบายยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ
4. สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. ภาพรวมสถานการณ์เอดส์ และการบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้เป็นอย่างดี ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรก ในปี พ.ศ. 2527 และช่วงที่มีการระบาดอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2533 - 2543 ทุกภาคส่วนของประเทศไทย ตั้งแต่ผู้นำของรัฐบาลลงไปจนถึงชุมชนได้ร่วมดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง จนสถานการณ์ความรุนแรงลดลงไปอย่างมาก แต่ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงดำเนินต่อมาจนถึงปัจจุบัน แม้จะอยู่ในระดับที่ไม่สูงเหมือนสมัยแรก ๆ แต่ปัญหาการเจ็บป่วย เสียชีวิต และปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ภาพที่ 1 แสดงการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นรายปี ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012)



แหล่งที่มา : AEM: Projection for HIV/AIDS in Thailand, 2010-2030

ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าจากการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นรายปี ในปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 8,835 คน ในจำนวนนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายถึงร้อยละ 50 เกิดจากเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่อยู่กับกัน ร้อยละ 24 เกิดจากการใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 12 จากเพศสัมพันธ์ระหว่างพนักงานบริการกับลูกค้า ร้อยละ 10 และจากเพศสัมพันธ์กับคู่อชั่วคราว และนอกสมรส ร้อยละ 4 (AEM: Projection for HIV/AIDS in Thailand, 2010 - 2030)

ด้วยเหตุนี้ เมื่อประเทศไทยได้กำหนดวิสัยทัศน์ สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ได้แก่ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป้าหมายทั้งสามจึงเป็นเป้าประสงค์หลักของแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้

การบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์

จากการประเมินแผนยุทธศาสตร์ฯ ถึงการบรรลุตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ ในแต่ละวิสัยทัศน์ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ 1. สู่เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

วิสัยทัศน์นี้ได้กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดไว้ 2 กลุ่ม คือ

- 1) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ
- 2) อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 2

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ตัวชี้วัด G1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มี 2 ตัวชี้วัดและ G1.2 ร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี มีตัวชี้วัด 7 กลุ่มประชากร มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 2

จากตาราง G1 สู่เป้าหมายการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลง 2 ใน 3

G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จากที่คาดประมาณให้ลดลงเหลือ จำนวน 2,630 คน ในปี 2559 **ไม่บรรลุตามเป้าหมาย** กล่าวคือ จากการคาดประมาณโดย AEM ผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 6,176 คน ตัวชี้วัดใน G 1.2 เป็นตัวกำหนดที่ทำให้เกิดภาพรวมใน G1.1

จากตาราง G1.2 แสดงถึงร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2559 พบว่า

- พนักงานบริการหญิง **บรรลุเป้าหมาย** ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 0.86 จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 1.00
- พนักงานบริการชาย **ไม่บรรลุเป้าหมาย** แต่มีแนวโน้มลดลง
- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย **ไม่บรรลุเป้าหมาย** และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด **ไม่บรรลุเป้าหมาย** แต่มีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2557 แต่ไม่มีผล IBBS ในกลุ่มนี้ในปี พ.ศ. 2559
- แรงงานข้ามชาติ **บรรลุเป้าหมาย** ในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มเป้าหมายนี้ไม่มีอยู่ใน AEM แต่อาจมีผลต่อการระบาดของเอชไอวีในประเทศ
- หญิงรับบริการฝากครรภ์ (อายุ 15 - 24 ปี) **บรรลุเป้าหมายในปีสุดท้าย** กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่รับเชื้อมาจากกลุ่มชายที่เป็นลูกค้าของกลุ่มหญิงหรือชายบริการ การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ที่ลดลงอาจแสดงถึงการแพร่เชื้อจากชายสู่หญิงคู่สมรสลดลง
- ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ **กลุ่มนี้ไม่บรรลุเป้าหมาย** แต่มีแนวโน้มลดลง กลุ่มนี้เป็นกลุ่มชายที่เพิ่งผ่านความเป็นวัยรุ่นมาและมีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะจากทางเพศสัมพันธ์หรือการใช้ยาชนิดฉีด แนวโน้มที่ลดลงอาจแสดงถึงความก้าวหน้าในการป้องกันในกลุ่มวัยรุ่นชาย

ตารางที่ 2 G1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่
ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณ					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
G1.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่					
G1.1a คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	8,835	5,975		2,630	AEM
ผล		8,328	7,035	6,176	AEM 2016
G1.1b จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ป้องกันได้	2,134	2,561		5,260	AEM
ผล			3,143		AEM 2016
G1.2 ร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี					
G1.2a พนักงานบริการ (หญิง)	2.2	1.76		1.00	IBBS
ผล		1.2		0.86	
G1.2b พนักงานบริการ (ชาย)	12.2	11.5		10.2	IBBS
ผล		11.9			
G1.2c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	7.1	6.5		6.0	IBBS
ผล		9.15			
G1.2d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	25.2	22.6		21.0	IBBS
ผล		20.50		NA	
G1.2e แรงงานข้ามชาติ	0.80	0.80		0.73	IBBS
ผล		0.46		0.14	
G1.2f หญิงรับบริการฝากครรภ์ (อายุ 15 - 24 ปี)	0.40	0.38	0.35	0.33	HSS
ผล		0.52	0.43	0.27	
G1.2g ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ	0.6	0.5	0.45	0.40	HSS
ผล		0.67	0.63	0.57	

NA: Not Available

1.2 ตัวชี้วัด G2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 2 มีตัวชี้วัดเดียว คือ G2 ร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีผลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 G2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด
ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 2					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G2 ร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี	2.7	2.5	2.3	2.0	NAP+
ผล		2.13	1.91	1.9	

จากตาราง G2 พบว่า ร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 2 บรรลุเป้าหมาย ใน 2 ปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ ได้ผลเป็นร้อยละ 1.91 และ 1.9 ตามลำดับ ความสำเร็จเกิดจากนโยบายของการให้ยาต้านไวรัสในการรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2557 ไม่ว่าจะระดับ CD4 จะเป็นเท่าใดก็ตามโดยไม่เน้นเฉพาะการป้องกันจากแม่สู่ลูกเท่านั้น แต่ห่วงใยสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแม่ที่ติดเชื้อฯ ด้วย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีกลุ่มชายหลายกลุ่ม ได้แก่ พนักงานบริการชาย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ยังมีอัตราการติดเชื้อที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยให้การลดการติดเชื้อรายใหม่ในภาพรวมไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

วิสัยทัศน์ 2 สู่เป้าหมายไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์

กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดไว้ 3 กลุ่มด้วยกัน คือ

1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนบนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน

2) จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และ

3) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ลดลงมากกว่าร้อยละ 50

รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ตัวชี้วัด G3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคมและเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ G3.1 ร้อยละของผู้ใหญ่

และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กำหนดไว้ 6 ตัวชี้วัด และ G3.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตดี กำหนดไว้ 2 ตัวชี้วัด มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 G3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความคุ้มครองทางสังคม และเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ
อย่างเท่าเทียมกัน ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคม และเข้าถึงการดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G3.1 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเวลาที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสฯ	70.0	75.0	85.0	90.0	NAP+/AEM estimation
ผล (CD4 <=350 cells)		80			
ผล (Any CD4)		54	61	65.8	
G3.1a พนักงานบริการหญิง	NA	NA	NA	NA	NAP+/AEM
G3.1b พนักงานบริการชาย	NA	NA	NA	NA	NAP+/AEM
G3.1c ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA	NA	NA	NA	NAP+/AEM
G3.1d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	NA	NA	NA	NA	NAP+/AEM
G3.1e ประชากรข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ (คน)	2,708	4,000	8,000	10,000	บันทึกบริการ
ผล		2,500	2,938	NA	
G3.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีมี คุณภาพชีวิตดี					
G3.2a เด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์	NA	TBD		TBD	PACT
ผล		NA		NA	
G3.2b ผู้ติดเชื้อฯ (ผู้ใหญ่)	NA	TBD		TBD	ศบ.จอ., กพอ.
ผล		NA		NA	เครือข่ายผู้ติดเชื้อ

NA: Not Available, TBD: To be determined

จากตาราง G3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองทางสังคม และเข้าถึง
การดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน

G3.1 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาที่เข้าเกณฑ์การได้รับการรักษาด้วยยาต้าน
ไวรัสฯ ตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์นี้บรรลุเป้าหมาย กล่าวคือ เป้าหมายเดิมที่ตั้งไว้กำหนดเกณฑ์การรักษาด้วย
ยาต้านไวรัสฯ เมื่อผู้ป่วยมี CD4 เท่ากับ หรือน้อยกว่า 350/ลบ.มม. ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 ผลสำเร็จของการให้ยา
ต้านไวรัสฯอยู่ที่ ร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่ร้อยละ 70 ต่อมาตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี พ.ศ 2557

ประเทศไทยได้เปลี่ยนนโยบายการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับของ CD4 ทำให้เป้าหมายของผู้ที่ควรจะได้รับยาต้านไวรัส คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลทุกคน อัตราความครอบคลุมของปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 80 กลายเป็น ร้อยละ 54 แต่ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61 ในปี 2558 และเป็น ร้อยละ 65.8 ในปี พ.ศ. 2559 ที่น่าภาคภูมิใจ คือ การสนับสนุนยาต้านไวรัสทั้งหมดในการรักษาผู้ติดเชื้อฯ มาจากงบประมาณของภาครัฐเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าในเป้าหมายของการรับยาต้านไวรัส ในแผนยุทธศาสตร์ จะได้จำแนกผู้รับบริการตามกลุ่มประชากรหลัก แต่ข้อมูลในระบบรายงาน NAP ยังไม่สามารถแยกแยะตามลักษณะของกลุ่มประชากรหลักได้อย่างทั่วถึง จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากระบบอื่นมาช่วยเสริมในส่วนที่ขาดไปนี้

เป้าหมายในการให้ยาต้านไวรัสกับกลุ่มประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์นั้นไม่บรรลุเป้าหมายสาเหตุอาจเนื่องจากประชากรข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพเนื่องจากไม่ได้ขึ้นทะเบียนการขออนุมัติทำงานในประเทศไทย จึงไม่สามารถซื้อหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติได้

G3.2 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวี มีคุณภาพชีวิตดี ไม่มีข้อมูลที่ประเมินได้

2.2 ตัวชี้วัด G4 จำนวนผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 มี 1 ตัวชี้วัด คือ G4.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 G4 จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G4 จำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G4.2 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัส	8.9	8.0	6.0	4.0	NAP+
ผล		8.3	6.8	6.7	

จากตาราง G4 ผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50

G4.2 ตัวชี้วัดนี้ วัดอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนแรกหลังเริ่มยาต้านไวรัสที่ตั้งไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2559 ไม่เกินร้อยละ 4 แต่ผลงานไม่บรรลุเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2559 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาแล้วเสียชีวิตเป็น ร้อยละ 6.7 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการตรวจเชื้อเอชไอวีค่อนข้างช้าและเริ่มรับยาต้านไวรัสเมื่อมีระดับของจำนวน CD4 ต่ำมาก ผู้ทำงานทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้กลุ่มประชากรหลักได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้รู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองเร็วมากขึ้น และหน่วย

บริการควรเริ่มให้ยาต้านไวรัสโดยเร็วเมื่อพบว่ามี การติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อ ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเริ่มยาต้านแล้ว

2.3 ตัวชี้วัด G5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 มี 1 ตัวชี้วัด คือ G5 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นวัณโรค ภายหลังจากการขึ้นทะเบียน 1 ปี (ร้อยละ) มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 G5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555
และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตเนื่องจากวัณโรค ลดลงมากกว่าร้อยละ 50					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G5 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นวัณโรค ภายหลังจากการขึ้นทะเบียน 1 ปี (%)	12.0	11.0	10.0	8.0	NAP+
ผล		15.8	15.2	ไม่ครบ Cohort	

จากตาราง G5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตเนื่องจากวัณโรคลดลงมากกว่าร้อยละ 50

ตัวชี้วัดนี้ วัดอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคภายหลังจากการขึ้นทะเบียน 1 ปี ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2557 มีอัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรค ร้อยละ 15.8 และปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 15.2 ถึงแม้จะลดลงแต่ก็น้อยมาก

แม้ว่าการรักษาด้วยยาวัณโรคโดยเร็ว รวมถึงการพิจารณาให้ยาป้องกันวัณโรค (Isoniazid Preventive Treatment) ร่วมกับการให้ยาต้านฯ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ป่วยเป็นวัณโรค จะเป็นกลยุทธ์ที่จะลดการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ดีที่สุด แต่ยังมีปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้า แม้ว่าปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าสู่บริการยาต้านไวรัสได้โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 แต่ในความเป็นจริงผู้ที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสยังมีค่าเฉลี่ยของ CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อ ลบ.มม. โดยพบว่าในปี 2558 มีสัดส่วนร้อยละ 52 และลดลงเป็นร้อยละ 51 ในปี 2559

การคัดกรองวัณโรคในผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีทำได้ไม่มากนัก โดยพบว่า การคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด และจากการสอบถามอาการ มีดำเนินการเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เท่านั้น แม้ว่าคู่มือการดูแล รักษา ผู้ป่วยวัณโรคและเอชไอวี จะมีข้อเสนอแนะให้มีการคัดกรองทุกครั้งสำหรับผู้ป่วยมารับการตรวจก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติจริงกลับมีการตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เพียง 1 ครั้งเท่านั้น อีกทั้งระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อการคัดกรองวัณโรคยังน้อยกว่าความเป็นจริง เห็นได้จากรายงานของสำนักโรคเอดส์ฯ ปี 2559 ที่พบว่าการคัดกรองวัณโรคเพียง ร้อยละ 3.67 ในส่วนการให้ยาป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ในปี 2559 มีเพียง 6 โรงพยาบาล ใน 5 จังหวัด ที่ให้ยาป้องกันวัณโรค (IPT) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนจำกัด

สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสฯ เพียงร้อยละ 68.6 จากรายงานปี พ.ศ. 2558 (ผู้ป่วยปี พ.ศ. 2557)

วิสัยทัศน์ 3. สู่เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดไว้ 3 ส่วน คือ

- 1) กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข
- 2) การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความต้องการเฉพาะกับเพศภาวะ
- 3) ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ตัวชี้วัด G6 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข มี 1 ตัวชี้วัด คือ ดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศมีผลตัวชี้วัด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 G6 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G6 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐานปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G6 ดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศ (เรื่องสิทธิมนุษยชน) ผล	5/10	6/10 5/10		8/10 NA	การสำรวจ NCPI 2 ปี/ ครั้ง

NA: Not Available

จากตาราง G6 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุขอื่น ๆ ได้รับการแก้ไข

ตัวชี้วัดนี้วัดโดยประเมินดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศ (เรื่องสิทธิมนุษยชน) โดยการสำรวจ National Commitments and Policies Instrument (NCPI) และรายงานโดย UNAIDS ทุก 2 ปี ดัชนีรวมพื้นฐานในปี พ.ศ 2555 เท่ากับ 5/10 โดยตั้งเป้าเพิ่มขึ้นเป็น 6/10 ในปี พ.ศ 2557 ประเทศไทยรายงานดัชนี 5/10 เหมือนเดิมในปี พ.ศ 2557 และไม่มีข้อมูลในปี พ.ศ 2559 จึงสรุปว่าไม่บรรลุเป้าประสงค์

3.2 ตัวชี้วัด G7 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความต้องการเฉพาะกับเพศภาวะ มี 1 กลุ่มตัวชี้วัด คือ ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายรายงานว่าไม่มีการ

ตีตรา เลือกปฏิบัติ กีดกันทางเพศ หรือละเมิดสิทธิมนุษยชนในการรับบริการ และได้แบ่งตัวชี้วัดย่อยออกเป็น 6 กลุ่ม มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 8

จากตาราง G7 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ ตัวชี้วัดนี้วัดร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย รายงานว่าไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติ กีดกันทางเพศ หรือละเมิดสิทธิมนุษยชนในการรับบริการ โดยตัวชี้วัดแบ่งกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มเป้าหมายหลัก แต่เนื่องจากไม่มีเป้าหมาย และข้อมูลพื้นฐาน การรายงานเฉพาะร้อยละของการไม่ตีตราเลือกปฏิบัติ กีดกันทางเพศ หรือละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มต่าง ๆ มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2558 เท่านั้น จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่

ตารางที่ 8 G7 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 – 2559

G7 การทำงานเอดส์ทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิมนุษยชน และสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G7 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายรายงานว่าจะไม่มีการตีตรา เลือกปฏิบัติ กีดกันทางเพศ หรือละเมิดสิทธิมนุษยชนในการรับบริการ					
G7a พนักงานบริการหญิง	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			6.2		
G7b พนักงานบริการชาย	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			6.6		
G7c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			8.9		
TG Transgender					
ผล			9.9		
G7d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			NA		
G7e ผู้ติดเชื้	NA	TBD		TBD	การสำรวจ
ผล			12.1		

NA: Not Available, TBD: To be determined

3.3 ตัวชี้วัด G8 ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มี 1 ตัวชี้วัดหลัก คือ ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยแบ่งตัวชี้วัดย่อยออกเป็น 6 กลุ่ม มีผลตัวชี้วัดดังตารางที่ 9

จากตาราง G8 ค่าเฉลี่ยการการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวนการถูกเลือกปฏิบัติ หรือการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

ตารางที่ 9 G8 ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

G8 ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐานปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
G8 ค่าเฉลี่ยการวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก					
G8a พนักงานบริการหญิง	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			4.8		
G8b พนักงานบริการชาย	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			NA		
G8c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล (MSM)			6.6		
ผล (TG)			NA		
G8d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	NA	TBD		TBD	IBBS
ผล			7.9		
G8e ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	NA	TBD		TBD	การสำรวจ
ผล			23.7		

NA: Not Available, TBD: To be determined

ตัวชี้วัดในข้อนี้วัดค่าเฉลี่ยการวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก ซึ่งไม่มีข้อมูลพื้นฐานในปี 2555 และมีเพียงข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 ในกลุ่มต่าง ๆ จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าบรรลุเป้าประสงค์หรือไม่

ถึงแม้ว่าไม่สามารถวัดความสำเร็จตามตัวชี้วัดได้ มีความก้าวหน้าเกิดขึ้นหลายประการ ได้แก่

การสนับสนุนทางนโยบาย ได้แก่ 1) ปปส. ออกคำสั่งและแผนปฏิบัติการการลดอันตรายจากสารเสพติดใน 19 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2557 - 2558 และ คช.ปอ. สนับสนุนการดำเนินการและ 2) แพทยสภาได้เห็นชอบให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีสามารถตรวจเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่ต้องให้ผู้ปกครองรับรอง, สอ.วพ. ร่วมกับ สคร. ดำเนินการลดการติดยาและเลิกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน 92 แห่ง ศอ.ปช. และภาคประชาสังคม รวมทั้งหน่วยงานของไทยและต่างประเทศได้ร่วมสร้างเครื่องมือสำหรับการติดตามการติดยาในสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มมีการจัดหลักสูตรอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อลดการติดยา สนับสนุนโดยกองทุนโลก

ภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ การลดการติดยา และเลิกปฏิบัติตั้งแต่ระดับนโยบายและกฎหมายผ่านอนุกรรมการเอดส์ระดับชาติและระดับโครงสร้างและบุคคลผ่านโครงการที่สนับสนุนโดยกองทุนโลก

สรุปภาพรวม การบรรลุวัตถุประสงค์ของวิสัยทัศน์ทั้ง 3 ด้าน

ภาพรวมของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ในการบรรลุวัตถุประสงค์ของวิสัยทัศน์ทั้ง 3 ด้าน สรุปได้ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ 1. เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ การดำเนินงานทำให้เห็นการลดลงของการติดเชื้อรายใหม่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ในปี 2559

วิสัยทัศน์ 2. เพื่อลดการเสียชีวิต การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการเปิดกว้างให้ผู้ติดเชื้อที่ทราบผลมีโอกาสได้รับยารักษาทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาว CD4 อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ อัตราการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดยังลดลงจากการที่แม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา และได้รับการยืนยันผลสำเร็จเป็นประเทศที่สองของโลกโดยการรับรองจากองค์การอนามัยโลก

วิสัยทัศน์ 3. เพื่อลดการติดยาและเลิกปฏิบัติ ถึงแม้มีความก้าวหน้ามากทั้งทางนโยบายในระดับชาติ มีความพยายามดำเนินการในระดับองค์กร และระดับบุคคล แต่ยังคงไม่สามารถวัดผลสำเร็จได้อย่างชัดเจน เสนอแนะให้มีการปรับตัวชี้วัดใหม่ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและวัดได้ง่ายกว่าที่เป็นอยู่

2. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 1 - 5

การประเมินความสำเร็จตามทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 และที่ 2 ซึ่งแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ โดยการใช้ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ มีผลดังต่อไปนี้

ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดขยายการดำเนินงานป้องกันที่รอบด้าน ด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐานบนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศวิถี ให้ครอบคลุมประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและคาดว่าจะมีจำนวนติดเชื้อรายใหม่มากที่สุด

- ผลลัพธ์การดำเนินงาน
- ความสำเร็จ และความท้าทาย
- ข้อเสนอแนะ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคมและปรับเปลี่ยนสถานะแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและการดูแลรักษา

- ผลลัพธ์การดำเนินงาน
- ความสำเร็จ และความท้าทาย
- ข้อเสนอแนะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบและเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่นในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

- ผลลัพธ์การดำเนินงาน
- ความสำเร็จ และความท้าทาย
- ข้อเสนอแนะ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกกระดับ

- ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันมีคุณภาพเข้มข้น และมีความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับคุณภาพ มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นและบูรณาการ

2.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดขยายการดำเนินงานการป้องกันที่รอบด้าน ด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐาน บนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและมีความละเอียดอ่อนเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและครอบคลุมวงเงื้อมมือของธุรกิจเสี่ยง โดยเฉพาะในภาคี...

ประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ข้อนี้ คือ การขยายงานป้องกันให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรหลัก จากรายงานการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (AEM) แสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อรายใหม่ในประเทศ ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คู่ที่อยู่กินด้วยกัน กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด กลุ่มพนักงานบริการ และลูกค้า และกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่อชั่วคราวและนอกคู่สมรส สำหรับชุดบริการที่มีเงื่อนไขพิเศษ เช่น บนพื้นฐานของการคุ้มครองด้านสิทธิมนุษยชนและละเอียดอ่อนเรื่องเพศภาวะ ได้กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ แล้ว

จากการคาดประมาณยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นใน 31 จังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่เขตทกม. คาดว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึงร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้จึงเน้นในพื้นที่ 31 จังหวัด คิดเป็น ร้อยละ 65 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด โดยตั้งเป้าการดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับผู้ต้องขังในทัณฑสถาน และคู่นอนของผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้วย นอกจากการเข้าถึงบริการป้องกันและอุปกรณ์แล้ว ยังส่งเสริมให้ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรู้สถานะการติดเชื้อฯ โดยเร็วและได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา ซึ่งหากผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จนสามารถกดเชื้อไวรัสฯ ลงไปได้ จะส่งผลต่อการลดโอกาสการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทำให้การรักษาเปรียบเสมือนเป็นการป้องกันด้วย (Treatment as Prevention) นอกจากนั้น มีการกล่าวถึงการให้ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันล่วงหน้า หรือ Pre Exposure Prophylaxis (PrEP) ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ด้วย แต่การให้บริการยังจำกัดอยู่ในโครงการวิจัยแบบนำร่องเท่านั้น

ผลลัพธ์การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 1

SO1.1: บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการและรอบด้าน ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของ ประชากรไทยและต่างชาติ ในกลุ่มพนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ขายยาเสพติดด้วยวิธี ฉีด ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ผลการประเมินตัวชี้วัดแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 SO1.1 บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการและรอบด้าน ในประเทศไทยและต่างชาติในกลุ่มพนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่อยู่ในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.1a พนักงานบริการหญิง	55.6	70.0		80.0	IBBS
ผล		57.4		79.1	
SO1.1b พนักงานบริการชาย	52.4	70.0		80.0	IBBS
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(86.2)	
กรุงเทพฯ				95.3	
ชลบุรี				92.3	
เชียงใหม่				65.5	
ภูเก็ต				80.1	
SO1.1c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	25.6	50.0		80.0	IBBS
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(72.4)	
กรุงเทพฯ				68.3	
ชลบุรี				56.0	
ขอนแก่น				76.7	
เชียงใหม่				73.7	
ภูเก็ต				72.4	

การประเมินการเข้าถึงการป้องกันนั้น แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ใช้ผลจากการทำ IBBS ทุกสองปี ในการประเมิน สำหรับกลุ่มพนักงานบริการหญิงจะเห็นว่า การเข้าถึงการป้องกันเป็นร้อยละ 79.1 ใกล้เคียงกับเป้าหมายร้อยละ 80 ที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ. 2559

ส่วนกลุ่มพนักงานบริการชาย ผู้ประเมินใช้ผลรายจังหวัด จาก IBBS เปรียบเทียบ พบว่า จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 พนักงานบริการชายใน กทม. ชลบุรี และภูเก็ต เข้าถึงบริการป้องกันตามเป้าหมาย แต่ในเชียงใหม่ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

ส่วนเป้าหมายการเข้าถึงของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้น ทั้ง 5 จังหวัดใน IBBS ได้แก่ กทม. ชลบุรี ขอนแก่น เชียงใหม่ และภูเก็ต ไม่มีจังหวัดใดสามารถทำได้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 แต่มีผลการดำเนินงานเกินร้อยละ 70 ในจังหวัดขอนแก่น เชียงใหม่ และภูเก็ต

ส่วนข้อมูลการเข้าถึงการป้องกันของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และผู้ต้องขังไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากไม่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลโดยเฉพาะ

SO1.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

ตัวชี้วัดนี้แสดงถึงว่าจากข้อ SO 1.1 กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงมีการปรับพฤติกรรมไปสู่การป้องกันหรือไม่? ผลการประเมินแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 SO1.2 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.2a พนักงานบริการหญิง	93.6	95.0		95.0	IBSS
ผล		96.1		97.2	
SO1.2b พนักงานบริการชาย	98.2	99.0		99.0	IBBS
ผล		95.5		NA	
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(80.5)	
กรุงเทพฯ				99.2	
ชลบุรี				72.5	
เชียงใหม่				83.1	
ภูเก็ต				78.0	
SO1.2c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	85.5	90.0		95.0	IBBS
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(76.0)	
กรุงเทพฯ				80.2	
ชลบุรี				56.8	
ขอนแก่น				76.0	
เชียงใหม่				66.6	
ภูเก็ต				85.3	
SO1.2d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	49.1	65.0		95.0	BBS
ผล		51.2		NA	

NA: Not Available

จากตาราง SO1.2a พบว่า พนักงานบริการหญิงมีรายงานอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดสูงเกิน ร้อยละ 95 ที่เป็นเป้าหมายในปี พ.ศ. 2559 ส่วนพนักงานบริการชาย จาก IBBS รายงานจังหวัด พบว่า จากเป้าหมายการใช้ถุงยางอนามัย ที่ตั้งไว้ ร้อยละ 99 ในปี พ.ศ. 2559 มีเพียงกลุ่มพนักงานบริการชายใน กทม. ที่บรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 99.2 ส่วนในจังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ และภูเก็ต ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย

สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป้าหมายการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย กำหนดไว้ร้อยละ 95 จาก IBBS ใน 5 จังหวัด พบว่าไม่มีจังหวัดใดที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 56.8 ถึง ร้อยละ 85.3

ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด สามารถรายงานการใช้ถุงยางอนามัยได้ในปี พ.ศ. 2557 เท่านั้น ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ร้อยละ 51.2 จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 65

SO1.3 ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักและผู้ต้องขัง ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวชี้วัดนี้แสดงถึงว่าในกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันมีสัดส่วนเท่าใดที่ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันอย่างต่อเนื่อง หรือนำผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่เข้าไปสู่การดูแลรักษา ซึ่งมีการตั้งเป้าหมายการตรวจเลือดไว้ที่ร้อยละ 90 ผลการประเมินตัวชี้วัดแสดงในตารางที่ 12 และ 13

ตารางที่ 12 SO1.3 กลุ่มประชากรหลัก (พนักงานบริการหญิงและชาย)
ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.3a พนักงานบริการหญิง	55.6	70.0		90.0	IBBS
ผล		54.2		80.5	
SO1.3b พนักงานบริการชาย	52.4	70.0		90.0	IBBS
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(56.0)	
กรุงเทพฯ				90.0	
ชลบุรี				59.0	
เชียงใหม่				42.2	

ภูเก็ต				53.0	
--------	--	--	--	------	--

กลุ่มพนักงานบริการหญิงมีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีที่ ร้อยละ 80.5 ในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มพนักงานบริการชายมีเพียงใน กทม. เท่านั้นที่สามารถบรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 90 ส่วนในชลบุรี ร้อยละ 59 เชียงใหม่ ร้อยละ 42.2 และภูเก็ต ร้อยละ 53

ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้ง 5 จังหวัดใน IBBS ปี พ.ศ. 2559 อัตราการตรวจเลือดต่ำมากจากร้อยละ 30.3 ในจังหวัดชลบุรี ถึงร้อยละ 58 ในจังหวัดเชียงใหม่

การตรวจเลือดในกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีด บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีการเจาะเลือด ร้อยละ 61.3 แต่ไม่มีผลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559

ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องรายงานผลการตรวจเลือดจาก BSS พบว่า ไม่มีข้อมูลการสำรวจ แต่จากข้อมูลการให้บริการ พบว่า อัตราตรวจเลือดเท่ากับ ร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2559 เทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 90

**ตารางที่ 13 SO1.3 กลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ขายด้วยวิธีฉีด) และผู้ต้องขัง
ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559**

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.3c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	25.6	60.0		90.0	IBBS
ผล (ค่ามัธยฐาน)				(40.5)	
กรุงเทพฯ				55.2	
ชลบุรี				30.3	
ขอนแก่น				40.5	
เชียงใหม่				58.0	
ภูเก็ต				38.7	
SO1.3d ผู้ขายด้วยวิธีฉีด	43.6	60.0		90.0	IBBS
ผล		61.3		NA	
SO1.3e ผู้ต้องขัง	NA	50.0		90.0	BSS

ผล ข้อมูลบันทึกจากบริการ ไม่มีข้อมูลการสำรวจ			7.0	9.0	
--	--	--	-----	-----	--

NA: Not Available

SO1.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 - 49 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมกลุ่มรับบริการฝากครรภ์)

ตัวชี้วัดนี้มุ่งหวังที่จะวัดความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มที่มีคู่นอนที่มีเชื้อ และกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ชั่วคราว ผลการดำเนินงานดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 SO1.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 - 49 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 เดือน ที่ผ่านมา (ไม่รวมกลุ่มรับบริการฝากครรภ์)

ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 - 49 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมกลุ่มรับบริการฝากครรภ์)	16.8	20.0	22.0	24.0	รายงานบริการ
ผล		1.4	1.5	1.7	

แผนยุทธศาสตร์ฯ มุ่งหวังที่จะเห็นการตรวจเลือดและรู้ผล เริ่มจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2559 โดยรายงานบริการ พบว่า เพียงร้อยละ 1.4 , 1.5 และ 1.7 ของกลุ่มประชากรนี้ได้รับการตรวจเลือดและทราบผลเอชไอวี

SO1.5, 1.6 และ 1.7 ตัวชี้วัดทั้งสามตัวนี้มุ่งที่จะวัดผลสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และไวรัสอื่นจากกิจกรรมลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อในการฉีดครั้งล่าสุด , จำนวนกระบอกฉีดยาที่แจกให้ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดต่อคนต่อปี , การบำบัดด้วยสารทดแทน ดังผลที่แสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 SO1.5, 1.6 และ 1.7 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และไวรัสอื่น จากกิจกรรมลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย การใช้อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อในการฉีดครั้งล่าสุด , จำนวนกระบอกฉีดยาที่แจกให้ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดต่อคนต่อปี , การบำบัดด้วยสารทดแทน

ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล	เป้าหมาย (พ.ศ.)	แหล่งข้อมูล
---------------	--------	-----------------	-------------

	พื้นฐาน ปี 2555	2557	2558	2559	
SO1.5 ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่รายงานว่า ใช้อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อในการฉีดครั้งสุดท้าย ผล	80.4	81.0		82.0	IBBS
		95.3		NA	
SO1.6 จำนวนกระบอกฉีดยาที่แจกให้ผู้ ใช้ยาด้วยวิธีฉีดต่อคนต่อปีในแผนงานสนับสนุนการใช้ เข็มและกระบอกฉีดยาปลอดเชื้อ ผล	11.5	40	70	88	บันทึกบริการ
		13.8	6.33	9.8	
SO1.7 จำนวนผู้รับบริการบำบัดด้วยสาร ทดแทน (Methadone Maintenance Therapy) ผล	3,735	4,000	4,200	4,500	บันทึกบริการ
		3,646	5,956	5275	

NA: Not Available

SO1.5 ร้อยละของผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ที่รายงานว่าใช้อุปกรณ์ฉีดยาปลอดเชื้อในการฉีดครั้งสุดท้าย สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 81 ในปี พ.ศ. 2557 จากผลงานที่ร้อยละ 95.3 แต่เนื่องจาก IBBS ไม่ได้ดำเนินการในกลุ่มนี้ซ้ำในปี พ.ศ. 2559 จึงไม่สามารถประเมินผลสำเร็จปลายแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้

เมื่อดูจากรายงานบริการจากการแจกจ่ายเข็มใน SO1.6 จากเป้าหมายต้องการเพิ่มการจ่ายกระบอกฉีดยาจากปี พ.ศ. 2555 จำนวนเฉลี่ย 11.5 เพิ่มขึ้นเป็น 40, 70, 88 กระบอก ในระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 แต่ทำได้เพียง 13.8, 6.33, และ 9.8 กระบอกตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเข้าถึงยาก แม้ว่าจะมีองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินงานในพื้นที่เร่งรัด แต่ยังมีปัญหาการครอบคลุมที่ไม่เพียงพอ จุดที่กระจายกระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยายังไม่ทั่วถึง และมีผลกระทบจากนโยบายการบังคับใช้กฎหมายจากฝ่ายปราบปราม และการติดตามจากสังคมก็มีส่วนในการที่จะทำให้ผลงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้

ตัวชี้วัดต่อมา คือ การเข้าถึงและรับบริการบำบัดด้วยสารทดแทน (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ข้อ SO1.7 ถ้าหากมีผู้ใช้สารเสพติดออกฤทธิ์ฝิ่น (Opioid Substances) การเข้าสู่บริการ MMT จะช่วยลดการบริโภคยาเสพติดในท้องตลาดได้ ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย จำนวนผู้รับบริการเพิ่มจาก 3,646 ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 5,956 ในปี พ.ศ. 2558 และลดเป็น 5,275 ในปี พ.ศ. 2559 การตั้งเป้าหมายในยุทธศาสตร์ใหม่ อาจขยายเป้าหมาย และปรับการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ

SO1.8 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก และผู้ต้องขังที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวชี้วัดนี้มุ่งที่จะวัดความรู้เรื่องเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 SO1.8 ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก และผู้ต้องขังที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.8 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก และผู้ต้องขังที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี					
SO1.8a พนักงานบริการหญิง	35.8	43.6		75.0	IBBS
ผล		NA		38.4	
SO1.8b พนักงานบริการชาย	31.0	39.8		75.0	IBBS
ผล		NA		NA	
SO1.8c ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	22.9	33.3		75.0	IBBS
ผล		NA		NA	
SO1.8d ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด	36.5	43.4		75.0	IBBS
ผล (กทม และสมุทรปราการ)	57.1	81.5		NA	
ผล (สงขลา)	40.3	40.0		NA	
ผล (เชียงใหม่)	62.8	81.4		NA	
SO1.8e ผู้ต้องขัง		TBD		TBD	BSS
ผล		NA		NA	

NA: Not Available

สามารถรายงานผลได้บางส่วนเท่านั้น เนื่องจากระบบจัดเก็บข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ กลุ่มพนักงานบริการหญิง ในปี พ.ศ. 2559 มีเพียงร้อยละ 38.4 ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ

ละ 75 กลุ่มพนักงานบริการชาย และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่สามารถประเมินผลได้เนื่องจากไม่มีการจัดเก็บข้อมูล กลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีดสามารถประเมินได้เฉพาะ ปี พ.ศ. 2557 ที่เป้าหมายร้อยละ 43.4 สำหรับความรู้ด้านเอดส์ พบว่า ผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีดใน กทม. สมุทรปราการ และเชียงใหม่ มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีความรู้ด้านเอดส์ต่ำที่สงขลา

ข้อมูลเหล่านี้ในข้อ SO1.8 ไม่สามารถนำไปใช้ได้ อาจสรุปได้ว่ากลุ่มเป้าหมายยังจำเป็นต้องการรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ และเพื่อการวางแผนชีวิตของกลุ่มเป้าหมายในอนาคต

SO1.9 และ SO1.10 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว แสดงถึงผลลัพธ์ของการป้องกัน ในการเข้าสู่กระบวนการตรวจเลือด การรับยาต้านไวรัส ตามลำดับของ R-R-T-T-R ซึ่งเป็นแกนกลางของแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ได้แก่ การเข้าถึง (Reach), การเข้าสู่บริการ (Recruit), การตรวจเอชไอวี (Test), การรักษา (Treatment) และการคงอยู่ในระบบ (Retain)

ตารางที่ 17 SO1.9 และ SO1.10 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ตรวจพบใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO1.9 จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่ตรวจพบใหม่ ผล	17,290	24,565 19,053	22,045 19,062	19,325 26,611	NAP+
SO1.10 จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสฯ ผล	18,361	20,911 31,352	21,290 24,875	21,800 31,685	NAP+

ตัวชี้วัดทั้งสองนี้ ได้มาจากรายงาน NAP+ ผลงาน พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อใหม่ บรรลุเป้าหมายในปี พ.ศ. 2559 ในขณะที่เป้าหมายลดลงจากปี พ.ศ. 2557 แต่การตรวจพบมากขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้รับยาต้านไวรัสบรรลุเป้าหมายทุกปี และมากกว่าจำนวนผู้ตรวจพบใหม่ในแต่ละปี ซึ่งแสดงว่าผู้ที่ตรวจเลือดและทราบผลในปีก่อนเข้าสู่บริการรักษามากขึ้น การตั้งเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ฯ แผนใหม่ควรตั้งเป้าหมายในการตรวจเลือด และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จของยุทธศาสตร์ ที่ 1

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการลดอัตราติดเชื้อใหม่ในกลุ่มประชากรหลัก รวมทั้งกลุ่มการแพร่เชื้อในคูสมรสและจากคูเพศสัมพันธ์ชั่วคราว

2. การใช้แผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ที่มีรายละเอียดของกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ ตามทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นตัวนำในการดำเนินการ

3. มีงบประมาณสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ กองทุนโลก และองค์กรต่างประเทศ มีส่วนสำคัญอย่างมาก เพราะเน้นการใช้แผนยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศเป็นหลัก และสนับสนุนเฉพาะงานที่มีความสำคัญสูง และมีการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดและรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณส่วนใหญ่ผ่านกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เพื่อใช้ในการตรวจเลือด และการรักษาโดยยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่

4. ความสำเร็จในการเข้าถึงเพื่อการป้องกัน ความสำเร็จในบางกลุ่ม ในบางจังหวัดแต่ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด

หากพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งในแผนยุทธศาสตร์ฯ จะเห็นว่าบางกลุ่ม มีการคาดประมาณขนาดประชากรที่สูงมาก เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือ กลุ่มการคาดประมาณยังไม่ลงตัว เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ อาจไม่สะท้อนการลดการติดเชื้อรายใหม่ ดังจะเห็นได้จากตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์ในการลดการติดเชื้อรายใหม่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

โดยภาพรวม สรุปได้ว่าการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายพนักงานบริการหญิง ชาย ประสบผลสำเร็จพอสมควร ถึงแม้จะไม่บรรลุเป้าหมาย แต่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และการแพร่เชื้อระหว่างคู่สมรส, เพศสัมพันธ์ชั่วคราว ยังจำเป็นต้องมีการปรับกลยุทธ์ในการเข้าถึงในแผนต่อไป

5. การใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ประสบผลสำเร็จในพนักงานบริการหญิงส่วนใหญ่ ซึ่งคาดว่าเป็นกลุ่มในสถานบริการ (Venue-based) ส่วนในกลุ่มนอกสถานบริการ (Non Venue-based) อาจทำใน IBBS ได้ยาก, พนักงานบริการชายใน กทม. (สนับสนุนโดยกองทุนโลก) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยดี แต่ในจังหวัดอื่น ๆ รวมทั้งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ค่อนข้างต่ำ

อย่างไรก็ตามถึงแม้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยจะบรรลุเป้าหมายในกลุ่มพนักงานบริการหญิง แต่ก็เป็นการวัดการใช้ครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์เท่านั้น การป้องกันจะได้ผลดีต่อเมื่อมีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ (Consistent Condom Use)

6. การตรวจเอชไอวี และรู้ผล มีเพียงกลุ่มพนักงานบริการชายใน กทม. เท่านั้น ที่บรรลุเป้าหมายที่เหลือไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เป้าหมายนี้เป็นเป้าหมายสำคัญสำหรับการเร่งรัดในกลยุทธ์ R-R-T-T-R ที่ตั้งเป้าหมายการตรวจเลือด ร้อยละ 90 เพื่อนำไปสู่การรับยาต้านไวรัส ร้อยละ 90 และสามารถกดไวรัสได้ ร้อยละ 90

สาเหตุที่พนักงานบริการชายใน กทม. ตรวจเลือดมากเนื่องจากมีโครงการวิจัย Test and Treat ในกลุ่มนี้โดยเฉพาะก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกคน รวมทั้งการให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) สำหรับผู้ยังไม่ติดเชื้อ ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการตรวจเลือดมาจากการจัดบริการตรวจเลือด บริการการให้คำปรึกษาการให้ยาต้านไวรัสและการให้ PrEP ที่ Drop In Center (DIC) ในชุมชน โดยเริ่มจากแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโครงการวิจัยเป็นผู้รักษาและตรวจเลือด ต่อมาองค์กรภาคประชาสังคมได้ทำการอบรมเจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการได้เองด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วโดยมีนักเทคนิค

การแพทย์เป็นพี่เลี้ยง และให้ยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่อาการคงที่โดยมีแพทย์คอยกำกับ บริการนี้เป็นต้นแบบของ Community-led health services

7. การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ประสบผลสำเร็จในเป้าหมายของ Methadone Maintenance Therapy (MMT) และเป้าหมายในปี พ.ศ. 2557 ของการใช้เข็มปลอดเชื้อ

8. การตรวจพบผู้ติดเชื้อ และให้ยาต้านไวรัส ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี แต่ไม่สามารถทราบได้ว่ามีกลุ่มประชากรหลักเข้ามาอยู่ร่วมด้วยจำนวนมากน้อยเพียงใด เพราะผลการสำรวจจากกลุ่มประชากรหลัก ยังมีผลรายงานการตรวจเลือดที่ค่อนข้างต่ำมาก

9. การได้รับความร่วมมือ และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคีทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรต่างประเทศ ได้แก่ USAID, US-CDC, องค์กรสหประชาชาติ ได้แก่ UNAIDS, WHO, UNICEF, UNODC, UNDP

ปัจจัยท้าทายของยุทธศาสตร์ ที่ 1

1. งบประมาณของกองทุนโลกมีค่อนข้างจำกัด ทำให้การครอบคลุมไม่ทั่วถึง ต้องใช้งบประมาณจากงานขององค์กรต่างประเทศมาร่วมเสริม และงบประมาณเพื่อการป้องกันของ สปสช. สามารถนำมาใช้ได้เมื่อปลายแผนเท่านั้น
2. การส่งต่อทั้งกลุ่มเป้าหมาย และการจัดเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจเอชไอวี ยังเป็นปัญหาทำให้อัตราการตรวจเลือดยังคงต่ำอยู่มาก
3. การตรวจเลือดและรู้ผลของประชากรชายอายุระหว่าง 15 - 49 ปี โดยไม่รวมหญิงตั้งครรภ์ ที่มุ่งหวังจะแก้ปัญหาการถ่ายทอดเชื้อในคู่นอน (สัดส่วน ร้อยละ 24 ของการติดเชื้อใหม่รายปี) และเพศสัมพันธ์ชั่วคราวกับคู่นอนสมรส (ร้อยละ 4 ของการติดเชื้อใหม่รายปี) ไม่ประสบผลสำเร็จ แผนยุทธศาสตร์ใหม่จำเป็นต้องมีการปรับแก้กลยุทธ์เชิงรุกให้มีความหลากหลายเหมาะกับกลุ่มต่าง ๆ มากขึ้น ร่วมกับการเน้นการให้คำปรึกษา และตรวจคู่สมรส ในการป้องกันการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด
4. การใช้ข้อมูลจาก IBBS ทุกสองปี ในการติดตามและประเมินผลอาจไม่เหมาะสม ไม่ครอบคลุม และไม่เพียงพอต่อการนำมาวางแผน
5. มีปัญหาในการตั้งเป้าหมาย และประเมินโดยการใช้การคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักบางกลุ่ม เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด
6. จากการสัมภาษณ์องค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานกับกลุ่มประชากรหลักพบว่า มีแรงงานข้ามชาติมาอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะพนักงานบริการหญิง-ชายในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นกลุ่มประชากรหลักก็มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน เช่น การใช้ยาเมทแอมเฟตามีนในพนักงานบริการหญิง - ชาย, การใช้ยาเสพติดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น
7. การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายหลักทุกกลุ่ม ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะของยุทธศาสตร์ ที่ 1

1. ควรเร่งรัดแผนเปลี่ยนผ่าน (Transition Plan) ให้มั่นใจว่ากลุ่มประชากรหลักที่มีอัตราติดเชื้อรายใหม่สูง ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอแก่ผู้ทำงานทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม
2. ทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอชไอวี ต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2562 โดยนำประสบการณ์ที่ได้ แนวคิด และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เช่นการให้ยา Pre Exposure Prophylaxis (PrEP) ในกลุ่มประชากรหลักที่เหมาะสม
3. ทุกกลุ่มประชากรหลักที่มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่สูง จำเป็นต้องมีการวางแผนกลยุทธ์ที่ครอบคลุม มีความเข้มข้น และมีคุณภาพ เช่น การแยกแยะกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดในประชากรหลัก ออกแบบกิจกรรมที่ได้ผลจริงจัง เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยเน้นการใช้ที่สม่ำเสมอ มีบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ และชนิดยาที่ใช้ การตรวจและการรักษาไวรัสตับอักเสบบี และซี รวมถึงเพิ่มการใช้ PrEP ในกลุ่มประชากรเฉพาะที่พบว่ามีปัญหาการใช้ถุงยางไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

4. มีการประสานข้อมูลจากกลุ่มประชากรหลักตั้งแต่เข้าถึง เข้าสู่บริการ ตรวจเลือด รักษา คงอยู่ในระบบให้สามารถติดตามได้ทุกขั้นตอน
5. ใช้ข้อมูลต่อเนื่องเป็นระบบจากข้อเสนอแนะข้อ 4 ในการประเมินผลยุทธศาสตร์ โดยใช้ IBBS, BSS และงานวิจัยอื่นในการยืนยัน
6. ปรับลดความซับซ้อนของระบบการบันทึกและรายงาน เพื่อลดภาระของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
7. ในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ควรปรับตัวชี้วัด และกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม และสามารถมีวิธีการจัดเก็บข้อมูลที่วัดได้จริง
8. ออกแบบกิจกรรม สื่อ ที่เหมาะสม และมีทีมที่สามารถสื่อสารกับประชากรหลักที่เป็นแรงงานข้ามชาติเพื่อการป้องกันและเข้าสู่บริการดูแลรักษา กิจกรรมควรมุ่งแก้ปัญหาประชากรหลักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายอย่างด้วย
9. สนับสนุนการขยายผล Community-led health services ตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในพื้นที่ที่มีความพร้อม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เร่งรัดขยายการดำเนินงานให้การปกป้องทางสังคม และปรับเปลี่ยนสถานะแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกันและการดูแลรักษา

สถานะแวดล้อมทางสังคม และกฎหมาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานภาพในสังคม และวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มประชากรหลัก และส่งผลกระทบต่อทัศนคติ มุมมองที่สังคมมีต่อกลุ่มบุคคล และต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเร่งรัดการขยายการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการปกป้องสังคม และการปรับเปลี่ยนสถานะแวดล้อมทางกฎหมายที่มีความสำคัญต่อการป้องกัน และการดูแลรักษา ประกอบด้วย 3 มาตรการที่สำคัญ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน และการดูแลรักษา 2) การเร่งรัดนำนโยบายที่ส่งเสริมสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกัน และดูแลรักษาไปใช้ให้กว้างขวาง 3) การจัดตั้งและสนับสนุนกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ผลลัพธ์การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 2

SO2.1 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการ และรอบด้านมีการทบทวนแก้ไข

ตารางที่ 18 SO2.1 กฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการป้องกันที่มีลักษณะผสมผสาน บูรณาการ และรอบด้านมีการทบทวนแก้ไข
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO2.1 จำนวนกฎหมาย นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ ที่อยู่ในกระบวนการ เสนอขอปรับแก้ไข (เรื่อง) ผล	3	4	4	4	-สำนักงาน อัยการ -มูลนิธิศูนย์ คุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์
		3		1	
		1. กฎหมายและ นโยบายลดอันตราย จากการใช้สารเสพติด 2. แนวทางการปฏิบัติ		1. นโยบายการ ไม่เลือกปฏิบัติต่อ ผู้มีเชื้อเอชไอวีใน การสมัครการ	

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
		ของแพทย์เกี่ยวกับ เอชไอวี พ.ศ. 2557 (ตรวจเลือดเยาวชน อายุต่ำกว่า 18 ปี โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง) 3. นโยบายเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาว CD4 ทุกระดับ		คัดเลือกการเรียนหรือศึกษาต่อในสถานศึกษา	

จากตารางที่ 18 กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และนโยบายที่ออกมาในช่วงแผนนี้เพื่อลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน และการดูแลรักษาได้แก่

1. กฎหมาย และนโยบายลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

เป็นเวลากว่าสิบปีแล้วที่ประเทศไทยได้พยายามนำเอานโยบาย และมาตรการลดอันตรายจากสารเสพติดมาใช้ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากผลการประเมินการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดการดำเนินโครงการนำร่องซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานจากโครงการกองทุนโลกในพื้นที่ 19 จังหวัด ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหลายประการ โดยเฉพาะการที่คณะกรรมการกฤษฎีกาวิวินิจฉัยว่า การให้บริการเข็มและกระบอกฉีดยาเป็นการดำเนินการที่ขัดต่อกฎหมาย รวมทั้งการขาดการสื่อสารทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ และส่งผลให้ 5 จังหวัดไม่ได้ดำเนินการตามคำสั่งที่ออกมา

ในปี พ.ศ. 2557 คช.ปอ. มีมติเห็นชอบต่อนโยบายและยุทธศาสตร์การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเพื่อสนับสนุนการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย และมีมติเห็นชอบให้กรมควบคุมโรคดำเนินการจัดหาเข็ม และกระบอกฉีดยาที่สะอาดมาสนับสนุนมาตรการ (มติการประชุม คช.ปอ.ครั้งที่ 3/2558) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยังได้ร่วมกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) เข้าหารือกับคณะกรรมการกฤษฎีกาในประเด็นการวินิจฉัยทางกฎหมายเรื่องเข็ม และกระบอกฉีดยา รวมทั้งจัดทำร่างคำสั่งขยายระยะเวลาในการดำเนินการโครงการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดออกไปอีกเป็นเวลา 2 ปี และเพิ่มพื้นที่ในการดำเนินงานจาก 19 จังหวัด เป็น 22 จังหวัด รวมทั้งให้การสนับสนุนการร่างกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ที่บูรณาการจากกฎหมายยาเสพติดเดิมทุกฉบับ โดยระบุให้มีการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดอยู่

ในกฎหมายด้วย (รายงานการประชุมคช.ปอ.ครั้งที่ 2/2559) ทั้งนี้ตัวแทนจากภาคประชาสังคมมองว่า หลังการสิ้นสุดระยะเวลาของคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 แม้ภาคประชาสังคมจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ แต่งานในหลายส่วนก็ต้องหยุดชะงักไปช่วงหนึ่ง (ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 - ธันวาคม 2559) เนื่องจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐไม่มั่นใจในการดำเนินงาน เกรงว่าจะขัดต่อกฎหมาย (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิดำนเอดส์ 15 มีนาคม พ.ศ. 2560)

2. แนวทางการปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 (ตรวจเลือดเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง)

จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การพบอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีที่เพิ่มสูงขึ้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา เครือข่ายภาคประชาสังคมด้านเยาวชน เอดส์ และเพศศึกษาได้ออกมาเคลื่อนไหวผลักดันให้ประเทศไทยมีนโยบายให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง จนในปี พ.ศ. 2554 คณะกรรมการแพทยสภาได้ตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ และภาคประชาสังคมขึ้นพิจารณาในเรื่องนี้ และนำเสนอต่อคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็นว่า การที่เด็กต้องการตรวจหาการติดเชื้อ เป็นเรื่องของการขอรับบริการไม่ใช่การทำนิติกรรม คณะกรรมการแพทยสภาจึงออกแนวทางการปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 ขึ้น ซึ่งระบุให้คนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการการตรวจเอชไอวีได้ โดยไม่จำกัดอายุ (เอกสารประกอบการประชุม คช.ปอ. ครั้งที่ 1/2558)

อย่างไรก็ดีแม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติที่เปิดโอกาสให้เยาวชนสามารถเข้าถึงการตรวจเลือดเพื่อรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครองแล้วก็ตาม ผลการศึกษากลุ่มเยาวชนหญิงอายุ 15 - 24 ปี พบว่า ร้อยละ 78 ทราบว่าสามารถเข้ารับการตรวจเอชไอวีได้ที่ใด แต่มีเยาวชนเพียงร้อยละ 29 ที่เข้ารับการตรวจ เนื่องจากเยาวชนส่วนใหญ่ ยังมีความกังวลว่า ผลการตรวจของตนเองจะได้รับการแจ้งไปยังผู้ปกครอง กังวลว่าจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่า “มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร” และไม่ต้องการได้รับการสั่งสอนจากผู้ให้บริการ ในทางกลับกันผู้ให้บริการก็มีความกังวลในการปฏิบัติตามแนวทางที่ยังไม่ได้รับการรับรองในระดับกฎหมาย และเกรงว่าจะถูกผู้ปกครองของเยาวชนเหล่านี้ฟ้องร้องดำเนินคดีหากดำเนินการตรวจโดยไม่ได้ความยินยอมจากผู้ปกครอง รวมถึงผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งยังไม่ทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติในเรื่องการให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในเยาวชนใหม่แล้ว (UNICEF, รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัยรุ่นไทย)

3. นโยบายการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาว CD4 ทุกระดับ

ผลจากความก้าวหน้าด้านการรักษา และการวิจัยที่ชี้ว่า การเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเร็วจะช่วยทำให้ลดปริมาณเชื้อไวรัสลดลงได้มาก และที่สำคัญยังช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนแนวทางการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากเดิมที่เริ่มให้ยาต้านไวรัสที่ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 <350 มาเป็นการเริ่มยาต้านไวรัสที่ทุกระดับของเม็ดเลือดขาว CD4 หรือเริ่มการรักษาทันทีเมื่อตรวจพบการติดเชื้อ ใน “แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2557” ซึ่ง สปสช. ได้ปรับสิทธิประโยชน์ให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาใหม่นี้โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557

แม้นโยบายนี้จะมีการประกาศใช้ และดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 2 ปี แต่ประเด็นท้าทายที่ยังคงพบอยู่ก็คือ ผู้ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่มักมาขอรับการตรวจเลือดเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วยแล้ว กว่าร้อยละ

50 มีค่าระดับ CD4 ที่ต่ำกว่า 200 ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทำให้เสียโอกาสการลดการแพร่เชื้อฯ ไปสู่ผู้อื่น กลยุทธ์ที่เน้นการเข้าถึงประชากรหลักเพื่อให้ได้รับการตรวจเลือดเพื่อให้รู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเองตั้งแต่ระยะแรกภายในระยะเวลา 1-2 ปี และได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเร็วขึ้น จะเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดระยะเวลาของการแพร่เชื้อฯ ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างดี

4. นโยบายการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในการสมัคร การคัดเลือก การเรียน หรือศึกษาต่อในสถานศึกษา

จากกรณีที่หน่วยงานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ ได้รับเรื่องร้องเรียนจำนวนมากเกี่ยวกับ การที่ชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก และสถานศึกษาทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนหลายแห่งแสดงท่าทีในการเลือกปฏิบัติโดยปฏิเสธการรับเด็ก และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือได้รับผลกระทบจากเอชไอวีเข้าเรียน หรือบับบังคับให้ต้องออกจากสถานศึกษาหากตรวจพบว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์จึงได้จัดทำร่างนโยบายเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในการสมัคร การคัดเลือก การเรียน หรือศึกษาต่อในสถานศึกษา เสนอให้ คช.ปอ. พิจารณา โดยหลักการสำคัญของนโยบายนี้ประกอบไปด้วยการที่สถานศึกษาจะต้อง

- ไม่บังคับ หรือเรียกร้องให้มีการตรวจหาเอชไอวี หรือใช้ผลการตรวจเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการสมัคร การเรียน การศึกษาต่อ
- รักษาความลับ ข้อมูลส่วนตัวของนักเรียน นักศึกษาที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี
- สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ให้กับนักเรียน นักศึกษา และบุคลากรในสถานศึกษา รวมทั้งผู้ปกครองให้มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ประสาน หรือจัดให้มีกลไกคุ้มครองสิทธิ แก่นักเรียน นักศึกษาที่มีเชื้อเอชไอวี หรือสงสัยว่าจะมีเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี และจัดให้มีระบบการรายงานในกรณีที่เกิดการรังเกียจกีดกัน และเลือกปฏิบัติต่อนักเรียน นักศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสถานศึกษา

ทั้งนี้หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายนี้ ประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร จะต้องดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยงานในสังกัดให้สอดคล้องกับนโยบายนี้ด้วย ซึ่ง คช.ปอ. ได้มีมติเห็นชอบในหลักการของนโยบายฯ นี้ ในการประชุม คช.ปอ. ครั้งที่ 2/2559 ก่อนที่จะประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2560

ที่กล่าวมาเป็นกฎหมาย นโยบาย และระเบียบปฏิบัติที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อลดช่องว่าง และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน และการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมีกฎหมาย นโยบาย และระเบียบปฏิบัติหลายฉบับที่ยังรอรับการพิจารณาเพื่อการปรับปรุงแก้ไข ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับต่อไป

กฎหมายที่ยังถือว่าเป็นประเด็น ต่อการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและการรักษา ได้แก่

1. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539

ประเทศไทยยังมีการบังคับใช้กฎหมายหรือลงโทษผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับการค้าประเวณี และเน้นมาตรการการปราบปรามการค้าประเวณี มากกว่ามาตรการป้องกัน โดยมีหน่วยงานราชการเป็นผู้ใช้อำนาจด้านนี้แต่เพียงผู้เดียว (รายงาน TIJ, 2558) กฎหมายนี้ถือเป็นอุปสรรคที่ทำให้พนักงานบริการทางเพศเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ และบริการด้านการป้องกัน การตรวจและการดูแลรักษาเอชไอวี อีกทั้งยังเป็นการตอกย้ำอคติที่สังคมมีต่อพนักงานบริการอีกด้วย ส่งผลให้พนักงานบริการต้องเผชิญกับความเครียดต่อการรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การถูกเลือกปฏิบัติ และการถูกกระทำความรุนแรงทั้งทางร่างกาย และทางเพศ เนื่องจากไม่สามารถต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

ในกระบวนการรายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนต่อองค์การสหประชาชาติ 2 ครั้งที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2559) ประเทศไทยได้ตอบรับข้อเสนอแนะจากประเทศฟินแลนด์ในประเด็นเรื่องสิทธิของพนักงานบริการมาแล้วทั้งสองครั้ง เรื่องการเพิ่มความพยายามในการแก้ไขปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่พนักงานบริการเผชิญ และใช้มุมมองด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อรับประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพศศึกษาของพนักงานบริการทางเพศ ผู้ซื้อบริการ และคู่ของผู้ซื้อบริการทางเพศ (พ.ศ. 2554) และการเพิ่มความพยายามในการประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานของผู้ค้าบริการทางเพศโดยรับประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาล และบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ (พ.ศ. 2558) อย่างไรก็ตาม ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2559 ก็ยังไม่มี ความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในเชิงกฎหมาย หรือนโยบายที่จะสนับสนุนให้พนักงานบริการทางเพศเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีแต่อย่างใด นอกจากนั้นนโยบายป้องกัน และปราบปรามการค้ามนุษย์ ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ยังอาจเป็นปัจจัยผลักดันที่ทำให้พนักงานบริการทางเพศที่อยู่ในสถานบริการและพนักงานบริการทางเพศที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ต้องเปลี่ยนรูปแบบไปทำงานเป็นแบบแอบแฝงมากขึ้น ส่งผลให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครขององค์กรภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสบกับปัญหาการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักกลุ่มนี้เพื่อเข้าไปทำงานให้ความรู้ และรณรงค์ให้มารับการตรวจ หรือส่งต่อเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้ยากยิ่งขึ้น

2. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากรแรงงานข้ามชาติ

ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว โดยกำหนดให้แรงงานข้ามชาติทุกคนต้องมีหลักประกันตนด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามหนึ่ง ระหว่างหลักประกันสังคม (สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนแรงงาน) หรือหลักประกันสุขภาพ (สำหรับแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน) โดยแรงงานที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการจ่ายยาต้านไวรัสได้จากโรงพยาบาลในพื้นที่ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ไม่เปิดขายบัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะไม่ขายให้กับแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือขายอย่างมีเงื่อนไข กล่าวคือ ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพทั่วไปได้ ยกเว้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้าน

เอดส์ 15 มีนาคม 2560) จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่พบว่า สิทธิประโยชน์ในการรับบริการทางการแพทย์ของแรงงานข้ามชาติใน “กองทุนผู้ประกันตนต่างด้าว” นั้น ยังมีความแตกต่างกับสิทธิในระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนไทยหลายประการ รวมถึงยังมีปัญหาในเรื่องระบบการบริหารจัดการด้วย กล่าวคือ ไม่มีระบบบริหารจัดการเฉพาะสำหรับโรคที่มีค่ารักษาสูง และมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ ตัวอย่างเช่น การบริหารจัดการด้านการจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นต้น ซึ่งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมายังไม่พบการปรับเปลี่ยนนโยบายให้มีความชัดเจนขึ้น นอกจากการปรับเปลี่ยนรายละเอียดด้านเงื่อนไข และราคาขายบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานบางกลุ่ม

SO 2.2 หลักฐานของการนำกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการป้องกัน และการดูแลรักษาไปดำเนินการ และผลการดำเนินงานแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 SO2.2 หลักฐานของการนำกฎหมาย และนโยบายที่สนับสนุนการป้องกัน และการดูแลรักษาไปดำเนินการ ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO2.2 หลักฐานของการนำกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการป้องกันและดูแลรักษาไปดำเนินการ และผลการดำเนินงาน (เรื่อง) ผล	NA	4 1	4 2	4 1	- สำนักงาน อัยการ - มูลนิธิศูนย์ คุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ - รายงานจาก หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง
		1. แนวปฏิบัติ แห่งชาติว่าด้วย การป้องกันและ บริหารจัดการ เอดส์ในสถานที่ ทำงาน	2. นโยบายดูยง อนามัยแห่งชาติ 2558 - 2562 3. พระราชบัญญัติ ส่งเสริมความเท่า เทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558	4. พระราชบัญญัติ การป้องกัน และ แก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	

NA: Not Available

กฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการป้องกัน และการดูแลรักษา ที่เกิดขึ้นในช่วงแผนนี้ตาม SO 2.2 ได้แก่

1. แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน

ประเทศไทยเคยมี “แนวปฏิบัติการป้องกัน และจัดการเอดส์ในสถานประกอบกิจการ” ซึ่งประกาศใช้ ในปี พ.ศ. 2548 เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการป้องกัน และจัดการเอดส์ในสถานประกอบกิจการ โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ร่วมกับองค์กรธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ดำเนินการให้

ความรู้ และส่งเสริมให้สถานประกอบการดำเนินงานตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติการฯ อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งหยุดการดำเนินงานลงในปี พ.ศ. 2557 เมื่อสิ้นสุดการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลก

ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้ให้ความเห็นชอบในการประกาศใช้ “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงาน” โดยมุ่งหวังให้องค์กรต่าง ๆ ได้นำเอาแนวปฏิบัติแห่งชาติ ฯ ฉบับนี้ไปใช้ในการดำเนินงานด้านการป้องกัน และการบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงาน โดยแนวปฏิบัติการ ฯ ฉบับปี พ.ศ. 2552 ได้มีการปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติการ ฯ ฉบับแรก จากที่เคยเน้นให้เป็นแนวปฏิบัติในการประกอบกิจการของภาคธุรกิจเอกชนเป็นหลัก มาขยายให้สามารถนำมาใช้ในเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอชไอวีในสถานที่ทำงานทุกประเภท (รายงาน UNWOMEN, 2558)

ในปี พ.ศ. 2557 - 2559 กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงานไปใช้ในองค์กรภาครัฐ เพื่อให้ภาครัฐเป็นตัวอย่างที่ดีของการเคารพสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ ไม่ตีตรา รังเกียจกีดกัน และเลือกปฏิบัติกับบุคลากร และผู้ที่สมัครงาน

2. ยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 - 2562, พระราชบัญญัติความเท่าเทียมทางเพศ พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559 ประเทศไทยได้มีการออกกฎหมาย และนโยบายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ กฎหมาย และนโยบาย 3 ฉบับ ที่สำคัญที่ออกมาในช่วงเวลานี้ได้แก่ พระราชบัญญัติความเท่าเทียมทางเพศ พ.ศ. 2558, พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 - 2562

อย่างไรก็ตามกฎหมายแต่ละฉบับ ยังมีช่องว่างให้ตีความได้ว่าอาจจะไม่คุ้มครองบุคคลบางกลุ่ม หรือต้องอาศัยกลไกรองรับหลายส่วนที่จะทำให้กฎหมาย และนโยบายมีผลในทางปฏิบัติที่เป็นประโยชน์กับ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ วัยรุ่น และประชาชนทั่วไปได้จริง เช่น ในพระราชบัญญัติส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ที่เสนอโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังมีข้อยกเว้นให้มีการเลือกปฏิบัติได้ในกรณีที่เป็นกระทำด้วยเหตุผลทางด้านความมั่นคงของประเทศ หรือด้วยหลักการทางศาสนา หรือ การนิยามที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนว่าจะให้การคุ้มครอง บุคคลที่เป็นชายรักชาย หญิงรักหญิง หรือบุคคลแปลงเพศหรือไม่ หรือในพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้สถานศึกษาต้องจัดการสอนเพศศึกษาที่เหมาะสม พัฒนาครูผู้สอน และให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เรียนต่อได้ ก็ยังไม่ชัดเจนว่าจะสามารถออกมาตรการบังคับให้สถานศึกษาปฏิบัติตามได้

กฎหมาย นโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้

นอกจากกฎหมาย นโยบาย และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่มีการปรับปรุงแก้ไข หรือจัดทำขึ้นใหม่ซึ่งมีผลในการบังคับใช้แล้ว ยังมีกฎหมาย และนโยบายที่ออกมาแล้วอีกจำนวนหนึ่งซึ่งระบุถึงแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ แต่ยังไม่ได้มีการนำมาใช้ในทางปฏิบัติ

ได้แก่ แผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 11, การประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing - CL) และนโยบายการจัดตั้งและสนับสนุนกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ประชากรกลุ่มเปราะบางหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

1. แผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)

ตัวชี้วัดหนึ่งจากตัวชี้วัดจำนวน 10 ตัวที่ประเทศไทยจะต้องรายงานในรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตามปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ขององค์การสหประชาชาติ คือ เรื่องการจัดความเหลื่อมล้ำและความรุนแรงทางเพศ และเพิ่มศักยภาพของผู้หญิง และเด็กผู้หญิงในการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2557 - 2559) เรื่องการทำงานด้านเอดส์ทุกด้านจะต้องมีประเด็นที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเคารพสิทธิและตอบสนองต่อความจำเพาะด้านเพศภาวะ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ทำให้กลุ่มผู้หญิงและเด็กผู้หญิงและประเด็นเรื่องเพศภาวะเป็นเพียงประเด็นที่ได้มีการกล่าวถึง แต่ไม่ได้มีการกำหนดมาตรการปฏิบัติที่ชัดเจนแต่อย่างใด แม้ว่าในกลุ่มประชากรหลัก จะประกอบด้วยกลุ่มประชากรที่เป็นเพศหญิง เช่น พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นผู้หญิง สาวประเภทสองก็ตาม อย่างไรก็ตามในช่วงท้ายของแผนฯ ได้เริ่มมีความพยายามในการทำงานกับกลุ่มคู่ของกลุ่มประชากรหลักที่เป็นเพศหญิงมากขึ้น

ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงเป็นกลุ่มประชากรที่ถูกกละเลยในการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ หากในแผนพัฒนาสตรีแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้หญิง (แผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 - 2549) รวมทั้งในกลุ่มเยาวชนหญิง พนักงานบริการทางเพศ และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ (แผนพัฒนาสตรี ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554) โดยแผนพัฒนาสตรี ตั้งแต่ฉบับที่ 9-11 เน้นการให้ความรู้กับบุคลากรทางด้านการศึกษา การแพทย์ และการสาธารณสุขให้มีความเข้าใจเรื่องความต้องการของผู้หญิงในการเข้ารับบริการสุขภาพ และบริการทางแพทย์ ทั้งนี้แผนพัฒนาสตรีเหล่านี้ไม่เคยถูกนำมาอ้างอิงถึงแต่อย่างใดในการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ หรือไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการดำเนินงานทั้งในส่วนงานทางด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสิทธิผู้หญิงและความเสมอภาคระหว่างเพศ ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

2. การประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing - CL)

การประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (หรือซีแอล) เป็นอีกหนึ่งมาตรการที่ดีที่ภาครัฐโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้นำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงยาต้านไวรัสตับอักเสบบีที่มีราคาแพง ซึ่งหลายปีที่ผ่านมาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และเครือข่ายผู้เฝ้าระวังยาเสพติดเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธินี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพการรักษาหายขาดได้สูงกว่ายาที่ประเทศไทยใช้อยู่ในปัจจุบันแต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ

3. นโยบายการจัดตั้งและสนับสนุนกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอตส์

สังคมไทยยังไม่มีกฎหมายปกป้องคุ้มครองการกีดกัน และการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอตส์ กลไกหลักที่ทำหน้าที่ส่งเสริม และปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในทุกด้าน มีเพียงคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) ซึ่งขอบเขตการใช้อำนาจของ กสม. ถูกจำกัดอยู่เพียงการตรวจสอบ การรายงาน ประสานงาน และให้ข้อเสนอแนะในกรณีที่เกิดการละเมิดสิทธิเท่านั้น โดยไม่มีอำนาจในการตัดสิน ลงโทษ หรือเอาผิดกับหน่วยงานที่ละเมิดสิทธิได้ อีกทั้ง กสม. ยังขาดกลไกในการรับเรื่องร้องเรียนในพื้นที่ ทำให้การร้องเรียนกรณีการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอตส์ไปยัง กสม. ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที หรือไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง นอกจากนี้การร้องเรียนผ่านกลไกคณะกรรมการเอตส์จังหวัดก็ทำได้ยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากคณะกรรมการเอตส์จังหวัดมีการประชุมเพียงปีละ 1 - 2 ครั้ง เท่านั้น หรือในบางจังหวัดไม่มีการประชุมเลยเนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน การจะยุติปัญหาเอตส์ไม่ให้เกิดการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอตส์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศจะต้องกำหนดให้มีกลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่มีประสิทธิภาพในระดับส่วนกลางและพื้นที่ นอกเหนือจากการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ ภายใต้อ.ค.ช.ปอ. ซึ่งเป็นกลไกระดับชาติเท่านั้น

ผลการดำเนินงานในการจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอตส์ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอตส์ที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ เกิดขึ้นจากการผลักดันของหน่วยงานภาคประชาสังคม โดยมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ในรอบ New Funding Model (ดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559) ทำหน้าที่เข้าไปพูดคุย ชักชวน และประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด สำนักงานยุติธรรมจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานอัยการจังหวัด รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอตส์ในจังหวัด และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัด ให้มาร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นเรื่องการละเมิดสิทธิ และการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอตส์ และทำหน้าที่เป็นกลไกในการเฝ้าระวัง รายงาน และประสานงานในกรณีที่พบเห็นการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นในจังหวัด โดยกลไกที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นกลไกที่มุ่งเน้นเฉพาะการปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในกลุ่มประชากรหลักแต่เพียงกลุ่มเดียว หากยังมุ่งเน้นไปที่การปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวี/เอตส์ ที่เกี่ยวข้องกับประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

ทั้งนี้การจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ระดับจังหวัด ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ของการทำงานตามยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2557 - 2559 อยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 5 ข้อ 7 โดยตั้งเป้าจำนวนจังหวัดที่มีกลไกคุ้มครองสิทธิกลุ่มประชากรหลัก ไว้ที่ 15 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มเป็น 25 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2558 และ 33 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งผลการประเมินเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาตามแผน พบว่ามีจังหวัดที่ได้รับการผลักดันให้เกิดกลไกคุ้มครองสิทธิแล้วจำนวน 6 จังหวัด โดย 4 จังหวัดเป็นจังหวัดที่ถูกกำหนดเป็นจังหวัด

เป้าหมายในโครงการ ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ตาก สงขลา และอีก 2 จังหวัด เป็นจังหวัดเดิมที่มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ดำเนินงานอยู่ ได้แก่ ระยอง และชลบุรี

ปัจจัยความสำเร็จของยุทธศาสตร์ ที่ 2

1. การเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมาย นโยบายที่เป็นอุปสรรค รวมถึงการมีกฎหมายใหม่ ที่เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และนโยบายหลายฉบับ ได้แก่ กฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด แนวทางการปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557 (ตรวจเลือดเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีโดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง) นโยบายการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีเม็ดเลือดขาว CD4 ทุกระดับ และนโยบายการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในการสมัคร การคัดเลือก การเรียน หรือศึกษาต่อในสถานศึกษา ขณะเดียวกันก็มีการประกาศใช้กฎหมาย และนโยบายใหม่หลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ได้แก่ ยุทธศาสตร์รณรงค์อนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 และ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และการประกาศใช้กฎหมายใหม่เหล่านี้ ถือเป็นความสำเร็จของการดำเนินงานร่วมกันหลายฝ่ายทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม ซึ่งเอื้อประโยชน์อย่างมากต่อการดำเนินงานป้องกันการดูแลรักษา รวมถึงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ยกตัวอย่าง เช่น การที่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับบริการการตรวจเลือดได้โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง (แนวทางการปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวี พ.ศ. 2557) การที่กลุ่มบุคคลข้ามเพศได้รับการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิให้มีความเท่าเทียมกับชายและหญิงมากขึ้น (พระราชบัญญัติส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558) การส่งเสริมให้เยาวชนสามารถตัดสินใจในเรื่องเพศของตนเอง และเข้าถึงการเรียนเพศศึกษาอย่างเหมาะสม (พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ยุทธศาสตร์รณรงค์อนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2559 - 2562) และการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ในกรณีของผู้ใช้สารเสพติด (การยกร่างกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ที่ระบุให้มีมาตรการการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดอยู่ในกฎหมาย และการขยายระยะเวลาดำเนินโครงการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดต่อไปอีก 2 ปี)

การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เป็นอุปสรรค หรือการออกกฎหมาย และนโยบายใหม่เหล่านี้ อาจจำเป็นต้องใช้เวลาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมในอนาคต เนื่องจากยังมีเงื่อนไขปัจจัยอีกมากมายที่เกี่ยวข้องกับการแปลงกฎหมาย และผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการออกนโยบาย มาตรการหรือระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ออกมารองรับ รวมไปถึงการทำความเข้าใจกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บังคับใช้กฎหมาย และการสื่อสารสาธารณะเพื่อทำความเข้าใจกับสังคม

2. การนำกฎหมาย นโยบาย มาตรการ หรือแผนงานที่ดีไปปฏิบัติ

แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงาน ได้รับการยกให้เป็นนโยบายที่สำคัญสำหรับนำมาใช้ในการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ที่เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2558 โดยเริ่มจากการส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐนำนโยบายนี้ไปใช้เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีกับสังคมในการเคารพสิทธิ การไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้กรมควบคุมโรคได้จัดให้มีโครงการประกวด “องค์กรดูแล หัวใจ ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน” ขึ้น ซึ่งมีองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแสดงความสนใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 110 องค์กร นับเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการจูงใจให้หน่วยงานภาครัฐมีความตื่นตัว และสนใจที่จะนำเอา “แนวปฏิบัติแห่งชาติ” นี้ไปปฏิบัติจริงในสถานที่ทำงานของตน ปัจจัยที่ทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จพอสมควร ก็คือ การสร้างแรงจูงใจ การประชาสัมพันธ์ที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และขยายการดำเนินงานออกไปให้ครอบคลุมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ให้มากขึ้น

3. การดำเนินงานของคณะกรรมการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และการจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ระดับจังหวัด

คณะกรรมการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เป็นกลไกระดับชาติที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นโดยมติของ คช.ปอ. ครั้งที่ 1/2555 เพื่อให้ดูแลงานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์ คณะกรรมการฯ ชุดนี้เป็นคณะกรรมการฯ ชุดเดียวในบรรดาคณะอนุกรรมการฯ ภายใต้ คช.ปอ.ทั้งหมด ที่มีประธาน และเลขาธิการคณะกรรมการฯ มาจากตัวแทนภาคประชาสังคม โดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้มีการดำเนินการติดตาม และประสานงานให้เกิดการแก้ไขปัญหาการถูกละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีซึ่งมีการร้องเรียนเข้ามาสำเร็จไปหลายเรื่อง รวมทั้งผลักดันให้เกิดนโยบายไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้มีเชื้อเอชไอวีในการสมัคร การคัดเลือก การเรียน หรือศึกษาต่อในสถานศึกษา โดยปัจจัยหนุนเสริมสำคัญที่ทำให้คณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ทำงานได้ประสบผลสำเร็จคือการที่ประธานและเลขาธิการคณะกรรมการฯ มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหา การจัดประชุม คณะอนุกรรมการฯ บ่อยครั้ง การทำงานเชิงรุกโดยการส่งตัวแทนคณะอนุกรรมการฯ เข้าไปพูดคุยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิในทุกกรณีที่ได้รับการร้องเรียน รวมทั้งการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้สาธารณชนได้รับทราบถึงเรื่องราวการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น และการดำเนินการแก้ไขปัญหา

ในส่วนของ การจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ระดับจังหวัด แม้จะไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายความสำเร็จในแง่ของจำนวนกลไกการคุ้มครอง และกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากจำนวนจังหวัดที่มีการจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิเกิดขึ้นเพียง 6 จังหวัด และกลไกการคุ้มครองสิทธิที่เกิดขึ้นก็มุ่งคุ้มครองทุกกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ (โดยเฉพาะผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี) ไม่ได้มุ่งเน้นการคุ้มครองเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก แต่อย่างน้อยก็ถือว่าการจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เป็นหนึ่งในความก้าวหน้าที่สำคัญในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ เนื่องจากนับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์ขึ้นอย่างเป็นทางการ โดยปัจจัยหนุนเสริมที่ทำให้จัดตั้งกลไก

คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในระดับจังหวัดได้สำเร็จ มาจากการทำงานเชิงรุกขององค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านนี้ รวมทั้งมีภาคีเครือข่ายการทำงานกว้างขวางทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ทั้งในระดับนโยบาย และระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญต่อประเด็นทางสังคมเหล่านี้

ประเด็นท้าทายของยุทธศาสตร์ ที่ 2

1. ยังมีกฎหมายที่เป็นอุปสรรคที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 เป็นกฎหมายที่ควรพิจารณายกเลิก หรือปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อการละเมิดสิทธิ ตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อพนักงานบริการ และเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พนักงานบริการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการด้านการป้องกัน การดูแล รักษาได้อย่างเต็มที่ ทั้งพนักงานบริการที่เป็นคนไทย และแรงงานข้ามชาติ

นโยบายขยายบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติยังไม่มีความชัดเจนและเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขควรเข้ามากำหนดนโยบายจัดให้มีการดำเนินการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลสามารถเปิดขยายบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติได้ นอกจากนี้ควรพิจารณานโยบายที่เปิดให้โรงพยาบาลในบางพื้นที่ที่มีความจำเป็นสามารถจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติประจำโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการที่พูดภาษาไทยไม่ได้ และควรพิจารณาแนวทางการปรับเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการในสิทธิกองทุนผู้ประกันตนคนต่างด้าว ให้สอดคล้องกับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับคนไทย

2. การนำกฎหมายไปบังคับใช้ยังมีประสิทธิภาพยังมีปัญหา

การมีกฎหมายหรือนโยบายที่ดี ไม่ได้แปลว่าจะช่วยแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมดในทันที เนื่องจากยังมีอุปสรรคมากมายในระหว่างการแปลงกฎหมายไปสู่การปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการที่หน่วยงานราชการยังมีขั้นตอนการดำเนินงานหลายขั้นตอน หรือทำงานอย่างแยกส่วน ขาดการประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานทั้งภายในกระทรวงเดียวกันเอง และระหว่างกระทรวง การไม่ได้ให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติ และการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การไม่ได้ระบุเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานแต่ละเรื่องชัดเจน รวมทั้งขาดงบประมาณในประเทศที่มาสนับสนุน และติดตามการดำเนินงาน หลายครั้งที่กฎหมาย หรือนโยบายที่ดีไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายยังขาดความเข้าใจในหลักการของกฎหมาย และเข้าใจบทบาทของตนเองในการนำกฎหมายมาบังคับใช้ หน่วยงานทุกภาคส่วนจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนัก การปรับเปลี่ยนทัศนคติของเจ้าหน้าที่ การกำหนดแผนงาน มาตรการ โดยมีงบประมาณกำกับ รวมถึงการกำหนดให้หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานให้มีความชัดเจน

3. หน่วยงานภาครัฐยังมีบทบาทน้อยเกินไปในการผลักดันให้แก้ไขกฎหมาย และนโยบายที่เป็น อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน การตรวจ การดูแลรักษา และการคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์

ที่ผ่านมาการเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมาย นโยบาย มาตรการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้อง หรือส่งผลกระทบต่อสิทธิในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ มักนำโดยภาคประชาสังคม เช่น กรณีของพระราชบัญญัติปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539, พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หรือการไม่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิบุคคลที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี เป็นต้น ในการจะยุติปัญหาเอดส์ได้สำเร็จ หน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม ต้องให้ความสำคัญกับการ บูรณาการการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับผู้กำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการ และประสานงานในพื้นที่ รวมไปถึงการแก้ไขกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน การตรวจหา เอชไอวี การดูแลรักษา และการปกป้อง คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

4. กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประเทศที่มีอยู่เดิมยังมีบทบาทน้อยต่อการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์

ในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจัดทำรายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผลการวิจัยสะท้อนว่าช่องทางการร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อฯ ให้เข้าถึงง่าย และประสบผลรวดเร็วกว่า มักจะเป็นการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคมซึ่งมีทรัพยากร จำกัด แม้จะมีช่องทางการร้องเรียนผ่านองค์กรภาครัฐและองค์กรตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็เข้าถึงได้ยาก เช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนที่มีการกิจกรรมครอบคลุมสิทธิมนุษยชนหลายเรื่อง การแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่องจึงใช้เวลายาวนาน (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556) กล่าวได้ว่า หน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประเทศ ได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ยังคงมีบทบาทค่อนข้างน้อยในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ เมื่อเทียบกับหน่วยงานภาคประชาสังคม เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มูลนิธิศูนย์ คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ซึ่งเป็นผลการประเมินที่ไม่แตกต่างไปจากผลการประเมินนโยบาย และการบริหารจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศในระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2554

ข้อเสนอแนะของยุทธศาสตร์ ที่ 2

1. หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงต่าง ๆ ควรบูรณาการการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการผลักดันให้มีการแก้ไขกฎหมาย และนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน และการรักษา ด้านเอชไอวี/เอดส์ หรือส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย นโยบาย และมาตรการที่ดี ตัวอย่างเช่น สนับสนุนให้มีการแก้ไขหรือยกเลิกพระราชบัญญัติปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรหลัก เช่น พนักงานบริการ และ สาวประเภทสอง การยืนยันที่จะให้ มีมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพยา ในพระราชบัญญัติ

ยาเสพติดฉบับใหม่ รวมไปถึงการประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคร้ายแรงในราคาที่เหมาะสม

2. การเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคม หรือตัวแทนของกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากกฎหมาย และนโยบายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอกฎหมาย นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ

3. การลงทุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้มากขึ้น ในการศึกษาวิจัยกฎหมาย นโยบายสาธารณะ และการจัดเวทีสาธารณะรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคม และประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น

4. ผู้ปฏิบัติงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม ควรให้ความสำคัญกับการศึกษากฎหมาย และนโยบายของหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศ เพื่อนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานของตนเองด้วย

ยุทธศาสตร์ 3 เพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่น ในการขยายการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

งานด้านเอชไอวี/เอดส์เป็นงานที่จำเป็นต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในสังคม ที่ผ่านมามีการทำงานด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์จะถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติหลายครั้ง แต่หน่วยงานหลักที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเอดส์ยังคงมีเพียงหน่วยงานด้านสาธารณสุข กับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์เพียงไม่กี่หน่วยงานเท่านั้น

หน่วยงานหนึ่งที่ถูกคาดหวังให้มีบทบาทสำคัญในการเจ้าภาพหลักในการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ก็คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจาก อปท. เป็นหน่วยงานที่เป็นเจ้าของงบประมาณโดยตรงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ตามนโยบายการกระจายอำนาจ และทรัพยากรลงสู่ท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2542 และเป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสมทบจาก สปสช. ให้ดำเนินการให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 แต่จากบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือรู้สึกมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์เท่าที่ควร เนื่องจากผู้บริหารของ อปท. ส่วนใหญ่ยังมีมุมมองและทัศนคติต่อเรื่องเอชไอวี/เอดส์ว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญรองจากโรค หรือประเด็นปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และมองว่าหน่วยงานที่ควรมียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานเอดส์ควรเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขมากกว่า ทำให้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงไม่กี่แห่งที่มีแผนงานด้านโรคเอดส์ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2554) บทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญเกี่ยวกับงานด้านเอดส์ของ อปท. จึงมีเพียงการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่เดือนละ 500 บาทตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยที่ประกาศในปี พ.ศ. 2548 เท่านั้น

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลในระดับประเทศว่า อปท. ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานเอดส์ส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในด้านใดบ้าง เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลของ สปสช. ใช้วิธีการแยกประเภทข้อมูลการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายในช่วงวัยต่าง ๆ ไม่ได้แยกงานด้านเอดส์ออกมาเป็นงานเฉพาะด้าน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ในบรรดาโครงการภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลทั้งหมด 40,183 โครงการ เป็นเงินงบประมาณ 1,459.57 ล้านบาทนั้น (ข้อมูล พ.ศ. 2558/ไตรมาสที่สอง) มีโครงการด้านเอดส์กี่โครงการ คิดเป็นงบประมาณเท่าใด ทั้งนี้โครงการด้านเอดส์ อาจสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่เป็น กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน ในหัวข้อกิจกรรมการป้องกันและลดปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรรภ์ไม่พร้อมก็ได้ หรืออาจแทรกอยู่ในกลุ่มอื่น ๆ ในหัวข้อกิจกรรมด้านการติดตามดูแลสุขภาพ การตรวจ คัดกรองประเมินภาวะสุขภาพ การค้นหาผู้มีความเสี่ยง ฯลฯ ซึ่งยังไม่เป็นที่แน่ชัด

จากการรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า อปท.ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ หรือจัดสรรงบประมาณสุขภาพตำบลสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์น้อย เนื่องจาก อปท. มองว่าเรื่องเอดส์ไม่ใช่เรื่องสำคัญเร่งด่วนของ อปท. จึงเลือกที่จะใช้งบประมาณไปกับการดำเนินงานในด้านอื่นมากกว่า ดังนั้นแม้ว่าสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มีความพยายามผลักดันให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

แต่ก็ทำได้เพียงกระตุ้นผ่านหน่วยงานต้นสังกัดของ อปท. คือ กระทรวงมหาดไทยให้เห็นความสำคัญและสั่งการลงไปเท่านั้น ซึ่งที่ผ่านมา ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ผลลัพธ์การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 3

ตัวชี้วัด SO3 การเพิ่มขึ้นของงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกัน ในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ไม่ได้กำหนดเป้าหมายและไม่มีข้อมูลที่จะสามารถวัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์นี้ได้ แต่ได้มีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ไว้ดังนี้

มาตรการ 3.1 วางระบบการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจ สำหรับการขยายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดย

3.1.1 กำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ตามมาตรฐานให้เป็นภารกิจประจำ และบรรจุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ด้านการเพิ่มความรับผิดชอบ และการเป็นเจ้าของร่วมในระดับประเทศ จังหวัด และท้องถิ่น อาจจะเป็นยุทธศาสตร์ที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญต่ำ เมื่อเทียบกับประเด็นเรื่องการดำเนินงานด้านเอดส์ด้านอื่น ๆ สังเกตได้จากในการประชุม คช.ปอ. 6 ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559 แทบจะไม่มีวาระที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เลย รวมทั้งไม่เคยมีรายงานความก้าวหน้าจากคณะอนุกรรมการระดับประเทศด้านการส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วมของจังหวัดและท้องถิ่นมารายงานให้ที่ประชุมรับทราบ ยกเว้นเพียงครั้งเดียวที่ได้มีการนำเสนอแผนปฏิบัติการบูรณาการเพิ่มความร่วมรับผิดชอบ และการเป็นเจ้าของร่วมของจังหวัด และท้องถิ่นเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ในการประชุม คช.ปอ. ครั้งที่ 2/2558 และในส่วนของฐานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ (AIDS Zero Portal) ก็ไม่มีข้อมูลรายงานเรื่องการลงทุนระดับจังหวัดตามที่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดไว้แต่อย่างใด

ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้ตัวชี้วัด “ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีโครงการ/กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์” เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรายงานตามตัวชี้วัดระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) เสนอโดยศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ ร้อยละ 40 ของ อปท. ทั้งหมด (หรือเท่ากับจำนวน อปท. 3,141 แห่งจาก 7,851 แห่ง) ผลการดำเนินงานพบว่า ในปีงบประมาณ 2558 มี อปท. ที่มีโครงการ/กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์ ร้อยละ 44.9 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่ตั้งไว้

อย่างไรก็ตามไม่มีรายละเอียดว่าในภาพรวมว่า อปท. ที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์ทั้งหมดอยู่ในจังหวัดใดบ้าง หรือมีองค์กรในระดับตำบล (อบต.) จำนวนเท่าไรที่ได้บูรณาการแผนเอดส์เข้าไปสู่แผนสามปีของ อบต.บ้าง รวมถึงไม่มีข้อมูลว่า อปท. ที่มีโครงการ/กิจกรรมด้านเอดส์นั้น ส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมในด้านใดใน 8 ด้านที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด 2) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน 3) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ 4) การบริการโลหิตปลอดภัย 5) การรักษา การดูแล และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 6) การดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ 7) การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ 8) การสื่อสารสาธารณะ ทั้งนี้กิจกรรมด้านเอชไอวี/เอดส์ส่วนใหญ่ที่ อปท. ดำเนินการที่ผ่านมามักเป็นกิจกรรมตามเทศกาล ซึ่งจัดขึ้นซ้ำ ๆ กันทุกปี เช่น กิจกรรมประชาสัมพันธ์รณรงค์วันเอดส์โลก การจัดซื้อและแจกจ่ายถุงยางอนามัย การป้องกันเอชไอวี/เอดส์กลุ่ม

เยาวชนซึ่งมักทำรวมไปกับงานด้านการป้องกันท้องไม่พร้อม (ซึ่งท้องถึนมองว่าเป็นปัญหามากกว่าเรื่องเอชไอวี/เอดส์) โครงการหรือกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ อปท.ดำเนินการจึงมักเป็นโครงการที่ไม่ได้มีผลต่อการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์อย่างเฉพาะเจาะจง

ในส่วนของการกำหนดให้มาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นภารกิจประจำ และบรรจุไว้ในแผนพัฒนาท้องถึนตามยุทธศาสตร์พบว่า จากการสำรวจจังหวัดที่ดำเนินโครงการกองทุนโลก รอบ SSF ซึ่งมีกำหนดระยะเวลาดำเนินการสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2557 โดย ศบ.จอ.พบว่ามีจังหวัดจำนวน 24 จังหวัด จาก 59 จังหวัด ที่รายงานว่ามีแผนงาน/โครงการด้านเอดส์เข้าไปอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดแล้ว ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดขาดแรงจูงใจในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ที่มีความครอบคลุม และไม่ได้นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานเอดส์เท่าที่ควรเนื่องจากประเด็นงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ เหมือนในอดีต (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 จังหวัดที่ทำการศึกษานี้ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และอุดรธานี พบว่า งานด้านเอชไอวี/เอดส์ ไม่ใช่ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ของทั้ง 3 จังหวัด ยกเว้นแต่เฉพาะแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2556 - 2560) ที่มีตัวชี้วัดด้านเอดส์เพียงตัวชี้วัดเดียว คือ ร้อยละหญิงฝากครรภ์ที่ตรวจพบติดเชื้อเอดส์ใน กทม. (น้อยกว่าร้อยละ 1)

งานด้านเอชไอวี/เอดส์ที่ถูกกำหนดเป็นภารกิจประจำของ อปท. ตลอดมา และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีเฉพาะเรื่องการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ได้รับผลกระทบเดือนละ 500 บาท เท่านั้น ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 กรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถึนได้สรุปรายงานจำนวนผู้ร่วมอยู่กับเอชไอวีที่มารับเบี้ยยังชีพ (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 รายงานงบประมาณ และจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพของผู้ร่วมอยู่กับเอชไอวี พ.ศ. 2557 - 2559

ปีงบประมาณ	งบประมาณตาม พรบ. (บาท)	จำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพ (คน)	จำนวนเงินโอนจัดสรร (บาท)
พ.ศ. 2557	430,956,000	71,826	430,956,000
พ.ศ. 2558	457,098,000	76,183	457,098,000
พ.ศ. 2559	493,404,000	82,234	493,404,000

ที่มา: กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถึน. เอกสารประกอบการประชุมราชการเรื่องทบทวนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (14 พฤศจิกายน 2559)

จากข้อมูลในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา แม้จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้รับเบี้ยยังชีพที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่เมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้ร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวีทั้งหมดของประเทศแล้ว พบว่ามีจำนวนผู้มาขอรับเบี้ยยังชีพเพียงร้อยละ 25 ของผู้ร่วมอยู่กับเอชไอวีทั้งประเทศที่ยังมีชีวิตอยู่เท่านั้น จึงมีคำถามว่า ยังจำเป็นอยู่หรือไม่ที่จะมีการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้ร่วมอยู่กับเอชไอวีต่อไปในขณะที่ประเทศมีความก้าวหน้าด้านการรักษาอย่าง

มากในปัจจุบัน ช่วยให้ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนประชาชนทั่วไป ขณะที่ผู้ประสงค์จะขอรับเบี้ยยังชีพไม่ถึงหนึ่งในสี่ (มติคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2559) ประเด็นที่เป็นข้อถกเถียงก็คือ การที่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีจำนวนมากไม่ได้มาลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพ อาจเป็นผลมาจากความวิตกกังวลในเรื่องการถูกเปิดเผยความลับและการตีความคำว่า “ผู้ป่วยเอดส์” ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละท้องถิ่นว่า หมายถึง ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทุกราย หรือหมายถึงเฉพาะผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีอาการเจ็บป่วยเป็น “ผู้ป่วยเอดส์” ซึ่งคำว่า “ผู้ป่วยเอดส์” เป็นคำที่ดีตรา และทำให้ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีไม่สบายใจ จึงไม่ต้องการมาลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ (สัมภาษณ์ แกนนามูลนิธิผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2560) มติที่ประชุมเรื่องทบทวนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในปัจจุบันจึงสรุปว่าให้คงการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ที่เคยได้รับเงินช่วยเหลืออยู่ต่อไปก่อน

3.1.2 บูรณาการการทำงาน โดยใช้ตัวชี้วัดที่มีเป้าหมายร่วมกัน เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการ และติดตามประเมินผลร่วมกันของหน่วยงานทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด และท้องถิ่น

ตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกันเรื่องเอดส์ (Joint KPIs) มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2555 โดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการดำเนินงานนี้ ได้กำหนดมาตรการดำเนินงานสำหรับดำเนินงานใน 30 หน่วยงาน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดความสำเร็จในการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง 35 ตัวชี้วัดขึ้น โดยตัวชี้วัด Joint KPIs นี้ถือเป็นเครื่องมือที่จะทำให้หน่วยงานราชการต่าง ๆ เกิดความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินงานด้านเอดส์ เนื่องจากเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติราชการที่ กพร. กำหนดขึ้น ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2557 ตัวชี้วัดร่วมด้านเอดส์ได้ถูกถอดออกจากตัวชี้วัดหลัก ด้วยอุปสรรคเรื่องจำนวนตัวชี้วัดที่มีมากเกินไป และขาดความเข้าใจตัวชี้วัดร่วมของแต่ละกระทรวง จนในปี พ.ศ. 2558 ที่ประชุม คช.ปอ. มีมติเห็นชอบตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกันเรื่องเอดส์ (ตารางที่ 21) อีกครั้ง ตามที่ ศบ.จอ. เสนอ โดยตัวชี้วัดดังกล่าวแยกตามผลผลิตหลัก 3 เรื่อง ประกอบด้วย

1. การพัฒนาและสนับสนุน การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์
2. การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย
3. การบริการดูแลรักษา ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 21 ตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกันเรื่องเอดส์ พ.ศ. 2553 - 2555

Value Chain	การพัฒนาและสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย	การบริการดูแลรักษาช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ
OUTCOME JKPI	1.1 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลไกการประสานงานระดับจังหวัด	2.1 ร้อยละของเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วรายงานว่า	3.1 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ และเด็ก

Value Chain	การพัฒนาและสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย	การบริการดูแลรักษาช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ
	ในการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
	กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค)	กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวง)
กพร. OUTPUT JKPI	1.1.1 ร้อยละของอปท.ที่มีโครงการสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น)	2.1.1 ร้อยละของโรงเรียน/สถานศึกษาที่มีการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต (สป., ศธ., กศน., สช., สพฐ., สอศ., สถาบันการพลศึกษา)	3.1.1 ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของประชากรเป้าหมายที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (สป.ศธ., สป.กลาโหม, กองทัพบก, กองทัพอากาศ, กองทัพเรือ, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)
	1.1.2 ร้อยละของจังหวัดที่มีแผนและข้อมูลยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ (กรมควบคุมโรค)	2.1.2 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลไกเยาวชน (สภาเด็กและเยาวชน) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านเอดส์หรืออนามัยการเจริญพันธุ์ (สท.พม.)	3.1.2 จำนวนผู้ติดเชื้อที่เริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสรายใหม่ (สป.ศธ., สป.กลาโหม, กองทัพอากาศ, กองทัพบก, กองทัพเรือ)
	1.1.3 ร้อยละของเครือข่ายที่นำข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ไปเผยแพร่ (กรมประชาสัมพันธ์)	2.1.3 จำนวนของประชากรเป้าหมายที่ได้รับความรู้เรื่องเอชไอวี หรืออนามัยการเจริญพันธุ์ (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, กรมการจัดหางาน, สป.กลาโหม, กองทัพอากาศ, กองทัพบก, กองทัพเรือ, สนง.ตำรวจแห่งชาติ, กรมราชทัณฑ์, กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)	3.1.3 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด (กรมอนามัย, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ)
	1.1.4 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลไกคุ้มครองสิทธิในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเอดส์	2.1.4 ร้อยละของสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็น	3.1.4 จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ผู้ได้รับผลกระทบที่ได้รับการช่วยเหลือ (กรมพัฒนาสังคมและ

Value Chain	การพัฒนาและสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	การส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัย	การบริการดูแลรักษาช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ
	(กรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ, สป.กระทรวงยุติธรรม)	มิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (กรมอนามัย)	สวัสดิการ พม.)
	1.1.5 จำนวนสถานประกอบกิจการที่ได้รับการส่งเสริมให้มีนโยบายการดำเนินงานเรื่องเอดส์ (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน)		
	1.1.6 จำนวนหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการเอดส์ในสถานที่ทำงาน (กรมควบคุมโรค)		

ต่อมาในปี พ.ศ. 2559 ตัวชี้วัดร่วมระดับกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกันด้านเอดส์ได้ถูกถอดออกไปอีกครั้ง เนื่องจากมีกระทรวงน้อยมากที่แสดงความสนใจว่าจะรับเป็นเจ้าของภาพในตัวชี้วัดหลัก มีเฉพาะบางกระทรวงที่รับได้เฉพาะตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ (outcome) เท่านั้น ไม่ตอบรับตัวชี้วัดระดับผลผลิต (output) กพร. จึงไม่เห็นชอบให้มีตัวชี้วัดร่วมในระดับกระทรวง เว้นแต่หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขยินดีรับเป็นเจ้าของ (ข้อมูลจาก ศบ.จอ.) เท่ากับว่าการบูรณาการการทำงาน โดยใช้ตัวชี้วัดที่มีเป้าหมายร่วมกัน เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการ และติดตามประเมินผลร่วมกันของหน่วยงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่สามารถจูงใจให้หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขต่าง ๆ เห็นความสำคัญ และยอมรับเป็นเจ้าของหลัก อีกทั้งยังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินการด้วย

นอกจากนี้ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดการติดตามประเมินผลว่า ในการนำงบประมาณไปใช้ดำเนินงานด้านเอดส์ของแต่ละกระทรวงนั้น ผลที่ได้เป็นอย่างไร มีความเปลี่ยนแปลงทั้งในแง่งบประมาณ กิจกรรมที่ดำเนินการ สอดคล้องกับแนวนโยบายยุทธศาสตร์ชาติด้านเอดส์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยแค่ไหน การติดตามการดำเนินงานส่วนใหญ่มีเพียงการตอบรับคำของบประมาณที่เสนอมารายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณเท่านั้น

3.1.3 ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจ

- การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการดำเนินงานด้านเอดส์

ตลอด 20 กว่าปีที่ผ่านมาของการดำเนินงานด้านเอดส์ ภาคประชาสังคมได้รับการยอมรับว่ามีส่วนร่วม และมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยภาคประชาสังคมได้เข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในการทำงานด้านเอดส์ทุกระดับมาโดยตลอด ตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย การเป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก หน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการด้านเอดส์ของประเทศที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก นอกจากนี้หน่วยงานภาคประชาสังคมยังได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภาครัฐว่า สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ หรือเข้าถึงยากได้มากกว่าหน่วยงานภาครัฐ และภาครัฐจำเป็นต้องอาศัยภาคประชาสังคมในการทำงานกับกลุ่มประชากรหลักหลายกลุ่ม

อย่างไรก็ดีแม้จะทำงานร่วมกันมาโดยตลอดระหว่างภาครัฐ และภาคประชาสังคม แต่ผู้ปฏิบัติงานจากทั้งสองภาคส่วนอาจจะมีความรู้สึกที่ไม่ได้ทำงานสอดรับประสานเป็นเนื้อเดียวกันอย่างชัดเจน

- มุมมองที่ภาครัฐมีต่อภาคประชาสังคม พบว่า

1. ภาคประชาสังคมยังจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น งานให้บริการที่ดำเนินการในชุมชน ยังคงไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข

2. องค์กรภาคประชาสังคมในส่วนกลางอาจได้รับการยอมรับจากภาครัฐในระดับชาติค่อนข้างสูง โดยเฉพาะองค์กรใหญ่ที่มีการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่องยาวนาน ขณะที่องค์กรบางส่วนในระดับพื้นที่ยังไม่เป็นที่รู้จักของหน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่น ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร

3. ภาคประชาสังคมบางองค์กรผูกขาดการทำงานกับกลุ่มประชากรหลักบางกลุ่ม เนื่องจากในพื้นที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนจำกัด องค์กรที่ได้รับทุนสนับสนุนมักเป็นองค์กรเดิม ซึ่งบางครั้งได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างประเทศ จึงไม่เห็นความสำคัญกับการประสานงาน หรือสื่อสารข้อมูลการทำงานกับภาครัฐ

4. ภาครัฐเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการทำงานอย่างเท่าเทียมโดยตลอด ภาคประชาสังคมเป็นส่วนหนึ่งของทั้งคณะอนุกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด และศูนย์ประสานประชาคมจังหวัด (PCM) (การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และสรุปข้อเสนอแนะจากการประชุมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในแผนการเปลี่ยนผ่านเพื่อยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย 21 - 22 กันยายน พ.ศ. 2559)

- มุมมองที่ภาคประชาสังคมมีต่อภาครัฐ พบว่า

1. การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมไม่ได้เป็นไปในลักษณะของการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม และมีความหมายโดยแท้จริง ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการกำหนดนโยบายส่วนใหญ่มักเป็นภาครัฐ ที่ใช้วิธีการตัดสินใจแบบจากบนลงล่าง การเข้าร่วมประชุมของตัวแทนภาคประชาสังคมในเวทีกำหนดนโยบาย เช่น การประชุมศูนย์ประสานประชาคมจังหวัด มีลักษณะเป็นการเชิญให้ภาคประชาสังคมไปนำเสนอสถานการณ์ปัญหาและภาพการทำงานขององค์กรให้หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจ มากกว่าเป็นการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดนโยบาย และงบประมาณไปด้วยกัน

2. ภาครัฐทั้งในระดับชาติ และในระดับท้องถิ่นหลายแห่งยังไม่รู้จักองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งหมด หรือไม่เข้าใจในการทำงานของภาคประชาสังคม หรือไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของภาคประชาสังคม ตัวอย่างเช่น ปัจจุบันมีภาคประชาสังคมบางส่วนที่ดำเนินการโครงการนำร่องการจัดบริการปรึกษา และตรวจ เอชไอวีโดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-led Health Services) เน้นการให้บริการกับกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แม้หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานจะให้การสนับสนุนแนวคิดการจัดบริการโดยชุมชนนี้ แต่ก็ยังมีคำถามถึงมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการโดยชุมชน และยังไม่มีความคิดในการร่วมผลักดันให้บริการนี้ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. การเข้าถึงงบประมาณการดำเนินงานของภาครัฐมีอุปสรรคที่ระบียบการใช้จ่ายเงินที่มีเงื่อนไข และขั้นตอนยุ่งยากพอสมควร และต้องใช้ระยะเวลาในการทำเรื่องขอเบิกจ่าย รวมทั้งกระบวนการตรวจสอบ บางครั้งได้รับผลกระทบจากอิทธิพลทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ภาคประชาสังคม ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การตีความเรื่องการเข้าถึงงบประมาณกองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค หมวดยกกันของ สปสช. 200 ล้านบาทว่าภาคประชาสังคมสามารถขอรับงบประมาณโดยตรงจาก สปสช.ไปดำเนินงานโดยไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลได้หรือไม่ เนื่องจากหากต้องของงบประมาณผ่านโรงพยาบาล อำนาจตัดสินใจจะตกอยู่ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลซึ่งไม่มีแนวปฏิบัติที่แน่ชัดว่า แต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณนี้โดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร

3.1.4 จัดให้มีระบบสร้างแรงจูงใจให้องค์กรภาคธุรกิจ ภาคเอกชน ร่วมเป็นหุ้นส่วนในการทำงานเอดส์ในระบบมาตรฐาน มีความร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) หรือการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่าง ๆ อาทิเช่น การได้รับยกเว้นภาษี เป็นต้น

ในส่วนของการพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ปฏิบัติงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา เป็นช่วงเวลาที่การดำเนินงานด้านเอดส์เผชิญกับความท้าทายเรื่องการยุติการสนับสนุนทุนในการดำเนินงานของโครงการกองทุนโลก ทำให้มีความพยายามจากหลายภาคส่วนที่จะแสวงหาแหล่งทุนภายในประเทศมาทดแทน หรือเตรียมการสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านมาใช้งบประมาณภายในประเทศ เนื่องจากงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกเป็นงบประมาณหลักในการดำเนินงานด้านการป้องกัน โครงการที่เป็น

รูปธรรมที่กำลังดำเนินการอยู่ในช่วงเวลานี้โครงการหนึ่งคือ “โครงการอีกนิด..พิชิตเอ็ดส์” ซึ่งเป็นโครงการที่เครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ 30 องค์กร นำโดยมูลนิธิเอ็ดส์ประเทศไทย และมูลนิธิรักษ์ไทย ทำงานร่วมกับภาคธุรกิจ ในการระดมทุนสนับสนุนองค์กรที่นำเสนอโครงการทำงานด้านเอดส์สำหรับระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรของกลุ่มและภาคประชาสังคมด้านเอดส์ ใน 3 จังหวัด ได้แก่ สงขลา เชียงใหม่ และขอนแก่น ในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2559 โดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และมูลนิธิรักษ์ไทย โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบ New Funding Model ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานด้านเอดส์ในพื้นที่ ยังไม่ได้เชื่อมต่อ หรือได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาคธุรกิจเท่าที่ควร แหล่งทุนในการดำเนินงานส่วนใหญ่มาจาก อปท. สปสช. โครงการกองทุนโลก และองค์กรระหว่างประเทศ ภาคธุรกิจเอกชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจการทำงานของกลุ่ม และองค์กรภาคประชาสังคมด้านเอดส์อย่างมาก และบางส่วนยังมีมุมมองต่อภาพลักษณ์ขององค์กรภาคประชาสังคมในแง่ลบ อย่างไรก็ตามภาคเอกชนส่วนหนึ่งสนใจการดำเนินงานที่จะสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาเพื่อสังคม ในรูปแบบ Corporate Social Responsibility (CSR) จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานตามมาตรการนี้ส่วนใหญ่ยังพัฒนาไปได้ช้ามาก ภาคธุรกิจเอกชนยังไม่ให้ความสำคัญ หรือสนใจที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในด้านเอดส์ และโครงการส่วนใหญ่ที่ขอรับการสนับสนุน หรือแสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานจากภาคธุรกิจ มักริเริ่มดำเนินการโดยภาคประชาสังคมมากกว่าภาครัฐ

มาตรการ 3.2 สร้างเสริมสมรรถนะ และพัฒนาศักยภาพพื้นที่ เพื่อเป็นหลักประกันในการให้บริการที่ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ โดย

3.2.1 จัดตั้งและพัฒนาศูนย์บริการช่วยเหลือทางวิชาการอย่างจริงจังในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และท้องถิ่น

ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2559 การดำเนินงานของประเทศไทยในด้านเอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค เน้นหนักไปที่การดำเนินงานตามมาตรการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก-การชักชวนให้ตรวจหาเอชไอวี-การตรวจและรับรู้สถานะ-การรักษาด้วยยาต้านไวรัส-การส่งเสริมให้ผู้ที่รักษายังคงอยู่ในระบบการรักษาต่อไป (หรือ R-R-T-T-R) ซึ่งทั้งหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคมที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากโครงการกองทุนโลกในรอบ New Funding Model ซึ่งดำเนินงานในช่วงระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 - ธันวาคม พ.ศ. 2559 รวมทั้งภาคีเครือข่ายวิชาการด้านการตรวจรักษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศต่างก็ยึดแนวทางนี้ในการดำเนินการทั้งสิ้น ดังนั้นช่วงเวลานี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่จึงต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับมาตรการนี้ และใช้มาตรการนี้ในการดำเนินงานในพื้นที่ในกลุ่มประชากรหลักเช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการทางเพศ และในเวลาเดียวกันนี้เองนอกจากมาตรการ R-R-T-T-R แล้ว กรมควบคุมโรคยังได้ประกาศนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ทุกระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ในคู่มือ แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ออกมาในปีด้วย รวมถึงการให้ข้อมูลเรื่อง การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (PrEP) ซึ่งกรมควบคุมโรค และหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยสมาคมโรคเอดส์ ได้มีการดำเนินการอบรมทำความเข้าใจ และ

ให้ความรู้กับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวีในพื้นที่ในแนวทางการรักษาใหม่ตามคู่มือมาตรฐานและรักษาและป้องกันเอชไอวี ฉบับปี พ.ศ. 2557 และฉบับปรับปรุงในปี พ.ศ. 2560 รวมถึงการมีโครงการทดลองนำร่องเกี่ยวกับการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกัน การติดเชื้อมาก่อนการสัมผัสในหลายพื้นที่ของประเทศอยู่ในปัจจุบัน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคมในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และอุดรธานี กล่าวถึงองค์ความรู้ และความชำนาญของพื้นที่ที่ได้รับว่า ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการมาก่อนหน้านี้ ทั้งจากหน่วยงานด้านวิชาการ อย่างเช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) ได้เข้ามาให้การสนับสนุนทางวิชาการกับจังหวัดชลบุรี และอุดรธานี “ในโครงการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาการเพื่อพัฒนาและรับรองโครงการที่มีประสิทธิผลด้านป้องกันและแก้ไขปัญหามัวยุติพันธุ์และเอชไอวี (Thai Compendium)” ที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุนโลกในระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง 2557 นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนเชิงเทคนิคในการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากหน่วยงานอย่าง ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข, มูลนิธิ FHI และการดำเนินงานเรื่องเพศศึกษาที่รอบด้านจากมูลนิธิ Path2Health, สถาบันวิชาการในพื้นที่ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้วย โดยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขของทั้งสองจังหวัดมีความเห็นว่า ได้เรียนรู้จากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการเหล่านี้อย่างมาก ในขณะที่ สอ.วพ. ยังทำหน้าที่ให้การสนับสนุนเชิงวิชาการในลักษณะนี้ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นรูปแบบของการสนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดลงไปดำเนินการตามที่ สอ.วพ. กำหนดมากกว่าทางพื้นที่มีความต้องการพัฒนา เสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านวิชาการและเสนอแนะให้ส่วนกลางลงมาทำงานร่วมกันกับพื้นที่ให้มากขึ้น

ในส่วนของภาคประชาสังคม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลวิชาการส่วนหนึ่งมาจากการได้รับการเสริมศักยภาพในฐานะที่เป็นหน่วยงานรับทุนย่อยภายใต้โครงการกองทุนโลก หน่วยงานภาคประชาสังคมบางส่วนเข้าร่วมกับโครงการทดลองวิจัยด้านการรักษา และร่วมดำเนินการเข้าร่วมการดำเนินงานการจัดบริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีโดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-led Health Services) ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางด้านการพัฒนาความรู้ และทักษะในการให้บริการ จากสถาบันที่ทำการวิจัย เช่น ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย หรือองค์กรระหว่างประเทศที่สนับสนุนทุนในการดำเนินงาน นอกจากนี้ภาคประชาสังคมที่เป็นตัวแทนอยู่ในคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนเพื่อดูแล และให้คำปรึกษาการพัฒนาฯ วัคซีน และผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของสถาบันวิจัยต่าง ๆ ยังได้รวมตัวกันในนามคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนระดับประเทศด้านเอดส์ (National Community Advisory Board) และมีการถ่ายทอดข้อมูลความรู้ด้านความก้าวหน้าในด้านการทดลองวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ให้กับสมาชิกในเครือข่ายคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ อย่างไรก็ตามการสนับสนุน และพัฒนาทางด้านวิชาการต่าง ๆ ยังคงมีลักษณะที่รวมศูนย์อยู่ในส่วนกลางมากกว่าจะกระจายไปยังระดับจังหวัดหรือท้องถิ่น หมายถึง นักวิชาการส่วนใหญ่ มักเป็นนักวิชาการที่อยู่ในส่วนกลางเป็นหลัก และในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจน เกี่ยวกับการจัดตั้งและพัฒนาบริการช่วยเหลือทางวิชาการอย่างจริงจังในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และท้องถิ่น

3.2.2 พัฒนามาตรฐานของมาตรการการดำเนินงานป้องกัน กระบวนการจัดจ้าง กำกับ ตรวจสอบการดำเนินงานให้ได้คุณภาพ

ในปัจจุบันการดำเนินงานป้องกันด้านเอชไอวี/เอดส์ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบปกติ ที่มีมาตรฐานการดำเนินงานที่กำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ อีกส่วนหนึ่งเป็นงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากกองทุนโลก ซึ่งมีระบบบริหารจัดการ กระบวนการกำกับตรวจสอบการดำเนินงานที่อาจจะแตกต่างออกไป เช่นเดียวกับ สปสช.ที่ทำหน้าที่จัดสรร และสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการเพื่อให้บริการกับประชาชน ก็มีระบบการดำเนินงาน และระบบตรวจสอบที่ไม่เหมือนกับระบบของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุมมอง และรูปแบบการดำเนินงาน ที่ส่วนราชการอาจเน้นที่การดำเนินงานเชิงรับ ขณะที่กองทุนโลกเน้นการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักที่ต้องอาศัยการทำงานเชิงรุก สปสช. เน้นเรื่องการให้บริการที่มองประโยชน์ของประชาชนเป็นศูนย์กลาง และพยายามที่จะพัฒนาระบบต่างๆ ขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการเข้ารับบริการอย่างเต็มที่ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายควรนำเอาระบบต่าง ๆ มาวิเคราะห์และสร้างมาตรฐานให้การดำเนินงานต่าง ๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้

3.2.3 พัฒนาและดำเนินการระบบประกันคุณภาพ และควบคุมคุณภาพของการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากการที่หน่วยงานภาคประชาสังคมได้เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากในการดำเนินงานด้านเอดส์ในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับกำหนดนโยบาย เป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลักของโครงการกองทุนโลก ไปจนถึงระดับปฏิบัติการ การร่วมให้บริการในโรงพยาบาล และการร่วมจัดบริการในชุมชน หากที่ผ่านมาก็ยังมักจะถูกตั้งคำถามจากภาครัฐ รวมถึงจากสังคมถึงเรื่องความรู้ ความสามารถ ความน่าเชื่อถือ และศักยภาพในการดำเนินงานว่า มีมาตรฐาน หรือมีความสามารถในการดำเนินงานได้ในระดับเดียวกันกับภาครัฐหรือไม่ จึงควรมีการพิจารณาถึงการจัดทำระบบการให้การรับรองคุณภาพ (Accreditation) หรือรับรองมาตรฐานการทำงานให้กับหน่วยงานภาคประชาสังคม เพื่อยกระดับให้สังคมมองเห็น และยอมรับในการทำงานของภาคประชาสังคมอย่างเทียบเท่ามาตรฐานเดียวกันกับหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนอื่น ๆ (CCM มีนาคม 2560)

ปัจจัยความสำเร็จของยุทธศาสตร์ ที่ 3

1. หากดูจากภาพรวมของยุทธศาสตร์นี้ สิ่งที่น่าจับตาได้เป็นความสำเร็จ น่าจะเป็นการที่จังหวัดบางจังหวัดมีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดของตนเอง โดยใช้แผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติเป็นกรอบ และใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในบริบทของจังหวัด เป็นแนวทางในการกำหนดรายละเอียดของกลุ่มเป้าหมาย และมาตรการในการดำเนินการให้สอดคล้องกับจังหวัดของตนเอง

2. ความสำเร็จอีกประการหนึ่งก็คือ การที่จังหวัดบางจังหวัดสามารถดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

อย่างเต็มที่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็งนี้ มาจากการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญกับการทำงานด้านเอดส์ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นที่จะทำงานเพื่อตอบสนองกับปัญหา การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน

3. การได้รับการพัฒนาความรู้ด้านวิชาการ พัฒนาทักษะ และเสริมศักยภาพในการทำงานจากทีมสนับสนุนวิชาการเช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข สถาบันวิชาการในพื้นที่ และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศต่าง ๆ การมีภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนร่วมดำเนินงานในท้องถิ่น และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากกองทุนโลก

ประเด็นท้าทายของยุทธศาสตร์ ที่ 3

1. เชอไอวี/เอดส์ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่สำคัญของงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่ใช่ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไข

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่งสอดคล้องตรงกันว่า เชอไอวี/เอดส์ ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญด้านสาธารณสุขของจังหวัดมานานแล้ว เจ้าหน้าที่ซึ่งแต่เดิมเคยรับผิดชอบแต่เฉพาะงานด้านเอดส์เพียงเรื่องเดียว ต้องรับงานโรคติดต่ออื่น ๆ เพิ่มด้วยนับตั้งแต่กรมควบคุมโรคมีการปรับโครงสร้างหน้าที่การทำงานใหม่ และสำหรับ อปท. แม้เชอไอวี/เอดส์จะถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดร่วมระดับกระทรวง (จำนวน อปท. ที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์) และสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ก็ยังถือว่าต่ำมาก (ต่ำกว่าร้อยละ 50) และไม่สามารถวัดผลได้ว่าการให้การสนับสนุนกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินงานด้านเอดส์นั้น นำไปสู่การสร้างความตระหนัก หรือสามารถกระตุ้นให้คนในท้องถิ่นเห็นถึงความสำคัญของมาตรการ R-R-T-R ได้มากน้อยแค่ไหน หรือเป็นเพียงโครงการจัดซื้อถุงยางอนามัย การอบรมเรื่องเพศในกลุ่มเยาวชนเพื่อป้องกันการท้องไม่พร้อมโดยผนวกเรื่องเอดส์เข้าไปด้วย เนื่องจากประเด็นปัญหาเรื่องท้องไม่พร้อม เป็นปัญหาที่ อปท. ให้ความสำคัญมากกว่า

2. การจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (แผนยุทธศาสตร์จังหวัด) และการทำให้แผนของท้องถิ่นมีประเด็นเรื่องเอดส์ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าทำได้มากน้อยแค่ไหน

เป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะบ่งชี้ว่า อปท. ให้ความสำคัญกับประเด็นงานด้านเชอไอวี/เอดส์มากน้อยแค่ไหน คือ การผลักดันให้จังหวัดจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการป้องกัน และแก้ไขเอดส์จังหวัด และทำให้แผนพัฒนาท้องถิ่น (แผนตำบล) และแผนพัฒนาจังหวัดมีการทำงานในประเด็นเรื่องเชอไอวี/เอดส์ ซึ่งที่ผ่านมา ศบ.จอ. ได้พยายามติดตามและรวบรวมข้อมูลว่ามีจังหวัดใดที่เป็นจังหวัดเร่งรัดการทำงานด้านเอดส์ภายใต้โครงการกองทุนโลก ได้บูรณาการประเด็นเชอไอวี/เอดส์เข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาของจังหวัด แต่ก็ยังไม่มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันว่ามีกี่จังหวัดที่ได้บูรณาการประเด็นเชอไอวี/เอดส์เข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาของจังหวัดหรือมีกี่จังหวัดที่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชาติหรือไม่

3. การสร้างความตระหนัก ความร่วมรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของร่วมยังมีอุปสรรค

ปัญหาใหญ่อย่างหนึ่งคือเรื่องการขาดความตระหนักในเรื่องความสำคัญของปัญหาเอตส์ และบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่

- ภาคธุรกิจยังไม่เห็นความสำคัญ และยังเข้ามามีบทบาทน้อยในการสนับสนุนการทำงานด้านเอชไอวี/เอตส์
- ภาคประชาสังคมยังไม่ได้รับการยอมรับจากภาครัฐให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอตส์อย่างเท่าเทียม มีความหมาย
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีบูรณาการงานเอชไอวี/เอตส์เข้าไปในแผนพัฒนาท้องถิ่น หรือสนับสนุนงานด้านเอชไอวี/เอตส์มากเท่าที่ควร
- หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ยอมรับตัวชี้วัดระดับกระทรวงด้านเอตส์ในระดับ value chain

4. การผลักดันให้ตัวชี้วัดร่วมระดับกระทรวง (Joint KPI) เป็นตัวชี้วัดที่มีความต่อเนื่องยั่งยืนในระบบ

ที่ผ่านมาแม้ ศบ.จอ. จะมีความพยายามหลายครั้งในการผลักดันให้ตัวชี้วัดร่วมระดับกระทรวงด้านเอตส์ได้รับการยอมรับ และเป็นตัวชี้วัดหลักที่ทุกกระทรวงควรต้องรับไปดำเนินการ แต่ผลที่เกิดขึ้นคือหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เห็นความสำคัญของการทำงานเพื่อยุติปัญหาเอตส์มากพอ และไม่เห็นว่าเอชไอวี/เอตส์เกี่ยวข้อง หรือเป็นภารกิจที่สำคัญเร่งด่วนของหน่วยงาน จึงไม่ตอบรับเป็นเจ้าภาพร่วมในการดำเนินการตามตัวชี้วัด

5. การจัดตั้ง และพัฒนาช่วยเหลือทางวิชาการอย่างจริงจังมากขึ้น

การจัดตั้ง และพัฒนาการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านวิชาการ เป็นหนึ่งในมาตรการที่เขียนไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์ แต่ไม่เห็นผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม ขณะที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สะท้อนว่า การสนับสนุน พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ และทักษะในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็น และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ จึงควรที่จะต้องมีการผลักดันให้มีการดำเนินงานตามมาตรการนี้ อย่างจริงจัง ด้วยการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ และงบประมาณในการดำเนินงานอย่างชัดเจน

6. การสร้างมาตรฐานการป้องกัน กระบวนการจัดจ้าง ตรวจสอบให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงาน องค์กรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอตส์ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต่างก็มีระบบ หรือมีมาตรฐานในการดำเนินงานของตนเอง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน หากสามารถรวบรวม ศึกษาวิเคราะห์ระบบที่ดำเนินการอยู่ในประเทศทั้งหมด และกำหนดมาตรฐานให้ไปในทิศทางเดียวกัน จะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

7. ยังไม่มีแผนงาน หน่วยงานดำเนินการ และงบประมาณที่ชัดเจนสำหรับการสนับสนุนในการพัฒนาระบบประกันคุณภาพ รับรอง และควบคุมคุณภาพในการดำเนินงานด้านเอตส์

ในปัจจุบันมีองค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานภาคประชาสังคมจำนวนมากที่เข้ามาร่วมดำเนินการในการให้บริการด้านเอชไอวี ทั้งการดำเนินงานให้ความรู้ สร้างความตระหนักเรื่องการป้องกัน การ

ให้คำปรึกษา การดำเนินงานตามมาตรการ R-R-T-T-R ภายใต้โครงการกองทุนโลก (ที่ขยายเวลาการดำเนินงานออกไปอีกหนึ่งปี และอยู่ในช่วงพิจารณาเสนอขอโครงการใหม่) รวมถึงการร่วมให้บริการด้านการตรวจหาเอชไอวีโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-Led Health Services) องค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานภาคประชาสังคมเหล่านี้มีความหลากหลายทั้ง ขนาด สถานะการจดทะเบียนองค์กร จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ รูปแบบการดำเนินการ และประสบการณ์ในการทำงาน หลายองค์กรแม้จะทำงานมายาวนานแต่ก็ยังไม่ได้เป็นที่รู้จักของหน่วยงานที่ไม่คุ้นเคยกับการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ หากประเทศจะดำเนินการให้มีระบบการรับรองการประกันคุณภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาคประชาสังคม ก็จะช่วยสนับสนุนให้สถานะขององค์กรมีความเข้มแข็งมากขึ้น อย่างไรก็ตามในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีข้อมูลแสดงถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามมาตรการนี้แต่อย่างใด

ข้อเสนอแนะของยุทธศาสตร์ ที่ 3

1. นำแผนปฏิบัติการบูรณาการเพื่อเพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ และการเป็นเจ้าของร่วมของจังหวัด และท้องถิ่นเพื่อยุติปัญหาเอดส์ มาดำเนินการให้เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน
2. ยอมรับ ส่งเสริม สนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านเอดส์ อย่างเท่าเทียม และมีความหมาย ทั้งในเชิงสัดส่วนจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสิทธิในการออกเสียง รวมถึงให้การสนับสนุนการจัดบริการโดยชุมชนให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขอย่างแท้จริง
3. จัดทำแผนปฏิบัติการการทำงานเพิ่มความร่วมมือรับผิดชอบ และการเป็นเจ้าของร่วมกับหน่วยงานภาคธุรกิจเอกชน เพื่อสร้างความตระหนัก และระดมทุนสนับสนุนจากภาคเอกชนให้มากขึ้นเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ
4. ดำเนินการติดตาม และประเมินผลให้มีข้อมูลระดับประเทศเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ของจังหวัด และการบูรณาการประเด็นเอดส์เข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ของกองทุนสุขภาพตำบล และการดำเนินงานด้านเอดส์ของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ที่ได้รับงบประมาณไปดำเนินการ
5. จัดตั้งกลไกการประกันคุณภาพ รวมถึงการประเมิน รับรองคุณภาพหน่วยงานที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ในประเทศ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และหน่วยงานวิชาการ
6. ควรลงทุนกับการสร้างความรู้ใหม่ ๆ และถ่ายทอดความรู้ให้กับท้องถิ่นอย่างแท้จริง ไม่ใช่เฉพาะภาครัฐ หรือผู้ให้บริการ แต่รวมทั้งองค์กรอื่น ๆ ที่อยู่ในท้องถิ่นด้วย ควรดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพให้กับคนทำงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน กำหนดเป็นภารกิจที่มีเจ้าภาพหลักชัดเจน
7. ศึกษาวิเคราะห์ระบบการดำเนินการด้านการป้องกัน กระบวนการจัดจ้าง กำกับ และตรวจสอบการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ที่มีอยู่ในประเทศ และกำหนดมาตรฐานให้ไปในทิศทางเดียวกันทั้งหมด

ยุทธศาสตร์ 4 พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ในทุกระดับ

ระบบการจัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ และบริหารจัดการระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมการป้องกันและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรหลักโดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน มีความทันสมัย และมีความน่าเชื่อถือได้ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ ตั้งแต่การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายด้านเอ็ดส์ของประเทศ การจัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับสภาพของปัญหาโรคเอ็ดส์ของประชากรแต่ละกลุ่ม รวมถึงการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์อย่างถูกต้องแล้วเพื่อการติดตามและประเมินผลสำเร็จของโครงการต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัด ลงไปจนถึงหน่วยบริการและระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทั้งในด้านการป้องกันและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ที่มีความครอบคลุมและถูกต้องเชื่อถือได้ ทั้งในด้านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ การเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติอย่างเหมาะสม จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ได้ในทุกระดับ ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์หลักสำคัญที่ประเทศจะต้องลงทุนในการสร้างและพัฒนา ระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ให้มีคุณภาพและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การยุติปัญหาเอ็ดส์ของประเทศไทยในอนาคต

ผลลัพธ์การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ได้มีการกำหนดมาตรการหลักไว้ 3 ข้อดังนี้

มาตรการ 4.1 พัฒนาระบบการรวบรวมและการรายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สำหรับพื้นที่ เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน

มาตรการ 4.2 สร้างระบบการประเมินผล เพื่อให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปพัฒนานโยบายและการดำเนินงานได้จริงและมีประสิทธิภาพ

มาตรการ 4.3 ส่งเสริมการทำวิจัยที่มีลักษณะเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัย เพื่อให้สามารถนำเอาวิธีการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการป้องกัน ดูแล รักษาที่มีประสิทธิภาพมาประกอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ

มาตรการ 4.1 พัฒนาระบบการรวบรวมและการรายงานข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สำหรับพื้นที่ เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน โดยกำหนดเป็นมาตรการย่อย 2 ข้อ ได้แก่

4.1.1 บูรณาการระบบข้อมูลการกำกับติดตาม ระบบการรายงานรวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงและใช้ข้อมูลระหว่างระบบให้มากขึ้น

4.1.2 ทำให้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ มีความพร้อมใช้และเป็นระบบที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ ภายใต้แนวคิด : รู้สถานการณ์ปัญหาเอชไอวี และสถานการณ์การดำเนินงาน (Know Your Epidemic, Know Your Response)

ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ตามมาตรการ 4.1.1 และ 4.1.2

ระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ในช่วงปี 2557 - 2559

1. ระบบข้อมูล National AIDS Program (NAP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย สปสช.
2. ระบบข้อมูลติดตามการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Routine Integrated HIV Information System; RIHIS) โดย สอวพ.
3. ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย โดยสำนักระบาดวิทยา
4. ระบบข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด โปรแกรม Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) โดยกรมอนามัย
5. โปรแกรมติดตามประเมินผลคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของสถานบริการ (HIVQUAL-T)

ในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2559 สามารถแบ่งระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ที่เป็นระบบขนาดใหญ่ ๆ ครอบคลุมระดับประเทศ ได้แก่

1. ระบบข้อมูล National AIDS Program (NAP) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เข้ารับช่วงในการเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการดูแลรักษาและระบบข้อมูลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อจากสอวพ. กรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2549 โดยในส่วนของพัฒนาฐานข้อมูลการให้บริการติดตามรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้น ทาง สปสช. ได้มีการพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลขึ้นใหม่ โดยตั้งชื่อว่า National AIDS Program (NAP) ที่เป็นระบบฐานข้อมูลแบบ ออนไลน์เพื่อใช้แทนระบบฐานข้อมูลเดิมที่ชื่อ The National Access to Antiretroviral Program for PHA (NAPHA) ซึ่งเป็นระบบออฟไลน์ที่ใช้อยู่เดิม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 บูรณาการระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต่าง ๆ ของประเทศเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน อำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของหน่วยงานระดับต่าง ๆ ตั้งแต่หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด เขต และส่วนกลาง เพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบ

ฐานข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัด ตลอดจนสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบข้อมูล NAP กับ ระบบข้อมูลสารสนเทศอื่น ๆ ที่มีการใช้อยู่ในแต่ละหน่วยงานและสถานบริการ

1.2 เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการของศูนย์บริหารจัดการโรคเอดส์ของ สปสช. ได้แก่ การตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละรายว่าอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพประเภทใด บันทึกการให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การให้บริการปรึกษาตรวจเลือดเอดส์โดยสมัครใจ (HIV VCT) สำหรับประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเข้ารับการรักษาในระบบบริการของโรงพยาบาลที่เลือกใช้สิทธิ การเบิกจ่ายยาต้านไวรัสฮัดโนมิติระหว่างสถานบริการกับทางองค์การเภสัชกรรม โดยผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) การขออนุญาตและการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสกรณีที่มีเหตุผลความจำเป็นโดยผ่านการขออนุมัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ บริการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (PMTCT) การประมวลผลข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายชดเชย ค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด และการจ่ายชดเชยค่าภาระงานของหน่วยงานผู้เบิก รวมถึงสามารถตรวจสอบสถานะภาพการมีชีวิต/เสียชีวิตของผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือในสิทธิฯ อื่น ๆ ได้

1.3 เป็นฐานข้อมูลทางคลินิกเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการติดตามลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาลดไขมัน ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ผลการตรวจหาจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี อาการข้างเคียง การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การติดตามประเมินผล รวมถึงการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ ที่ไปเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ตลอดจนนำข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นในแผนยุทธศาสตร์ชาติหรือรายงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ เพื่อนำมาช่วยพัฒนาคุณภาพของระบบการให้บริการของแต่ละสถานบริการ ระดับจังหวัด เขต และระดับประเทศได้

พัฒนาการของโปรแกรม NAP

โปรแกรม NAP เริ่มใช้งานตั้งแต่เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2550 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นโปรแกรม NAP Plus ที่เป็นเวอร์ชันในปัจจุบันในปี พ.ศ. 2555 - 2559 เพื่อให้เป็นโปรแกรมฐานข้อมูลกลางสำหรับการบันทึกข้อมูลการให้บริการ VCT แก่ประชากรที่มารับบริการในสถานบริการ การลงทะเบียนผู้ติดเชื้อรายใหม่ เฉพาะผู้รับบริการที่เป็นคนไทยในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสังคมสำหรับผู้ประกันตน และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยทางคณะกรรมการเอดส์ฯ คาดหวังให้ทุกสถานพยาบาลบันทึกข้อมูลการให้บริการของผู้ป่วยทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพลงในระบบฐานข้อมูล NAP Plus นี้ เพื่อให้สามารถประมวลผลคุณภาพการรักษายาบาล และการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่ครอบคลุมทุกหลักประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถสะท้อนภาพใหญ่ของยุทธศาสตร์เอดส์ของประเทศได้

จากการศึกษาข้อมูลที่มีการวิเคราะห์ภายใต้ฐานข้อมูล NAP Program พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุดในผู้ป่วยที่อยู่ในสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ ผู้ประกันตนภายใต้

หลักประกันสังคม เนื่องจากทางสำนักงานประกันสังคมได้ยกเลิกโปรแกรมลงข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะที่พัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานประกันสังคมไปในช่วงปี พ.ศ. 2555 และให้โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมหันมาใช้ NAP Program เพื่อบันทึกข้อมูลได้โดยตรง โดยสำนักงานประกันสังคมจะดึงข้อมูลจาก NAP Program ไปใช้เพื่อการจ่ายเงินค่าห้องปฏิบัติการและค่ายาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลได้บริการให้แก่ผู้ประกันตนอีกที จึงทำให้ความครอบคลุมของผู้ติดเชื้อฯ ที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคมสูงขึ้นอย่างมาก ส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลที่มีการลงทะเบียนใน NAP Program ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นผู้รับบริการรักษาโรคเอดส์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐในหลายกระทรวง จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ในระบบ ยังมีจำนวนที่น้อยกว่าจำนวนที่เป็นจริงอยู่มากพอสมควร โดยเฉพาะหากผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเลือกรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการลงข้อมูลของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาต้านไวรัสจะไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องไปสู่การเบิกค่ารักษายาต้านไวรัสจากทางกรมบัญชีกลางโดยตรงเหมือนอีก 2 สิทธิที่มีการบังคับไว้ อย่างไรก็ตามถ้าหากว่าโรงพยาบาลเห็นประโยชน์ของการลงข้อมูลของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้สิทธิข้าราชการลงใน NAP Program เพื่อจะใช้ประโยชน์ของข้อมูลผู้ป่วยในการรักษา ติดตามผลการรักษา ก็สามารถจะบันทึกข้อมูลจากผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิได้ ซึ่งมักพบว่ามีการดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสิทธิข้าราชการอาจมีจำนวนค่อนข้างน้อยกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงเป็นจุดอ่อนที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องน่าจะต้องหามาตรการจูงใจให้หน่วยบริการที่มีภาระให้การรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ โดยเฉพาะที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงทะเบียนข้อมูลการใช้บริการของผู้ติดเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการลงในโปรแกรมให้มากขึ้น โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ในการใช้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนของผู้ใช้สิทธิทุกกลุ่มเพื่อการติดตามประเมินผล หรืออีกทางเลือกหนึ่ง ก็คือการเจรจากับกรมบัญชีกลางให้มีการผูกระบบการเบิกจ่ายค่านายหน้ารักษายาต้านไวรัส ค่าห้องปฏิบัติการ ไปกับระบบข้อมูล NAP Program ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการติดตามผู้ป่วยและการติดตามประเมินผลของประเทศ

โดยภาพรวม ฐานข้อมูลภายใต้ NAP Program มีส่วนที่สำคัญหลัก ๆ อยู่ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง คือ การตรวจ VCT ของคนไทยที่มาใช้สิทธิการตรวจฟรีได้ปีละ 2 ครั้งในทุกสิทธิหลักประกันเนื่องจากถือว่าการป้องกัน ซึ่งหน่วยให้บริการต้องลงข้อมูลในโปรแกรมเพื่อตรวจสอบการใช้สิทธิ จึงจะมีสิทธิตรวจฟรีได้ แต่ถ้าเป็นกรณีที่มาขอตรวจเพื่อไปสมัครงานหรือใช้ประโยชน์อื่น ๆ หรือตรวจเกิน 2 ครั้งต่อปีตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือเป็นบุคคลที่ไม่ใช่คนไทย หน่วยบริการจะพิจารณาเรียกเงินค่าตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ขอรับบริการโดยตรง และมักจะไม่มีการลงข้อมูลการใช้บริการ VCT ในโปรแกรม NAP ดังกล่าว ฉะนั้นจำนวนการให้บริการที่บันทึกใน NAP Program อาจจะต่ำกว่าจำนวนครั้งของการให้บริการโดยสถานบริการที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนั้น ข้อมูลดังกล่าวจะบอกได้แต่จำนวนของผู้มาตรวจ แต่ไม่สะท้อนเรื่องของการเข้าถึง (Reach) โดยเฉพาะประชากรหลัก และใน NAP Program ปัจจุบันยังไม่มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับ เพศภาวะ (Gender Identity) ของผู้รับบริการโดยตรง แต่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่บอกว่า เป็นเกย์ สวประเภทสอง หรือ ผู้ขายบริการทางเพศ เป็นต้น จึงอาจทำให้การวิเคราะห์ผู้รับบริการจำแนกตามลักษณะของประชากรหลักทำไม่ได้โดยตรง อาจต้องไปใช้ข้อมูลจากเหตุผล/พฤติกรรมเสี่ยงที่มาขอตรวจเลือดแทน

ส่วนที่สอง คือ การลงทะเบียนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และรับผู้ติดเชื้อฯ เข้าสู่ระบบการรักษา การส่งค่ายาต้าน และการติดตามผลการรักษา ติดตามค่าผลตรวจเลือดหา CD4 และ Viral Load จากห้องปฏิบัติการ รวมไปถึงการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการอื่นหากมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานหรือเปลี่ยนแปลงสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันทางหน่วยบริการแต่ละแห่ง สามารถใช้ NAP Program ในการเรียกดูประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การนัดหมาย การขาดนัด ปัญหาเชื้อดื้อยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้จากฐานข้อมูล NAP โดยตรง แต่จุดอ่อนที่สะท้อนมาจากหน่วยบริการก็คือ ทางโรงพยาบาลแต่ละแห่ง สามารถดูผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่สร้างไว้ภายใต้ NAP Program หากต้องการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างออกไปจะทำได้ เพราะไม่สามารถจะดึงกลุ่มฐานข้อมูลเพื่อไปใช้ประโยชน์อื่นเพื่อการวิเคราะห์เฉพาะเพิ่มเติมหรือเอาไปใช้วิเคราะห์ในโปรแกรม HIVQUAL เพื่อการประเมินคุณภาพของการจัดบริการไม่ได้เหมือนก่อนในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2557 - 2558 นอกจากนี้หน่วยงานระดับ สสจ. และ สคร. ในแต่ละเขต สามารถเรียกดูผลการวิเคราะห์ ประมวลผล ที่เป็นข้อมูลภาพรวมของประเทศระดับจังหวัด ระดับเขตของตนเอง และการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัดของตนเองได้

โดยภาพรวม NAP Program ในระยะปี พ.ศ. 2557 - 2558 ได้มีการพัฒนาดีขึ้น เพิ่มความสะดวกในการใช้งานมากกว่าเดิม พร้อมกับมีตารางการวิเคราะห์ประมวลผลตามตัวชี้วัดขึ้นกำหนดขึ้นโดย สปสช. จำนวน 5 ตัว ตามที่ได้กำหนดตามแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติ ได้แก่

1. ตัวชี้วัดหลัก

ร้อยละของผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสที่สามารถควบคุมปริมาณไวรัสได้ (VL<50 copies/ml) ณ สิ้นเดือนที่ 12 หลังเริ่มยาต้านไวรัส

2. ตัวชี้วัดเพื่อการติดตามอื่น ๆ

2.1 จำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับบริการให้คำปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Recruit-Test)

2.2 ร้อยละของผู้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสที่เป็นรายใหม่และมีระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มรับยาอยู่ในระดับต่ำ ($CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$) (Recruit-Test)

2.3 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตภายในปีแรกหลังเข้าสู่ระบบการรักษา (Recruit-Test-Treat)

2.4 ร้อยละของผู้รับประทานยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามการรักษา (Retain)

จากการกำหนดตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัว และมีการสร้างเมนูที่สามารถเลือกให้โปรแกรมทำการวิเคราะห์ประมวลผลให้ได้ในทุกระดับ จากแต่ละหน่วยบริการ ขึ้นไปจนถึงจังหวัด เขต และประเทศได้ ทำให้สามารถมองเห็นภาพในส่วนของจำนวนการเข้าถึงบริการตรวจ VCT จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ระดับ CD4 เมื่อแรกพบ ระยะเวลาจากการตรวจวินิจฉัยจนถึงการเริ่มยาต้านไวรัส ผลการรักษา จนถึงการเสียชีวิตภายใน 12 เดือนหลังจากการเข้าสู่การรักษา ทำให้ประเทศสามารถนำข้อมูลที่มีระบบการจัดเก็บที่ดีมาประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการรักษาได้ค่อนข้างดี แต่ยังคงขาดข้อมูลที่

สะท้อนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน ที่เน้นการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก (Reach and Recruit) ที่ไม่มีอยู่ใน NAP Program หรือมีแต่ไม่ครอบคลุมมากพอ ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลเฉพาะใหม่ขึ้นมาใหม่ ชื่อ Routinely Integrated HIV Information System (RIHIS) เพื่อจัดเก็บข้อมูลเฉพาะในด้าน Reach and Recruit and Test ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

หากมองในเชิงความครอบคลุมของตัวแปรที่จัดเก็บจำนวนมากภายใน NAP Program โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล มีเลขประชาชน 13 หลัก ที่ถูกแปลงให้กลายเป็น NAP ID เพื่อการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นคนไทย กล่าวได้ว่า สามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของ Cohort ที่ติดตามดูการเปลี่ยนแปลงได้ ดูอัตราการคงอยู่ การสูญหายจากการไม่มาติดตาม ผลการรักษา อัตราการติดเชื้อไวรัสจนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด รวมไปถึงอัตราการเสียชีวิต และหาอัตราการอยู่รอดในแต่ละช่วงเวลาที่ต้องการได้ แต่การวิเคราะห์ตามรายละเอียดที่กล่าวมานี้ จะกระทำได้โดย สปสช. หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีการร้องขอเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้ทางบุคคลผู้รับผิดชอบฐานข้อมูล NAP Program ของทาง สปสช. ทำการวิเคราะห์ให้เป็นครั้งคราวตามการร้องขอของหน่วยงาน ซึ่งอาจต้องใช้เวลานานในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ขอเพิ่มเป็นกรณีพิเศษ

ในขณะที่เดียวกัน ตัวแปรข้อมูลบางอย่าง แม้จะมีให้กรอกบันทึกได้ในระบบ แต่พบว่า การบันทึกยังต่ำมากกว่าความเป็นจริง โดยเฉพาะการกรอกข้อมูลหลายตัวแปรที่ไม่ไปเกี่ยวข้องกับระบบการจ่ายเงินทดแทน หรือโรงพยาบาลมองไม่เห็นประโยชน์ในการกรอก หรือ กรอกแล้วก็ไม่เคยนำมาวิเคราะห์ หรือ ข้อมูลลักษณะเดียวกันได้ไปกรอกในโปรแกรมฐานข้อมูลอื่นแล้ว จึงไม่ต้องการทำงานบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนอีก อาทิเช่น การดูแลแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น การกินยาต้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผลการติดเชื้อของทารกที่คลอดออกมา เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันความครบถ้วนยังต่ำมากในเรื่องกิจกรรม PMTCT ทำให้ต้องไปใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่ทำเฉพาะเรื่อง PMTCT โดยตรง ที่ชื่อว่า PHIMS ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยกรมอนามัยร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) แต่ลักษณะของการจัดทำข้อมูลจะไม่มีข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่เป็นแบบ Aggregated data ของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละช่วงเวลา ที่รวบรวมและส่งต่อผ่านขึ้นมาที่ระดับจังหวัดและต่อไปที่ส่วนกลางคือ กรมอนามัย ซึ่งในระยะยาวน่าจะหาวิธีการพัฒนาความร่วมมือของหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มความครบถ้วน ถูกต้อง ของเรื่อง PMTCT ที่บันทึกภายใต้ NAP ให้สามารถนำข้อมูลภายในโปรแกรมดังกล่าวมาใช้แทนระบบ PHIMS ได้ในอนาคต ซึ่งต้องอาศัยการประสานงานเพื่อหาทางเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันระหว่าง สปสช. กับ ทางกรมอนามัย ต่อไป

2. ระบบข้อมูลติดตามการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (Routine Integrated HIV Information System; RIHIS) (www.hiso.or.th/aidsdatasystem)

ภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2555 - 2557 ได้เน้นการให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (KAPs: Key Affected Population) ซึ่งได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ซึ่งในที่นี้รวมทั้ง เกย์ และสาวประเภทสอง พนักงานบริการ (SW) ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) ผู้ต้องขังในทัณฑสถาน และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ได้มีการ

กำหนดมาตรการให้มีการจัดชุดบริการที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรหลักดังกล่าวโดยเฉพาะ ได้แก่ การให้บริการแบบผสมผสานและบูรณาการ ทั้งบริการเชิงรุกและบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ประชากรหลักผู้สถานะการติดเชื้อฯ ของตนเอง บริการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยสารทดแทนเมธาโดน แต่เนื่องจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมโดยเฉพาะ NAP Program ไม่สามารถบอกถึงความก้าวหน้าของกิจกรรมเชิงรุกและการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันของกลุ่มประชากรหลักดังกล่าวได้ จึงนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมระบบข้อมูลใหม่ที่ชื่อว่า RIHIS เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพิ่มเติมให้สามารถนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ติดตามความก้าวหน้าของงานด้านการป้องกันการติดเชื้อฯ และวัดผลผลิต (Output) เพื่อนำไปสู่การประเมินผลสำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติช่วง พ.ศ. 2557 - 2559 ได้อย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์

ทั้งนี้ ระบบข้อมูล RIHIS ที่เริ่มพัฒนาในช่วงปี พ.ศ. 2557 และมีการนำมาใช้จริง ขยายไปทั่วประเทศ ที่เน้นการทำงานกับกลุ่มประชากรหลักในต้นปี พ.ศ. 2559 ถือเป็นระบบข้อมูลบริการที่มีความพยายามที่จะบูรณาการข้อมูลด้านการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเชื่อมโยงข้อมูลระบบบริการประจำ (Routine) โดยเฉพาะข้อมูลการให้บริการในสถานพยาบาล รวมไปถึงศูนย์บริการ Drop in ที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน/ภาคประชาสังคม ที่ดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกันเชิงรุกลงไปในชุมชนประชากรหลักที่เป็นเป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลวิเคราะห์ถึงผลสำเร็จที่สามารถวัดได้ตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้

จุดเด่นของระบบข้อมูล RIHIS ก็คือ เป็นระบบข้อมูลที่บ้านทักกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยไม่ใช้เลขประชาชน 13 หลักโดยตรงในการบันทึก แต่แปลงเป็นรหัส UIC คือ รหัสประจำตัวผู้รับบริการซึ่งสามารถสร้างขึ้นได้ทั้งที่เป็นประชาชนไทยหรือประชาชนข้ามชาติ ซึ่งระบบข้อมูลสามารถบอกถึงกิจกรรมด้าน Reach-Recruit-Test ของผู้มารับบริการจำแนกตามกลุ่มประชากรหลักในแต่ละสถานบริการที่มีการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวได้ โดยภายใต้ระบบข้อมูล RIHIS จะมีฐานข้อมูลแบ่งเป็น 3 โมดูลหลัก ได้แก่ 1) RIHIS-HCT (Facility) บริการตรวจเลือด HCT และรู้ผล 2) RIHIS-STI (Facility) 3) RIHIS-Outreach บริการป้องกันเชิงรุก ทั้งนี้ระบบข้อมูล RIHIS ในแต่ละโมดูลสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระบบออนไลน์ได้ จำแนกเป็นของแต่ละหน่วยบริการที่นำเข้าข้อมูล เสนอข้อมูลเป็นรายจังหวัด รายเขต และระดับประเทศได้

จุดอ่อนของระบบข้อมูล RIHIS ก็คือ เป็นระบบข้อมูลที่ทำเพิ่มเติมขึ้นมา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงถือว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มเติมขึ้นจากภาระงานอื่น ๆ ที่ทำอยู่แล้วโดยเฉพาะในสถานบริการที่มีการใช้ NAP Program อาจจะรู้สึกว่าเป็นงานซ้ำซ้อนในบางข้อมูลที่ต้องบันทึกทั้ง 2 โปรแกรม ส่วนหน่วยงานที่เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่รับทุนกองทุนโลก สะท้อนว่า เป็นภาระเพิ่มจากงานปกติที่เขาต้องลงข้อมูลตามตัวชี้วัดที่แหล่งทุนกำหนดให้อยู่แล้ว นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกที่หน่วยงานไม่ได้ใช้ประโยชน์โดยตรงจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่กำหนดไว้ในตัวโปรแกรมดังกล่าว ด้วยเหตุนี้จึงเป็นความท้าทายว่า ข้อมูลที่มีการกรอกเข้าไปในฐานข้อมูล RIHIS จะมีความครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา เทียบกับกิจกรรมที่ได้มีการจัดจริงโดยแต่ละหน่วยงานมากน้อยเพียงใด การประเมินความครอบคลุม ครบถ้วน ของข้อมูลที่นำเข้า และความต้องการใช้ประโยชน์ของแต่ละหน่วยงานที่เป็นผู้นำเข้าข้อมูลให้หน่วยงานเห็นประโยชน์จากการนำเข้าข้อมูลหรืออาจเพิ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลที่แต่ละหน่วยมีความต้องการมากกว่าหรือแตกต่างจากส่วนกลาง หรือหาทางลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูลที่ปัจจุบันไปทับซ้อนอยู่ภายใต้ระบบฐานข้อมูลในโปรแกรมอื่น เพื่อช่วยลดภาระการลงข้อมูลซ้ำซ้อน อาจไปสร้างโปรแกรมที่สามารถดึงข้อมูลที่ต้องการจากระบบฐานข้อมูลที่ต้องใช้อยู่แล้ว เพื่อเป็นการลดภาระในการบันทึกข้อมูลและเพิ่มโอกาสการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลใหญ่ที่มีความครบถ้วนมากขึ้น รวมถึงการเชื่อมต่อระหว่างฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน แต่เชื่อมต่อได้ด้วย ID โดยเฉพาะการเชื่อมต่อกับ NAP Program ที่ปัจจุบันใช้ NAP ID ต่างกับโปรแกรม RHES ที่ใช้ UIC และโปรแกรมอื่น ๆ ของหน่วยบริการ โดยเฉพาะที่เป็นของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น บัญชี 43 แพ้ม เป็นต้น

3. ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ พ.ศ. 2532 และพัฒนาอย่างต่อเนื่องยาวนานมาถึงปัจจุบัน มีการบริหารจัดการโดยสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการเฝ้าระวังต่าง ๆ ทั้งด้านระเบียบวิธีการเฝ้าระวัง มาตรฐานการเก็บข้อมูลในการสำรวจ ประเภทและชนิดของข้อมูลที่ดำเนินการเก็บ และกลุ่มประชากรหลัก ที่ทำการเฝ้าระวังอยู่เสมอให้ทันกับสถานการณ์ของปัญหา โดยแบ่งเป็นระบบการติดตามเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสำคัญดังนี้

3.1 การเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต โดยการรายงานจากสถานพยาบาล (Hospital-based case reporting surveillance)

เป็นการเก็บรวบรวม และรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลในทุกจังหวัด ทั่วประเทศที่ได้รับการวินิจฉัยตรงตามเกณฑ์การรายงานโรคว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต เพื่อใช้ติดตามจำนวนและลักษณะทางระบาดวิทยาการติดเชื้อ การดำเนินโรค และผลกระทบต่ออัตราป่วยและอัตราเสียชีวิต (รายงานผ่านบัตรรายงาน 506/1 และ 507/1 และ AIDS OI สำหรับโรคเอดส์) ซึ่งเป็นระบบการรายงานจากหน่วยบริการของภาครัฐเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำมาต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของแต่ละจังหวัด

ข้อสังเกต ในระยะหลัง พบว่า การส่งรายงาน 506/1 และ 507/1 และ AIDS OI สำหรับโรคเอดส์ เข้ามายังส่วนกลาง มีจำนวนและความครบถ้วนลดลงไปอย่างมาก เนื่องจากมีระบบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์ ในระบบ NAP Program หรือ อาจพิจารณาหาทางไปดึงข้อมูลจากระบบข้อมูล 43 แพ้มของสถานบริการได้ จึงอาจจะพิจารณายกเลิกระบบการรายงาน 506/1 และ 507/1 และ AIDS OI และนำข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นมาใช้แทน

3.2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยใช้รายงานข้อมูลตรวจคัดกรองโรคของผู้ที่มารับบริการในสถานพยาบาล (Facility-based sero-surveillance using routine program data)

การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV และ Syphilis โดยใช้ข้อมูลผลตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อ ซึ่งเป็นมาตรฐานบริการทางการแพทย์ของผู้ที่มารับบริการในระบบปกติในสถานพยาบาล กลุ่มประชากรเฝ้า

ระวังได้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ HIV ผู้บริจาคโลหิต ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นที่มารับบริการบำบัดยาเสพติด

ข้อสังเกต พบว่า มีปัญหาคล้าย ๆ กับระบบเฝ้าระวังการรายงานผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ 506/1 และ 507/1 ซึ่งข้อมูลการรายงานที่ได้มักจะต่ำกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ ที่มีอยู่จริง อาจเนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับรายงานในระบบฐานข้อมูลอื่น ได้แก่ NAP Program กับ โปรแกรม PHIMS ของกรมอนามัย ในอนาคตอาจจะพิจารณาในการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่น หรือชุดข้อมูล 43 แฟ้ม ของสถานบริการได้

3.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ พฤติกรรม และการเข้าถึงระบบบริการ จากการสำรวจในชุมชน (Community-based HIV and behavioral surveillance)

เป็นการเฝ้าระวังโดยการสำรวจซ้ำ (Repeated survey) ในกลุ่มประชากรเฉพาะในชุมชน โดยดำเนินงานเฉพาะในพื้นที่เฝ้าระวัง (sentinel provinces) ลักษณะการดำเนินงานประกอบด้วย

3.3.1 การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อและพฤติกรรม (Integrated Behavioral and Biomarker Surveillance-IBBS) มีการสำรวจทุก 2 ปี ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ พนักงานบริการชาย-หญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และแรงงานข้ามชาติ ใน 5-12 จังหวัดเฝ้าระวังแต่ละกลุ่ม

3.3.2 การเฝ้าระวังพฤติกรรม (Behavioral Surveillance System-BSS) เพื่อติดตามพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสำรวจประจำปี ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 5 และอาชีวศึกษา พนักงานสถานประกอบการชาย-หญิง และทหารใหม่กองประจำการ ดำเนินงานใน 20 - 24 จังหวัดเฝ้าระวัง

ข้อสังเกต พบว่า เป็นระบบการเฝ้าระวังโดยใช้วิธีการสำรวจจากกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายโดยตรง ซึ่งแบ่งเป็นประชากรหลักที่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และติดตามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ซึ่งทำติดต่อกันมานานกว่า 20 ปี จนถึงปัจจุบัน เป็นระบบข้อมูลจากการสำรวจที่มีความสำคัญของประเทศ ที่นำมาใช้ประโยชน์ในการคาดประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต และประเมินผลของการดำเนินมาตรการป้องกันปัญหาเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ของประเทศ ถือเป็นระบบข้อมูลระดับชาติที่จำเป็นสำหรับประเทศ ที่ควรได้รับการเน้นให้เห็นความสำคัญ ควรต้องมีหน่วยงานหลักและบุคคลที่รับผิดชอบโดยตรง และให้มีการพัฒนาระบบและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบการสำรวจต่อไปในระยะยาว ทั้งนี้สามารถที่จะปรับเปลี่ยนกลุ่มประชากรเป้าหมายหากมีความจำเป็นตามเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต ลดหรือเพิ่มจำนวนจังหวัดที่ร่วมในการสำรวจแต่ละรอบ ขนาดประชากรตัวอย่างที่มีความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนของการสำรวจ รวมถึงระยะห่างของการสำรวจแต่ละรอบในอนาคต

3.4 การเฝ้าระวังโดยใช้ข้อมูลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HIV - related Laboratory Surveillance) เป็นการเฝ้าระวังที่อาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ หรือการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมประกอบด้วย

3.4.1 ระบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของการติดเชื้อรายใหม่ (LA_g Avidity HIV Incidence) ที่บูรณาการกับ HIV sero - surveillance ในหญิงตั้งครรภ์ และพนักงานบริการหญิงใน 38 จังหวัด

3.4.2 การเฝ้าระวังเชื้อ HIV ตื้อยาต้านไวรัส (ARV resistance) อยู่ระหว่างการปรับแผนการดำเนินงาน

ข้อสังเกต พบว่า ข้อมูลในระบบนี้ ยังอยู่ในระยะของการพัฒนาและทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคาดประมาณการผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย และโดยเฉพาะสถานการณ์การติดยาต้านไวรัสของประเทศไทย ที่ผ่านมายังมีการนำมาใช้ประโยชน์ไม่ชัดเจน เนื่องจากสามารถหาข้อมูลการติดยาต้านไวรัสได้จาก NAP Program มาใช้ประโยชน์ได้โดยตรง ควรพิจารณาการดึงข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่มากกว่าความพยายามสร้างฐานข้อมูลเฉพาะที่อาจซ้ำซ้อนและเป็นภาระเพิ่มให้แก่หน่วยบริการ

4. ระบบข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด โปรแกรม Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS)

ซึ่งพัฒนาโดยกรมอนามัยร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุขเพื่อใช้ติดตามสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด ที่เรียกว่าโปรแกรม PHIMS ซึ่งเป็นระบบการเก็บข้อมูลแบบกลุ่ม ที่กรอกข้อมูลในระบบการรายงานโดยแต่ละหน่วยบริการ จัดส่งเป็นรายเดือนขึ้นมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่งต่อมายังกรมอนามัย เป็นระบบแรก ๆ ที่ทำติดต่อกันมาตั้งแต่สมัยที่ยังไม่มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีอื่น ๆ ข้อมูลที่รวบรวมมาจากระบบนี้ นำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลการจัดบริการและการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดจนถึงปัจจุบัน

ข้อสังเกต สำหรับในอนาคต หากสามารถเพิ่มความครอบคลุมของการลงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ การเข้าถึงยาต้าน และการติดตามผลการติดเชื้อในทารก ในระบบ NAP Program ที่ดูแลโดย สปสช. ให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย หรือ การไปวิเคราะห์จากระบบข้อมูล 43 แฟ้มที่กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ก็น่าจะพิจารณาการปรับเปลี่ยนหรืออาจยกเลิกโปรแกรม PHIMS ได้ในอนาคต แต่ทั้งนี้ต้องมีระบบข้อมูลที่เชื่อถือได้มาทดแทนก่อนการยกเลิก

5. โปรแกรมติดตามประเมินผลคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของสถานบริการ (HIVQUAL-T)

โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลคุณภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ของสถานบริการ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดหลัก ๆ ที่ใช้ในการติดตามและประเมินคุณภาพของการจัดบริการได้ ในระยะเริ่มแรกนั้น หน่วยบริการแต่ละแห่งจะทำการสุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อฯ จำนวนหนึ่งในช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนในช่วงท้ายปี แล้วนำไปค้นหาทะเบียนประวัติของผู้ป่วยมารอกลงในโปรแกรมเพื่อการวิเคราะห์ ต่อมาได้มีการพัฒนาโปรแกรมเชื่อมต่อที่ผู้ใช้งานสามารถดึงข้อมูลบางส่วนจากโปรแกรม NAP เข้ามาสู่โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อนำไปใช้งานต่อไป เป็นการช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อนในการป้อนข้อมูล และทำให้การประเมินคุณภาพบริการของหน่วยงานคลินิกยาต้านไวรัส ของแต่ละโรงพยาบาลทำได้โดยง่าย ซึ่งผลการประมวลผลข้อมูลคุณภาพบริการนี้ สามารถดูได้ทั้งของแต่ละสถานบริการและเปรียบเทียบผลการดำเนินระหว่างสถานบริการภายในแต่ละจังหวัดและของเขตหรือประเทศได้

ข้อสังเกต ปัจจุบันการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HIVQUAL-T เริ่มลดลง มีการทำต่อเนื่องเฉพาะบางโรงพยาบาล หรือเฉพาะบางจังหวัดเท่านั้น เนื่องจากการดึงข้อมูลออกมาจาก NAP Program ของแต่ละโรงพยาบาลเข้าไปสู่โปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อทำการวิเคราะห์ประมวลผล ไม่สามารถทำได้อีกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนนโยบายของทาง สปสช. ที่ไม่สามารถดึงฐานข้อมูลออกมาเป็นกลุ่มออกมาใช้ประโยชน์ในแต่ละสถานบริการได้อีกต่อไป หากโรงพยาบาลแต่ละแห่งยังต้องการใช้โปรแกรม HIVQUAL-T ต่อ ก็ต้องนำเข้าข้อมูลเองใหม่หรือบางแห่งอาจเลือกใช้วิธีดึงข้อมูลออกมาจากโปรแกรม HOS-XP ที่แต่ละโรงพยาบาลมีระบบแตกต่างกันออกไป จึงเป็นจุดอ่อนที่ไม่ได้ดำเนินการพัฒนาการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม HIVQUAL-T ตามที่ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติ ภายใต้มาตรการ 4.1

มาตรการ 4.2 สร้างระบบการประเมินผล เพื่อให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอที่จะนำไปใช้นโยบาย และการดำเนินงานได้จริงและมีประสิทธิภาพ

มาตรการในข้อนี้ เน้นการสร้างระบบการประเมินผลและการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย การวิเคราะห์ความคุ้มค่าและต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งระบุว่ารับผิดชอบดำเนินการโดย IHPP และทาง ศบ.จอ. มีการกำหนดตัวชี้วัดไว้ 2 ตัว ได้แก่

SO4.1 จำนวนพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดที่จัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในพื้นที่ ในปีที่ผ่านมา

SO4.2 สัดส่วนของงบประมาณที่จัดสรรสำหรับการดำเนินงานในทิศทางยุทธศาสตร์นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง โดยมีการแบ่งย่อยเป็น 1) จำนวนงบประมาณป้องกันทั้งหมด (ล้านบาท) 2) สัดส่วนที่ใช้สำหรับป้องกันในประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก 3) สัดส่วนที่ใช้สำหรับพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

ข้อสังเกต ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ SO4.1 (ตารางที่ 22) เป็นการกำหนดจำนวนจังหวัดที่เข้าร่วมในการพัฒนาการใช้ระบบข้อมูลตามโครงการกองทุนโลก โดยมีการใช้โปรแกรม RIHIS ในพื้นที่ดังกล่าวตามแผนที่กำหนดไว้ในช่วง พ.ศ. 2557 - 2558 ส่วนตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถขยายจำนวนจังหวัดได้ครบตามเป้าหมาย ส่วน SO4.2 เป็นการตั้งเป้าหมายงบประมาณการลงทุน (ตารางที่ 22) แต่เมื่อปฏิบัติจริง ไม่สามารถผลักดันการสนับสนุนงบประมาณด้านการป้องกันได้ ทั้งในส่วนของจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันตามแผนและสัดส่วนในการใช้งบประมาณสำหรับการป้องกันในประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักและการลงทุนเพื่อพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากขาดความชัดเจนทางนโยบายในด้านการป้องกันหรือความชัดเจนที่ต้องการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์หรืออาจเป็นปัญหาของการรวบรวมข้อมูลผ่าน National AIDS Spending Assessment (NASA) ที่อาจจะได้ตัวเลขงบประมาณที่มีการใช้จริงในด้านการป้องกันและการลงทุนพัฒนาระบบข้อมูลที่ไต่กล่าวไปแล้วในมาตรการข้อ 4.1 ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด

ตารางที่ 22 SO4.1 การใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี
 กำกับติดตามการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัดและท้องถิ่น และ SO4.2 เป้าหมาย
 งบประมาณการลงทุน ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO4.1 จำนวนพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดที่จัดทำ แผนปฏิบัติการโดยใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ใน พื้นที่ ในปีที่ผ่านมา	8	15	25	33	สสจ.
ผล		12	24	38	
SO4.2 สัดส่วนของงบประมาณที่จัดสรรสำหรับ การดำเนินงานในทิศทางยุทธศาสตร์นวัตกรรม และการเปลี่ยนแปลง					
- จำนวนงบประมาณป้องกันทั้งหมด (ล้านบาท)	1,334	2,190	2,262	2,357	NASA
ผล		1,506	1,516	1,424	
- สัดส่วนที่ใช้สำหรับป้องกันในประชากร กลุ่มเป้าหมายหลัก	13.0	15.0	22.0	25.0	NASA
ผล		11.1	9.4	6.7	
- สัดส่วนที่ใช้สำหรับพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์	0.9	4.2	4.4	4.8	NASA
ผล		1.5	1.1	0.6	

มาตรการ 4.3 ส่งเสริมการทำวิจัยที่มีลักษณะเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัย เพื่อให้สามารถนำเอา
 วิธีการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการป้องกัน ดูแล รักษาที่มีประสิทธิภาพมาประกอบในการจัดทำ
 แผนปฏิบัติการ

มาตรการในข้อนี้ กำหนดให้มีการส่งเสริมการศึกษาวิจัยที่เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงการ
 นำเอาความรู้หรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ได้ผ่านการวิจัยในด้านการป้องกันและการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาใช้โดย
 พัฒนาระบบบริการที่มีอยู่เดิม ให้สามารถนำเอาวิธีการหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ประโยชน์ได้ และไม่ได้มี
 การกำหนดตัวชี้วัดหลักให้สำหรับมาตรการข้อนี้

ข้อสังเกต มาตรการข้อนี้ น่าจะไปอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ที่เป็นการพัฒนายกระดับคุณภาพ
 มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นบูรณาการ มากกว่าที่จะอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 การพัฒนาระบบ
 ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ฯ โดยตรง เพราะต้องอาศัยหน่วยงานอื่นที่มีความเกี่ยวข้องข้องโดยตรงกับการจัดระบบ
 บริการป้องกันและการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เช่น สอวพ. เนื่องจากต้องมีการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์ถึงความ
 คุ้มค่าในการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ อาทิเช่น การเริ่มกินยาต้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงระดับของเม็ดเลือด
 ขาว CD4 หรือ การให้ยาต้านไวรัสฯ กินก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น

2.2 ทิศทางยุทธศาสตร์ที่ 2 การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบัน มีคุณภาพ เข้มข้น และมีความยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยกระดับคุณภาพ มาตรการและแผนงานที่มีอยู่เดิมให้เข้มข้นบูรณาการ โดยแบ่งเป็น 8 กลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด
- 2) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กและเยาวชน
- 3) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ
- 4) การบริการโลหิตปลอดภัย
- 5) การรักษาการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ
- 6) การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- 7) การลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ

5.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด

ผลการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดของประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จเป็นอย่างดีในช่วงการดำเนินตามแผนยุทธศาสตร์นี้ทั้งในระดับตัวชี้วัดเป้าประสงค์ในหญิงรับบริการฝากครรภ์ และเด็กที่คลอดจากมารดาที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ถึงแม่ข้อมูลจะไม่ครบถ้วน เนื่องจากข้อมูล NAP ที่เก็บโดย สปสช. ยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านทำให้ผลการวิเคราะห์ใน พ.ศ. 2559 ยังไม่สามารถสรุปได้ แต่จากข้อมูลใน พ.ศ. 2557 และ 2558 ก็แสดงถึงแนวโน้มของผลการปฏิบัติงานที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะสามารถทำให้อัตราการติดเชื้อในเด็กต่ำกว่าร้อยละ 2 ได้ค่อนข้างแน่นอน

ในวันที่ 8 มิ.ย. พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก โดยไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชีย แปซิฟิก และเป็นประเทศที่ 2 ของโลก ที่สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 2 ได้เป็นผลสำเร็จ (Lolekha R, Boonsuk S, Pliapat T, et al. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV – Thailand. MMWR 65(22): 562-566; June 10, 2016)

การให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (PMTCT) ในประเทศไทยมีความครอบคลุม และมีคุณภาพ หญิงไทยที่ตั้งครรภ์เกือบทุกคนมาเข้ารับบริการฝากครรภ์ในสถานพยาบาลและเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.7) ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 95 ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (ตารางที่ 23) และลูกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เกือบทั้งหมดได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 99.5) การคาดประมาณอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2555 เหลือ ร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2556 และลดลงเหลือร้อยละ 2.13, 1.91 และ 1.90 ในช่วงแผนยุทธศาสตร์นี้ใน พ.ศ. 2557, 2558 และ พ.ศ. 2559 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่าวิตก คือ ข้อมูลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในกลุ่มประชากรหญิงข้ามชาติในไทย พบว่า ร้อยละ 93.7 มารับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 98.9 ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 71.5 รับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ลูก ส่วนลูกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 97.8 รับประทานยาต้านไวรัส การคาดประมาณอัตราการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มนี้ เท่ากับร้อยละ 4.8

ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์

ตารางที่ 23 SO5.1 การเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเมื่อแรกเกิดกับคนไทย และประชากรข้ามชาติ
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

SO5.1.1 การเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเมื่อแรกเกิดกับคนไทย และประชากรข้ามชาติ ที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทยเพิ่มขึ้น					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO5.1.1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งคนไทยและประชากรข้ามชาติรับประทานยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการติดเชื้อฯ เมื่อแรกเกิด					
SO5.1.1.1a คนไทย	93.8	95.5	97.0	98.8	PHIMS
ผล		95.7	95.1	NA	
SO5.1.1.1b ประชากรข้ามชาติ	n/a	TBD	TBD	TBD	PHIMS
SO5.1.1.2 ร้อยละของทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ภายใน 2 เดือน หลังคลอด	77.2	80.0	85.0	90.0	NAP+
ผล		76.1	92.8	NA	
SO5.1.1.3 ร้อยละของหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่คู่ได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีใน 12 เดือนที่ผ่านมา	32.3	40.0	50.0	60.0	PHIMS
ผล		41.1	43.0	NA	

NA: Not Available

ความสำเร็จ ปัจจัยหนุนเสริม

จากการคาดประมาณจำนวนโดยแบบจำลอง AEM จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี ลดลงเหลือประมาณ 80 รายใน พ.ศ. 2558 ลดลงจากการคาดประมาณสูงสุด 1,378 คน ใน พ.ศ. 2543 (ลดลงร้อยละ 94.2)

การที่ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2558 น่าจะเป็นผลจากการที่ประเทศมีระบบบริการสาธารณสุขที่เข้มแข็ง รวมทั้งงานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถเข้าถึงหญิงตั้งครรภ์และทำให้อัตราการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ที่สูง อีกทั้งยังได้รับประโยชน์จากนโยบายการฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ โดยฝากครรภ์เป็นคู่ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ช่วยลดปัญหาการไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า นอกจากนี้ระบบที่ได้ปฏิบัติมาต่อเนื่องยาวนานทำให้การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมีความครอบคลุมและครบถ้วน หญิงตั้งครรภ์ที่พบว่าติดเชื้อก็ได้รับประโยชน์จากนโยบายการให้การรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยยาต้านไวรัส รวมทั้งการให้นมผสมในเด็กทารกที่มารดาติดเชื้อและการให้ยาต้านไวรัสในเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ ที่ครอบคลุมโดยสิทธิการรักษาพยาบาลของหลักประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนได้แก่กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสิทธิข้าราชการเป็นการเพิ่มความครอบคลุมและเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการรักษา อีกทั้งระบบการประเมินผลที่ทำมาต่อเนื่องยาวนานเป็นระบบ สามารถแสดงถึงประสิทธิผลของโครงการได้เป็นอย่างดี

ประเด็นท้าทาย

ในด้านการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด การดำเนินงานบางส่วนควรได้รับการปรับปรุงเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน อาทิเช่น การเพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการปรึกษาแบบคู่ (ในปี พ.ศ. 2558 อยู่ที่ ร้อยละ 43) การเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธี DNA PCR ในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ และเพิ่มความครอบคลุมของทารกที่ติดเชื้อฯ ให้ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในขวบปีแรก รวมทั้งเพิ่มความครอบคลุมของการเข้ารับบริการการลดการติดเชื้อเมื่อแรกเกิด สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อฯ

พบว่ามีความแตกต่างของข้อมูลระหว่างระบบ PHIMS ซึ่งใช้ในการประเมินผลระบบมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 และมีการปรับปรุงมาเป็นระยะปัจจุบันเป็นระบบออนไลน์เป็นข้อมูลผลรวมที่สถานพยาบาลรายงานเดือนละครั้ง และระบบ National AIDS Program (NAP) เก็บข้อมูลและรายงานโดย สปสช. เป็นระบบออนไลน์ ทั่วประเทศและประมวลผลได้ทันที ทั้งสองระบบมีจุดแข็งและจุดอ่อนและไม่ครบถ้วนแตกต่างกัน ในอนาคตระบบทั้งสองอาจสามารถตกลงให้เป็นฐานข้อมูลเดียว ที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ทั้งด้านการดูแลรักษา และด้านการป้องกัน รวมทั้งรายงานข้อมูลทั้งด้านแม่และลูกในฐานข้อมูลเดียว

5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้กำหนดมาตรการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน ไว้ 4 ประเด็นได้แก่ 1) การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียนโดยมีการดำเนินการประกันและรับรองคุณภาพโรงเรียนที่สามารถดำเนินการได้มาตรฐาน 2) จัดระบบบริการผสมผสานที่เป็นมิตรแก่เยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาให้มีมาตรฐาน โดยบูรณาการทั้งเรื่องอนามัยการ

เจริญพันธุ์ อนามัยวัยรุ่น สุขภาวะทางเพศ เอ็ดส์ โดยการมีส่วนร่วมของเยาวชนในแนวทางของการสร้างความเข้มแข็งให้กับเยาวชน 3) บูรณาการให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานเยาวชน และ 4) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยสำหรับการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์

แม้ว่าจะมีมาตรการที่ชัดเจนในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี ในเยาวชน แต่โดยภาพรวมแล้ว สถานการณ์ปัญหาเอชไอวีและปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนยังน่าเป็นห่วงอยู่ โดยจะเห็นได้จากตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ SO5.2.1 - SO5.2.3 ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 SO5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555 และ เป้าหมาย ปี 2557 - 2559

5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน					
การเฝ้าระวังด้านพฤติกรรม การติดเชื้อเอชไอวี	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO5.2.1 โรงเรียนจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ได้ตามมาตรฐานและข้อกำหนด					
SO5.2.1 ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทาง เพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และ ไม่เห็นด้วยกับความ เชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี	33.8	42.0	50.0	60.0	BSS
ผล					
- นักเรียนมัธยม ชาย / หญิง		22.6 / 23.7	26.8 / 27.8	26.9 / 25.7	
- นักเรียนอาชีวศึกษา ชาย / หญิง		21.1 / 22.8	22.7 / 25.1	22.4 / 21.9	
- ทหารกองประจำการ		33.58	34.8	36.8	
SO5.2.2 มีบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่จำเป็นและตอบสนองต่อความต้องการ ของกลุ่มเยาวชน					
SO5.2.2 ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่ตรวจและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	5.2* (นร. 2012)	7.0	8.0	10.0	BSS
ผล					
- นักเรียนมัธยม ชาย / หญิง				4.3 / 2.2	
- นักเรียนอาชีวศึกษา ชาย / หญิง				11.8 / 10.8	
- ทหารกองประจำการ			17.9	20.2	
SO5.2.3 เยาวชนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย					
SO5.2.3.1 ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	52.8	60.0	70.0	75.0	BSS

5.2 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชน					
การเฝ้าระวังด้านพฤติกรรม การติดเชื้อเอชไอวี	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
ผล - นักเรียนมัธยม ชาย / หญิง - นักเรียนอาชีวศึกษา ชาย / หญิง - ทหารกองประจำการ		68.5 / 54.6 64.7 / 52.0	76.2 / 70.6 62.8 / 52.8	74.0 / 68.5 74.1 / 64.0 45.5	
SO5.2.3.2 ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่มีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนใน 12 เดือนที่ ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ผล - นักเรียนมัธยม ชาย / หญิง - นักเรียนอาชีวศึกษา ชาย / หญิง - ทหารกองประจำการ	55.1	60	65	70 NA NA NA	BSS

NA: Not Available

การเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) ของสำนักระบาดวิทยา รายงานผลปี พ.ศ. 2557 - 2559 ในประชากรเยาวชน 3 กลุ่ม (ตารางที่ 24) พบว่า ความรู้เรื่องเอชไอวีในภาพรวมของเยาวชนยังไม่ได้ดีขึ้นเท่าที่ควร และผลลัพธ์ค่อนข้างห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ปี

การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนมีจำนวนมากขึ้น แต่ความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันของเยาวชนในระบบการศึกษา และทหารเกณฑ์ไม่ได้มีแนวโน้มที่น่าพอใจ ข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของนักเรียนมัธยมศึกษาในปี 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะที่กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษายังต่ำกว่าเป้าหมาย แต่พอมาในปี 2559 การรายงานการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาดูจะมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยดีขึ้นกว่าปี 2558 ในขณะที่กลุ่มนักเรียนมัศึกษามีการแนวโน้มการใช้ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2558

ผลการประเมินโครงการ ACHIEVED ที่สนับสนุนโดยกองทุนโลก ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2557 ก็พบว่ามึนักเรียนเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่ใช้ถุงยาง

อนามัยเป็นประจำ ส่วนเยาวชนที่ทำงานในชุมชนที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ ร้อยละ 41.7 และเยาวชนในโรงงานร้อยละ 25 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มประชากรกลุ่มนี้ยังมีความน่าเป็นห่วงเรื่องการป้องกันความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

ข้อมูลของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมนั้นยังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น กลุ่มประชากรที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 15 - 24 ปี รองลงมาเป็นช่วงอายุ 25 - 34 ปี อัตราการป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน ซิฟิลิส ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยซิฟิลิส เพิ่มขึ้นจาก 5.72 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 9.98 และ 11.46 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 ตามลำดับ หนองใน เพิ่มขึ้นจากอัตรา 37.34 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2556 เป็น 44.22 และ 51.84 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2559 ตามลำดับ

ส่วนการตรวจเลือดและรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา รายงาน BSS ในกลุ่มทหารกองประจำการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2559 ส่วนในกลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษามีผลลัพธ์ดีเมื่อเทียบกับเป้าหมาย (ร้อยละ 10) คือร้อยละ 11.8 ในชายและ 10.8 ในหญิง แต่ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษายังคงค่อนข้างต่ำมาก ซึ่งอาจมาจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอ และการให้ความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องโรคเอดส์

ข้อมูลสนับสนุนล่าสุด คือการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2559 (Multiple Indicators Cluster Survey-MICS) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับยูนิเซฟ ประเทศไทย รายงานว่า ร้อยละของผู้มีอายุ 15 - 24 ปี ที่ระบุนโยบายป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ (ได้แก่วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือ มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อและซื้อส้วมเพียงคนเดียวเท่านั้น และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์) และ สามารถระบุข้อที่มักเข้าใจผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง (ได้แก่ประเด็นที่เยาวชนส่วนใหญ่เข้าใจผิด ๆ คือเรื่องติดเชื้อเนื่องจากถูกยุงกัด และการรับประทานอาหารร่วมกับคนเป็นเอดส์) ในผู้หญิงและผู้ชายมีเพียงร้อยละ 48.8 และ 49.0 ตามลำดับ เป็นผลที่ไม่แตกต่างจากการสำรวจโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ในการประเมินโครงการ ACHIEVED ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกเมื่อปี พ.ศ. 2556

ผลการดำเนินงาน

- การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ในโรงเรียน โดยมีการดำเนินการประกันและรับรองคุณภาพโรงเรียนที่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐาน

ปัจจุบันการจัดการเรียนรู้เพศศึกษามีนโยบายระดับชาติกำหนดไว้ชัดเจนหลาย ๆ นโยบาย อาทิ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 (สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการ

ตั้งครุภณในวัยร่น พ.ศ. 2558 - 2567 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครุภณในวัยร่น พ.ศ. 2559 ซึ่งทั้งหมด จะมีการระบุให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครุภณในวัยร่น โดยการ จัดให้มีการเรียนการสอนเพศศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัย

กระทรวงศึกษาธิการในฐานะเจ้าภาพหลัก ได้ดำเนินนโยบาย กำหนดให้การสอนเพศวิถีศึกษา เป็นวิชาเรียนแยกต่างหากในสถานศึกษาอาชีวศึกษา และในสายสามัญศึกษา บรรจุหัวข้อการสอนเพศศึกษา เป็นหลักสูตรเกี่ยวกับการสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 จนถึงปัจจุบัน มีการ พัฒนาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษามาโดยตลอด จนกระทั่งล่าสุด ปี 2557 กระทรวงศึกษาธิการ โดย สพฐ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายมีการสร้างคู่มือการพัฒนาเพศวิถีศึกษา โดยระบุเนื้อหาที่ ชัดเจนในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับช่วงวัย รวมทั้งมีวิธีการจัดการเรียนการสอนและวิธีการ ประเมินอีกด้วย อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาแล้ว แต่การดำเนินงานยังขาดกลไกการ กระตุ้นและการกำกับติดตาม ประเมินผล รวมถึงการดำเนินการมาตรการที่จะผลักดันให้มีเรื่องการรับรองและ ประกันคุณภาพโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ยังไม่เกิดขึ้น จำนวน สถานศึกษาที่ได้มีการจัดการเรียนการสอนยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั้งหมด จากการวิจัยทบทวนการสอน เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาของไทย โดยศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2559 ระบุข้อค้นพบว่า การดำเนินการยังมีปัญหาและอุปสรรคในหลายเรื่อง อาทิ เนื้อหาการสอน รูปแบบการจัดการเรียนรู้ เวลาในการสอน ศักยภาพของครูผู้สอน ทักษะคติของครูและ ผู้บริหาร การสนับสนุนทางวิชาการ งบประมาณ การกำกับ ติดตามและประเมินผล

ในปี พ.ศ. 2557 รายงานการประเมินโครงการ ACHIEVED ที่สนับสนุนจากกองทุนโลก ระบุการ จัดการเรียนรู้เพศศึกษาดำเนินการใน 43 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก และอีก 34 จังหวัดได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. พ.ศ. 2556 - 2558 หลังจากงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จากกองทุนโลกในงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชนชั้นกลาง ก็ยังพบร่องรอยการดำเนินการขับเคลื่อนการ จัดการเรียนรู้เพศศึกษาต่อเนื่องในหลายจังหวัด และในขณะเดียวกัน มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครุภณในวัยร่นในกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และมีการบูรณาการงานสุขภาพและอนามัยการ เจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องไปด้วยกันรวมทั้งเอชไอวี นอกจากนี้ ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2561 สสส. ยังมี งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานใน 20 จังหวัดในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครุภณในวัยร่น โดยมี 2 ภารกิจหลักใน 9 ภารกิจ เป็นเรื่องการพัฒนากลไกการจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและเพศวิถีศึกษารอบ ด้าน และการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยร่นรวมอยู่ด้วย

ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า แม้ที่ผ่านมา การดำเนินงานเรื่องการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาแก่เยาวชนเป็น หัวใจสำคัญในนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และด้านโรคเอดส์ แต่ ความสำเร็จเป็นรูปธรรมในการขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และมีมาตรฐานด้านการจัดการเรียนรู้ใน โรงเรียน ยังไปได้ค่อนข้างช้า รวมถึงเป้าหมายในการมีการรับรองคุณภาพโรงเรียนในเรื่องนี้ก็ยังไม่มีความ คืบหน้าเท่าที่ควร

- **การจัดบริการผสมผสานที่เป็นมิตรแก่เยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษาให้มีมาตรฐาน**

ความก้าวหน้าในการวางระบบพัฒนามาตรฐานบริการที่เป็นมิตรมีอย่างต่อเนื่อง โดยกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัยได้กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลในสังกัดจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามแนวทางมาตรฐานบริการ โดยตั้งเป้าให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในสังกัดภายในปี 2560 ในปี พ.ศ. 2557 กรมอนามัยร่วมกับกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค ดำเนินการพัฒนา “มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง” มีการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชนต่อเนื่อง เพื่อขยายความครอบคลุมพื้นที่ให้มากขึ้น โดยปีงบประมาณ 2556 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (YFHS) รวม 216 แห่ง หรือ 25.87% ปีงบประมาณ 2557 เป็น 408 แห่งหรือ 47.89% และปีงบประมาณ 2558 เป็น 584 แห่ง หรือ 68.55% ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 เป็น 640 แห่งหรือ 75.12%

นอกจากนี้ กรมอนามัยยังมีการดำเนินงานเรื่องอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และมีการประเมินมาตรฐานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ โดยอำเภออนามัยเจริญพันธุ์มี 4 องค์ประกอบคือ 1) โรงพยาบาล มีการจัดบริการที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน, 2) สถานศึกษา มีการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านและระบบช่วยเหลือนักเรียน, 3) ครอบครัวและชุมชน ได้รับการอบรมความรู้เรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และ 4) อปท. สนับสนุนและบรรจุแผนเข้าไปในแผนพัฒนาตำบล โดยปีงบประมาณ 2557 มีอำเภอผ่านเกณฑ์รวม 278 แห่ง หรือ 31.66% ปีงบประมาณ 2558 เป็น 508 แห่ง หรือ 57.86% ปีงบประมาณ 2559 มี 574 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์หรือ 65.38% หากอำเภออนามัยเจริญพันธุ์มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบอย่างครอบคลุมพื้นที่ได้จริง ก็จะเป็นกลไกการจัดบริการป้องกันแก่เยาวชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่กรมควบคุมโรค ได้มีการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนมาอย่างเข้มข้นภายใต้โครงการกองทุนโลกมาตั้งแต่ปี 2551 จนถึงสิ้นสุดโครงการรอบ ACHIEVED ในปี 2557 ในช่วงโครงการ ด้านเอ็ดส์รอบ ACHIEVED มีพัฒนาการด้านการบูรณาการงานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในงานด้านเอ็ดส์เรื่อง VCT และ STIs (Sexually transmitted infections) ของกรมควบคุมโรค กับงานบริการที่เป็นมิตรด้านอนามัยวัยรุ่นของกรมอนามัย ในระดับหน่วยบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และมีการพัฒนามาตรฐานการประเมินคุณภาพบริการด้วยกัน ผลความสำเร็จในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคครั้งนั้น ทำให้โครงการการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน กรมควบคุมโรค ได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards) ประจำปี พ.ศ. 2557 ประเภทรางวัลบูรณาการการบริการที่เป็นเลิศ

ภายหลังจากโครงการกองทุนโลกรอบ new funding model อาจมีผลให้การพัฒนากการจัดบริการที่เป็นมิตรในเรื่องเอชไอวี VCT และ STIs แก่ประชากรกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษา ลดความเข้มข้นลงไป เนื่องจากโครงการรอบใหม่นี้เน้นกลุ่มประชากรหลัก ประกอบกับยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติฉบับนี้ไม่ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการงานเยาวชนเหมือนแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ทำให้ขาดการแปลงมาตรการไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และขาดงบประมาณที่เพียงพอในการทำงานกับเยาวชนทั้งเชิงรุกและตั้งรับ รวมถึงขาดการประชาสัมพันธ์แก่เยาวชนให้เข้าถึงบริการที่เป็นมิตรที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การดำเนินงานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนหลังโครงการกองทุนโลกรอบ ACHIEVED สิ้นสุด มีการดำเนินงานบูรณาการไปตามระบบปกติ และในระดับโครงการพิเศษ เช่นการสนับสนุนจาก สสส. ภายใต้โครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ จากองค์กรต่างประเทศ ในรูปแบบ การจัดบริการในลักษณะสายด่วน 1663, รูปแบบบริการออนไลน์ในโครงการไลฟ์แคร์ของมูลนิธิแพชทูเฮลท์ เพื่อจัดบริการให้การปรึกษา การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ฯลฯ แต่ความเข้มข้นในการทำงานเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบลดน้อยลงไปมาก

ความท้าทายในการจัดระบบตรวจรักษา STIs สำหรับเยาวชน พบว่าเยาวชนยังมีความไม่สะดวกในเรื่องหน่วยบริการที่เป็นมิตร และคลินิก STIs ในบางสถานบริการไม่ได้ตั้งอยู่จุดเดียวกัน เข้าถึงยากและไม่สามารถจัดบริการตามเวลาที่กลุ่มเป้าหมายต้องการ เกือบทุกโรงพยาบาลยังขาดบุคลากรที่สามารถตรวจตามแนวการตรวจ 3 ช่องทางให้กับเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (รายงานการประเมินผลโครงการ ACHIEVED, 2557) สอวพ. ได้ประเมินสรุปประเด็นท้าทายที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดบริการตรวจรักษา STIs ได้แก่เรื่องไม่มีระบบการค้นหาและกลยุทธ์เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขาดการออกแบบการจัดบริการเร่งด่วนให้เยาวชนกลุ่มเฉพาะ รวมถึงไม่มีระบบการกำหนดบริการที่จำเป็นด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และขาดคลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของประเทศเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง, อ่างโนสโลด์นำเสนอ แผนงานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, วันที่ 22 ธ.ค. 2558)

ถึงแม้ว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา คช.ปอ. เห็นชอบต่อนโยบายแนวปฏิบัติของแพทย์ในการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี โดยเยาวชนสามารถเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อได้โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งช่วยเปิดโอกาสให้เยาวชนต่ำกว่า 18 ปีได้เข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาได้มากขึ้น แต่ผลการดำเนินการเพื่อกระตุ้นให้เยาวชนที่มีความเสี่ยงเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังตัวชี้วัดผลลัพธ์ในตารางที่ 24 และข้อมูลสนับสนุนจากรายงานการศึกษาหนึ่งระบุว่า เยาวชนหญิงอายุระหว่าง 15 - 24 ปีร้อยละ 78 ทราบว่าจะเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ที่ใด แต่ในจำนวนดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 29 ที่เข้ารับการตรวจหาเชื้อ (โครงการร่วมด้านเอชไอวี/เอดส์ของ UNAIDS ค่าประมาณการเกี่ยวกับไวรัสเอชไอวี 2556) รายงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งดำเนินการโดยยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2558 ระบุว่าแม้จำนวนสถานพยาบาลที่เป็นมิตรกับเยาวชนมีเพิ่มมากขึ้น แต่ก็การกระจายตัวของสถานพยาบาลเหล่านี้กระจุกอยู่แต่ในเขตเมือง ทำให้การจัดบริการทั้งด้านการให้การปรึกษาและการบริการสุขภาพ ยังเข้าไม่ถึงกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่อยู่ห่างไกลที่มีความต้องการ

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ

- ทิศทางและนโยบายประเทศหลายนโยบาย ได้กำหนดเรื่องการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งเอื้อต่อการขับเคลื่อนและผลักดันงานเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชน อาทิ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.

2557 - 2559 ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2558 - 2567 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นต้น

- การรณรงค์และขับเคลื่อนเรื่องเพศศึกษาสำหรับเยาวชนในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะช่วงการสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่องในงานเยาวชนจากกองทุนโลก ผ่านหน่วยงานภาคีและองค์กรในระดับปฏิบัติการในพื้นที่และสถานศึกษาทั่วประเทศ ช่วยให้เกิดเครือข่ายคนทำงานที่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ในวงกว้าง เอื้อต่อการผลักดันให้มีการสอนเพศวิถีศึกษาในระดับพื้นที่และระดับสถานศึกษา รวมถึงการสนับสนุนจากชุมชนในการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษารอบด้าน

- การจัดการความร่วมมือการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเยาวชน ได้แก่ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับและการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความชัดเจนในการวางระบบและการพัฒนาหน่วยบริการให้ได้มาตรฐานและคุณภาพบริการ

- นโยบายเรื่องแนวปฏิบัติของแพทย์ในการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปีได้โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง จะเอื้อให้เยาวชนสามารถเข้าถึงบริการ VCT ได้อย่างสะดวกและเป็นความลับตามความต้องการของเยาวชน

ความท้าทาย

1. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบงานด้านเด็กและเยาวชนยังไม่ชัดเจน ขาดกลไกขับเคลื่อนและแผนงานที่จะดำเนินการร่วมกันเป็นรูปธรรม ซึ่ง งานบริการทางด้านการศึกษาและด้านสังคมเป็นบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในขณะที่การจัดระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเป็นบทบาทกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการขาดการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด ทำให้มาตรการที่กำหนดไว้ในแผนยังไม่ได้มีการดำเนินการหรือจัดระบบการติดตามผลที่เป็นรูปธรรม

2. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้ ขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะหลังการสิ้นสุดโครงการป้องกันเอดส์ในเยาวชนที่สนับสนุนโดยกองทุนโลกในปี พ.ศ. 2557 รวมถึงขาดงบประมาณในการจัดการด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับประชากรเยาวชนโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย และเหมาะสม

3. การดำเนินการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษายังไม่สามารถทำให้มีความครอบคลุม ครบถ้วน และมีคุณภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในด้านเนื้อหา พบว่าเยาวชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังขาดระบบการจัดการเพื่อให้เพศวิถีศึกษาอยู่ในหลักสูตรแกนกลางที่ทำได้จริงและได้มาตรฐาน ขาดงบประมาณ และระบบสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพแก่ครูผู้สอน รวมถึงกลไกการนิเทศก์ติดตาม ตลอดจนการประเมินเพื่อรับรองและประกันคุณภาพโรงเรียน

4. ทิศนคติของสังคมในเรื่องเพศศึกษา แม้ว่าการรณรงค์สร้างความเข้าใจต่อการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาในวงกว้างได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในสังคมไประดับหนึ่งแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ใหญ่บางส่วนก็ยังไม่

ยอมรับให้สถานศึกษาจัดการสอนเพศศึกษาในเยาวชนในบางเนื้อหา เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการผลักดันให้สอนเรื่องเอดส์และสุขภาพทางเพศสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา รวมถึงการแนะนำข้อมูลความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดและถุงยางอนามัยอย่างเปิดเผย ส่งผลให้เยาวชนเข้าไม่ถึงบริการถุงยางอนามัยตามความต้องการ

5. การดำเนินงานให้เกิดการเชื่อมโยงประสานระหว่างเชิงรุกและเชิงรับที่เข้าถึงเยาวชนในระดับพื้นที่ ยังมีอุปสรรคด้านความร่วมมือ การประสานงาน และ การจัดทำแผนการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประชาสังคม รวมถึงภาคธุรกิจเอกชน สถานประกอบการกิจการ เพื่อให้เกิดการประสานเชื่อมโยงการจัดบริการช่วยเหลือที่รอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นบริการสุขภาพ สังคม และ การศึกษา เพื่อให้การดำเนินการป้องกันในเยาวชนเกิดประสิทธิภาพ รวมถึงมีระบบฐานข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผลการรับบริการของเยาวชนได้อย่างต่อเนื่อง

6. การออกแบบการดำเนินงานป้องกันเอดส์ให้ครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่น และเยาวชนที่ด้อยโอกาสที่ไม่อยู่ในระบบการศึกษายังมีช่องว่าง โดยที่ผ่านมา หน่วยงานที่ดำเนินงานมักเลือกทำงานในกลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษามากกว่า เพราะเข้าหาหรือทำงานได้ง่ายกว่ากลุ่มเยาวชนนอกระบบการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ควรให้ความสำคัญต่อกลุ่มเยาวชนในอนาคต เพื่อให้เกิดแผนงานการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชน มีความต่อเนื่องระยะยาวอย่างยั่งยืน พร้อมกับการกำหนดให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องมีบทบาทร่วมกันในแผนงาน (Operational plan) นี้อย่างจริงจัง พร้อมการจัดระบบประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม

- ขับเคลื่อนและผลักดันเชิงนโยบายกับกระทรวงศึกษาธิการให้มีการกำหนดเป้าหมาย และมาตรการการประเมินคุณภาพและรองรับมาตรฐานการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาในสถานศึกษาให้เป็นจริง

- ควรศึกษาบทวนกระบวนการทำงานการจัดบริการ VCT STIs และอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับกลุ่มเยาวชน เพื่อหามาตรการเชิงรุกที่เข้าถึงเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ควรคำนึงระบบการบริการช่วยเหลือเยาวชนที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานใน 3 ภาคส่วน ได้แก่ภาคส่วนบริการสุขภาพ ภาคส่วนการศึกษา และภาคส่วนสวัสดิการสังคม รวมทั้งส่งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาสังคม และ อปท.

- จากการที่สถานการณ์ STIs ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชน ประเทศอาจจำเป็นต้องหันมาให้ความสำคัญด้านแผนงานการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการให้มีขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัยโรค จัดให้มีบุคลากรที่เพียงพอในหน่วยบริการ STIs และคลินิกวัยรุ่น หากวิถีการทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคมและ อปท. ในการดำเนินงานค้นหากลุ่มเสี่ยง และมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

- ควรมีโปรแกรมและแผนงานด้านการรณรงค์สื่อสารสาธารณะเรื่องเอชไอวีและ STIs กับกลุ่มเยาวชนตลอดจนสร้างความเข้าใจของคนในสังคมต่อเยาวชนที่ต่อเนื่องและระยะยาว และคำนึงการใช้

เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เหมาะสมกับประชากรเยาวชน ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับการลงทุนเรื่องนี้อย่างเพียงพอเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายผลลัพธ์ภาพรวม

5.3 การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยบูรณาการ

สำหรับมาตรการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและมีถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประชากรเป้าหมาย วิถีชีวิต และมีระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม มี 3 มาตรการ ได้แก่

- 1) ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์และเจตคติต่อถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์สุขอนามัย เพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ
- 2) ระดมความร่วมมือทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในการบริหารจัดการถุงยางอนามัยให้เป็นสวัสดิการครอบคลุมทุกพื้นที่ และ
- 3) สร้างฐานข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่สะท้อนความต้องการใช้ถุงยางอนามัย การจัดหาหรือจัดให้มีการเข้าถึงและการใช้ถุงยางอนามัยของประชาชน เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจในมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบบูรณาการ

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

สำหรับตัวชี้วัดผลลัพธ์เรื่องการจัดหาถุงยางอนามัย (ตารางที่ 25) สะท้อนให้เห็นภาพว่าการบริหารจัดการการจัดหาถุงยางอนามัยแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายยังห่างจากเป้าหมายที่วางไว้ค่อนข้างมาก ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มประชากรหลัก และ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ การคาดประมาณความต้องการใช้ของทั้งประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มีความต้องการใช้ถุงยางอนามัยประมาณ 120 ล้านชิ้น/ปี และสารหล่อลื่นประมาณ 25 ล้านชิ้น/ปี แต่พบว่าองค์กรหลัก ๆ ของประเทศที่สนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะและประชาชนทั่วไปโดยไม่ได้คิดมูลค่า ได้แก่ สอวพ., สปสช. และโครงการกองทุนโลก สามารถให้การสนับสนุนถุงยางอนามัยรวมทั้งหมดได้ไม่เกิน 70 ล้านชิ้น/ปีและสารหล่อลื่นไม่เกิน 6 ล้านชิ้น/ปี (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557) ข้อมูลตัวชี้วัดพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยก็ไม่ได้เป็นไปตามเป้าที่คาดหวัง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของประชากรอายุ 15 - 49 ปี จากการสำรวจ BSS ปี 2559 ในพนักงานสถานประกอบกิจการทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติ มีการใช้ค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 40.1 ในพนักงานชาย และร้อยละ 28.6 ในพนักงานหญิง ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเข้าไม่ถึงถุงยางอนามัยของประชากรเป้าหมาย และการกระจายที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ

ตารางที่ 25 SO5.3 การบริหารจัดการให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงถุยงอนามัย
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO5.3.1 ประเทศไทยมีระบบการบริหารจัดการให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงถุยงอนามัย					
SO5.3.1.1 จำนวนถุยงอนามัยที่แจกจ่ายทั่วประเทศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ต่อประชากรวัย 15 - 49 ปี 1 คน (ขึ้น)	3.7	4.3	4.8	4.8	สอวพ. + PR-DDC
ผล		2.2	1.0	1.3	
- จำนวนถุยงอนามัยสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก (ล้านชิ้น)	26.9	34.5	52.4	53.0	สอวพ. + PR-DDC
ผล		15.8	21	22	
- จำนวนถุยงอนามัยสำหรับผู้ติดเชื้อฯ (ล้านชิ้น)	24.0	25.5	23.7	22.1	สปสช.
ผล		6.2	6.2	14.1	
SO5.3.2 ประชากรทั่วไปและแรงงานข้ามชาติมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย					
SO5.3.2 ร้อยละของประชากรทั่วไปและแรงงานข้ามชาติอายุ 15 - 49 ปี ที่รายงานว่าใช้ถุยงอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด					
ผล					
- พนักงานในสถานประกอบการ ชาย/หญิง				40.1/28.6	BOE
- ประชากรทั่วไป อายุ 15 - 49 ปี	48.6	55.0		70.0	
ผล		NA		NA	BOE
- แรงงานข้ามชาติ อายุ 15 - 49 ปี	78.8	80.0		90.0	
ผล		NA		NA	BOE

NA: Not Available

ผลการดำเนินงาน

ช่วงที่ผ่านมา การดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยบูรณาการตามมาตรการในแผนยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติ ยังไม่เข้มข้นและก้าวหน้าเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร และการให้ลำดับความสำคัญของแผนงานเอดส์ อย่างไรก็ตาม การเกิดนโยบายเรื่องยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ ก็น่าจะทำให้แนวโน้มการดำเนินงานมีความชัดเจนขึ้นต่อไปในแผนยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติฉบับต่อไป

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ “ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2558 - 2562” เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยให้กว้างขวาง ทั้งในบุรุษและสตรี รวมทั้งการใช้สารหล่อลื่น ให้เป็นวิถีชีวิตโดยปกติของประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกำกับยุทธศาสตร์มีอภิศักกรมควบคุมโรคเป็นประธาน มี 5 ยุทธศาสตร์ได้แก่ 1) การส่งเสริมความยอมรับและลดอคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น, 2) การส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น, 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย, 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และ 5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาเอดส์เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 ให้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ซึ่งไทยเป็นประเทศเดียวและเป็นแห่งแรกในโลกที่มียุทธศาสตร์นี้ในระดับชาติ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหญิงและชายให้มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยว่าเป็นอุปกรณ์เพื่อสุขภาวะทางเพศที่ใช้ในชีวิตปกติทั่วไป

นโยบายเรื่องถุงยางอนามัยแห่งชาติฉบับนี้เป็นการสนับสนุนนโยบายระดับชาติใน 3 นโยบาย ได้แก่ ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559 ยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558 - 2562 และ ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2558-2567 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ ยังเพิ่งเริ่มต้นได้ประมาณสองปี โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการฯ มีงานแถลงข่าวเปิดตัวเป็นทางการเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ในด้านกิจกรรมดำเนินการ สอวพ. ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักได้บูรณาการเข้าไปกับภารกิจที่ดำเนินการต่อเนื่องอยู่แล้ว ได้แก่ การบริหารจัดการถุงยางอนามัย การติดตามและประเมินผลการควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย การผลิตสื่อสติกเกอร์ติดตู้ถุงยางอนามัยเพื่อส่งเสริมการยอมรับการใช้ถุงยางอนามัย ฯลฯ

การสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์และเจตคติต่อถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์สุขอนามัย เพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยในปี 2557 สอวพ. ได้มีการศึกษาสำรวจความต้องการจำเป็นในสื่อสารสาธารณะภาพลักษณ์ใหม่ของถุงยางอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และนำผลการวิจัยมาออกแบบสื่อรณรงค์และภาพลักษณ์ถุงยางอนามัยภายใต้สโลแกน “sex รอบคอบ ตอบ ok” อย่างไรก็ตาม งบประมาณในการดำเนินการเรื่องการสื่อสารสาธารณะไม่เพียงพอที่จะทำได้ในวงกว้างอย่างเข้มข้น (ดูผลการศึกษาในหัวข้อ 4.5.8)

การริเริ่มพัฒนาฐานข้อมูลด้านถุงยางอนามัย ก้าวหน้าไประดับหนึ่ง โดย สอวพ. มีการพัฒนาระบบรายงานข้อมูล Vendor Machined Inventory (VMI) แบบออนไลน์เพื่อบันทึกความต้องการถุงยางอนามัย

และสารหล่อลื่น การสนับสนุนและกระจายถุงยางอนามัยแก่จังหวัด และภายใต้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยฉบับที่ 1 น่าจะเอื้อให้เกิดความก้าวหน้าในระยะต่อไปในเรื่องนี้

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ

1. สปสช. และ กองทุนโลก เป็นแหล่งงบประมาณสำคัญในการสนับสนุนจัดหาและกระจายถุงยางอนามัยสำหรับผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลัก ในช่วง พ.ศ. 2557 - 2559
2. เกิดนโยบายยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติแล้ว ซึ่งมาเมื่อปลายแผนยุทธศาสตร์เอดส์ฉบับนี้ จึงยังไม่เกิดแผนงานและงบประมาณที่รองรับไว้ชัดเจน แต่จะเอื้อต่อการดำเนินงานในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ฉบับต่อไป เพราะเป็นนโยบายระดับชาติที่เสริมซึ่งกันและกัน
3. การพัฒนาให้มีระบบข้อมูลยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัยที่ทันสมัย โดย สอวพ. จะเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยให้การวางแผนยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในระยะต่อไป

ความท้าทาย

1. การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องและทัศนคติของประชากรกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปต่อถุงยางอนามัยและการใช้เพื่อการป้องกันความเสี่ยงในเพศสัมพันธ์ ยังเป็นอุปสรรคต่อการทำงานส่งเสริมให้ประชากรเกิดการใช้ถุงยางอนามัย ถุงอนามัยสตรี รวมทั้งสารหล่อลื่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สะท้อนถึงปัญหาการทำงานเรื่องการส่งเสริมถุงยางอนามัยและการสื่อสารสาธารณะในเรื่องเอดส์ เพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น
2. การจัดซื้อถุงยางอนามัยไว้ใช้ดำเนินการทั้งประเทศยังไม่เพียงพอกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ และงบประมาณสำหรับการดำเนินงานรณรงค์สื่อสารสาธารณะเพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ก็ยังไม่เพียงพอในการดำเนินการได้ตามเป้าของยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติและยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติ
3. การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดหาถุงยางอนามัยจาก อปท. และภาคธุรกิจเอกชน ยังมีค่อนข้างน้อย แม้จะมีการดำเนินการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานด้านเอดส์มาระยะหนึ่งแล้ว แต่ส่วนใหญ่ อปท. สนับสนุนงานเอดส์ในกิจกรรมการป้องกันทั่ว ๆ ไป มากกว่าการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดซื้อถุงยางอนามัยสำหรับประชาชนที่ต้องการในชุมชนที่รับผิดชอบ มี อปท. น้อยแห่งที่ยินดีจัดสรรบท้องถิ่น สนับสนุนการจัดซื้อถุงยางอนามัยหรือมีการบริหารจัดการถุงยางอนามัยโดยติดตั้งตู้ถุงยางอนามัยไว้บริการในชุมชน
4. ถุงยางอนามัยที่แต่ละพื้นที่ได้รับการจัดสรรนั้น มักถูกกำหนดให้กระจายแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่โครงการกำหนดไว้ ซึ่งปริมาณที่ได้มาก็ไม่เพียงพออยู่แล้ว ทำให้กลุ่มประชาชนทั่วไปรวมถึงเยาวชนเข้าถึงถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นได้อย่างจำกัด
5. การขาดระบบข้อมูลเรื่องถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น ทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ เพื่อใช้วางแผนยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งขาดระบบการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการถุงยางอนามัยทุกขั้นตอนทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์อุ้งยางอนามัยแห่งชาติ โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอและต่อเนื่อง
2. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ควรผลักดันให้เกิดฐานข้อมูลด้านอุ้งยางอนามัย อุ้งยางอนามัยสตรี และ สารหล่อลื่น ระดับประเทศ เพื่อทราบความต้องการ การวางแผนจัดหาและการกระจายที่เพียงพอและเหมาะสม และให้มีแผนงานการติดตามและประเมินผลโปรแกรมอุ้งยางอนามัย กำหนดตัวชี้วัดที่จำเป็นในการวัดผลความสำเร็จ และผสมผสานกระบวนการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผลในระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม
3. ระดมความร่วมมือทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในการบริหารจัดการอุ้งยางอนามัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีความยั่งยืน
4. หากการจัดการและกระจายอุ้งยางอนามัยของประเทศยังมีอุปสรรค อาจพิจารณาการให้ยาดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกันให้มากขึ้น

5.4 การบริการโลหิตปลอดภัย

การดำเนินการของประเทศไทยในการให้บริการโลหิตปลอดภัยอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสภากาชาดไทยโดยดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 ใน พ.ศ. 2558 เพื่อให้โลหิตที่รับบริจาคได้รับการคัดกรองเอชไอวี และโรคอื่น ๆ ที่นำโดยเลือด ด้วยวิธีการที่มีคุณภาพ การดำเนินการมาตรฐานที่ได้มาตรฐานดังกล่าวสามารถกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (ตารางที่ 26) เนื่องจากไม่พบการรายงานการติดเชื้อที่เกิดจากการรับเลือดโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายสุดท้ายของประเทศไทยมีการรายงานในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 (รายงานการติดเชื้อที่เกิดจากการรับเลือด - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายสุดท้ายของประเทศไทย สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2560)

ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์

ตารางที่ 26 SO5.4 การคัดกรองเอชไอวีในโลหิตที่รับบริจาค
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO5.4.1 โลหิตที่รับบริจาค ได้รับการคัดกรองเอชไอวี ด้วยวิธีการที่มีการควบคุมคุณภาพ	80.0	90.0	100.0	100.0	บันทึกของ ศูนย์บริการโลหิต
SO5.4 ร้อยละของโลหิตบริจาคที่ได้รับการคัดกรองเอชไอวีด้วยวิธีการที่มีการควบคุม คุณภาพโดยวิธีการตรวจ NAT ตามมาตรฐานระดับประเทศ					

ผล		92.0	97.0	98.0	
----	--	------	------	------	--

ปัจจัยความสำเร็จ

ระบบการตรวจคัดกรองโดยกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพได้ดำเนินการมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย และมีการปรับปรุงคู่มือการตรวจให้เป็นปัจจุบันตลอดเวลา จึงมั่นใจได้ในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการคัดกรอง อีกทั้งความไวและความจำเพาะของการตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงมากในปัจจุบัน

ความท้าทาย

ปัจจุบันการรายงานไม่ต่อเนื่อง และในระบบเผื่อระวังของประเทศสืบค้นข้อมูลค่อนข้างยาก จึงทำให้การประเมินติดตามไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนว่ามีปัญหาในจุดใดหรือไม่

5.5 การรักษาการดูแล และการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ

ประเทศไทยดำเนินการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสได้ดี และมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น การให้ยาต้านไวรัสเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 27) มีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การให้ยาต้านไวรัสสองครั้ง ครั้งแรกคือการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การให้ยาจากระดับ $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ มาเป็น $CD4 < 350 \text{ cells/mm}^3$ โดยเริ่มบริการเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 และครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2556 เพื่อสนองตอบต่อยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย ได้มีมติสนับสนุนการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทุกคนที่มีความพร้อมโดยไม่จำกัดระดับ $CD4$ โดยเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ยังได้สร้างความเป็นเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยบูรณาการสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเข้าด้วยกัน (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ) เพื่อให้ผู้รับบริการทั้ง 3 กองทุนได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานเดียวกัน

การดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ ภายใต้โครงการพหุมิตร ครอบคลุม 36 จังหวัด การทำงานในช่วง 2 ปี (พ.ศ. 2555 - 2556) ที่ผ่านมา ได้มีความพยายามในการเข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และอาสาสมัครที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้การบริการป้องกันเอชไอวี อาทิเช่น การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแจกจ่ายสื่อและอุปกรณ์ป้องกัน เน้นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง อาทิ กลุ่มลูกเรือประมง กลุ่มที่ทำงานในสถานประกอบกิจการต่อเนื่องจากประมง กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มทำงานก่อสร้าง และกลุ่มแรงงานภาคการเกษตร โดยโครงการสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจำนวนประมาณ 250,000 คน แจกถุงยางอนามัยไปมากกว่า 3 ล้านชิ้น แรงงานข้ามชาติมากกว่า 6 พันคนได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และเกือบ 3 พันคนได้รับการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อสิ้นสุดเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นแรงงานข้ามชาติจำนวน 2,151 คน ได้รับยาต้านไวรัสภายใต้โครงการ NAPHA Extension อย่างไรก็ตาม คาดว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นแรงงานข้ามชาติกว่า 700 คนที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษาในปี 2556

เมื่อพิจารณาสัดส่วนความครอบคลุมบริการผู้ติดเชื้อฯ ตามตามเกณฑ์การรับยาที่ระดับ $CD4 < 350 \text{ cells/mm}^3$ พบว่า ความครอบคลุมการรับยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อฯ เท่ากับร้อยละ 82.1 ในปี พ.ศ. 2556 และหยุดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 90 ในช่วงการดำเนินแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ความครอบคลุมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 86 และร้อยละ 75) และในเด็กต่ำกว่าผู้ใหญ่ (ร้อยละ 71 และร้อยละ 80) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาความครอบคลุมของการเข้าถึงการบริการยาต้านไวรัสให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ $CD4$ พบว่าขณะนี้มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 54 ของการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ถึงแม้ว่าได้มีการขยายบริการเกณฑ์การรับยาต้านไวรัสให้เร็วขึ้นในปี พ.ศ. 2555 ผู้รับยา

รายใหม่ส่วนใหญ่ยังมีระดับ CD4 ที่ต่ำเมื่อได้รับยาต้านไวรัส โดยพบค่ามัธยฐานระดับ CD4 สูงขึ้นเพียงเล็กน้อยคือจาก 92 cells/mm³ ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 111 cells/mm³ ในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 67 ของผู้รับยาต้านไวรัสรายใหม่มีระดับ CD4 ขณะรับยาต่ำกว่า 200 cells/mm³ จากข้อมูลการประเมินผลลัพธ์จาก สปสช. พบว่าร้อยละของผู้รับยาต้านไวรัส มีปริมาณไวรัสลดลงในช่วง 12 เดือนหลังจากเริ่มการรักษา พบว่า ผู้ติดเชื้อมีปริมาณไวรัสลดลงต่ำกว่า 1,000 copies ถึงร้อยละ 95 และต่ำกว่า 50 copies เกือบร้อยละ 90 การคงอยู่ในการรักษาของผู้รับยาต้านไวรัสจนถึงเวลาที่ 12 เดือนและที่ 24 เดือน ในปี พ.ศ. 2556 เท่ากับร้อยละ 83 และร้อยละ 79 ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 8 และร้อยละ 11 ตามลำดับ ผลการติดตามระยะยาวในกลุ่มผู้รับบริการที่เข้ามารับยาต้านไวรัส ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการคงอยู่ในระบบบริการที่ 12, 24 และ 60 เดือน เท่ากับร้อยละ 83, ร้อยละ 78 และร้อยละ 76 ตามลำดับ ส่วนอัตราเสียชีวิตสะสมเป็นร้อยละ 8 ร้อยละ 10 และร้อยละ 16 ตามลำดับ สำหรับการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2556

ตารางที่ 27 SO5.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการดูแลรักษาและการให้ความช่วยเหลือ
ตัวชี้วัดหลัก ข้อมูลพื้นฐาน พ.ศ. 2555 และเป้าหมาย พ.ศ. 2557 - 2559

5.5 การรักษา การดูแล และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลพื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่งข้อมูล
		2557	2558	2559	
SO5.5.1 ผู้ติดเชื้อในระบบประกันสุขภาพทุกระบบ ได้รับบริการดูแลรักษาด้วยมาตรฐานเดียวกัน					
SO5.5.1.1 ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังคงรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในช่วง 12 เดือน หลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	82.1	86.0	90.0	95.0	NAP+
ผล		90.0	87.8	89.4	
SO5.5.1.2 ร้อยละของผู้รับยาต้านไวรัสฯ ที่มีปริมาณ ไวรัสฯ ลดลงในช่วง 12 เดือน หลังจากเริ่มการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสฯ	79.4	81.0	83.0	85.0	NAP+
ผล Viral load < =1000 copies		95.4	94.7	95.0	
ผล Viral load < =50 copies		89.7	88.6	89.7	
SO5.5.1.3 ร้อยละของผู้รับยาต้านไวรัสฯ ที่มีปริมาณ ไวรัสฯ ลดลงในช่วง 24 เดือน หลังจากเริ่มการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสฯ	78.9	85.0	90.0	95.0	NAP+

5.5 การรักษา การดูแล และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อฯ					
ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูล พื้นฐาน ปี 2555	เป้าหมาย (พ.ศ.)			แหล่ง ข้อมูล
		2557	2558	2559	
ผล		NA	NA	NA	

NA: Not Available

ความสำเร็จ

1. คช.ปอ. เห็นชอบกับมาตรการการรักษาแต่เนิ่น ๆ ด้วยการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความพร้อมทุกรายโดยไม่ต้องรอให้เม็ดเลือดขาวต่ำถึงระดับ 350 cells/mm³ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันสำหรับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ มีจุดเน้นที่การขยายการดำเนินงานป้องกันที่รอบด้านด้วยชุดบริการที่ได้มาตรฐานบนฐานของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะให้ได้รับความครอบคลุมกลุ่มประชากรหลัก และสอดคล้องกับพื้นที่เป้าหมาย

2. ภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญในการผลักดัน และสนับสนุนนโยบายและการดำเนินงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพและขยายสิทธิประโยชน์ให้กับประชากรข้ามชาติและครอบครัว ทั้งนี้ชุดสิทธิประโยชน์ได้มีการขยายให้ครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสด้วย

ความท้าทาย

1. แม้ว่านโยบายและการดำเนินงานป้องกันและรักษาโรคและเอชไอวีของประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีใน ผู้ป่วยโรคอยู่ในระดับสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังคงสูงอยู่ จึงควรต้องได้รับการแก้ไขจุดช่องว่างบริการระยะต่าง ๆ

2. แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าของนโยบายที่ช่วยสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาของแรงงานข้ามชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายประกันสุขภาพโดยสมัครใจแก่แรงงานข้ามชาติ และขยายสิทธิประโยชน์ครอบคลุมไปถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนภายนอก แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานอยู่ อีกทั้งงบประมาณที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในปีต่อ ๆ ไป เมื่อกองทุนโลกฯ ยุติลงยังไม่ชัดเจน อีกทั้งประชากรข้ามชาติ ไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปัจจุบัน

ข้อสรุป ประเทศไทยดำเนินการให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความครอบคลุมการให้ยาต้านไวรัสเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพโดยรวมยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

5.6 การดูแลช่วยเหลือเด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์

มาตรการที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ฯ ได้แก่ 1) พัฒนาชุดบริการมาตรฐานสำหรับเด็กที่เปราะบางรวมเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์, 2) บูรณาการและสร้างความเข้มแข็งของระบบปกป้องคุ้มครองทางสังคม ระบบบริการสุขภาพและระบบชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการสำหรับกลุ่มเด็กที่เปราะบางรวมเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ และ 3) จัดระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ทั้งในส่วนกลาง จังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชน เพื่อพัฒนาการให้บริการเด็กที่เปราะบางรวมเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด S05.6 (ร้อยละของครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์ได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ไม่สามารถรายงานได้ เนื่องจากประเทศยังไม่มีการวางระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดระดับประเทศเกี่ยวกับกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ไม่ว่าจะเป็ นสถิติจำนวนคน หรือจำนวนครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี รวมถึงจำนวนที่ต้องการความช่วยเหลือตามสวัสดิการทางสังคมที่มีและได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการปกป้องทางสังคม

ทางด้านสถานการณ์ ข้อมูลการสำรวจของยูนิเซฟในด้านสถานการณ์เด็กและสตรีจากรายงาน Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) บ่งชี้ว่าแนวโน้มเด็กกำพร้า (ในทุกกรณี) ลดลง โดยการสำรวจปี พ.ศ. 2559 เด็กอายุ 0-17 ปี ที่พ่อหรือแม่หรือ ทั้งพ่อและแม่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 3.5 ลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจเดียวกันในปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 4.7 แนวโน้มจำนวนเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากเอดส์ อาจลดลง มาจากปัจจัยการเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ทำให้สามารถลดการเสียชีวิตลงไปได้มาก ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้เป็นปกติ ส่วนด้านความช่วยเหลือแก่เด็กกำพร้าและกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และเด็กที่อยู่ในภาวะเปราะบาง น่าจะมีแนวโน้มลดลง โดยรายงาน NASA แสดงให้เห็นว่ารายจ่ายเพื่อการดำเนินงานในกลุ่มเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 0.8 ของรายจ่ายด้านเอดส์ทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2558 ไม่มีรายจ่ายในเรื่องนี้เลย และงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2557 เป็นงบที่ได้จากการสนับสนุนของกองทุนโลกในโครงการเอดส์รอบที่ 10 เป็นหลัก (โครงการ CHILDLIFE) หลังจากนั้นปี พ.ศ. 2558 ก็ไม่มีรายงานงบประมาณสนับสนุนที่ได้จากต่างประเทศในการดำเนินการในประชากรกลุ่มนี้อีก (รายงาน NASA, 2557-2558)

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ

ดังที่กล่าวข้างต้น ประเทศไทยยังไม่ได้มีความชัดเจนในแผนงานสำหรับประชากรกลุ่มนี้ การดำเนินงานมีเพียงระบบความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมซึ่งเป็นไปตามภารกิจปกติของหน่วยงานที่มีบทบาทหลักเท่านั้น เช่น พม. เป็นต้น ดังนี้

1. ประเทศดำเนินงานปกป้องคุ้มครองเด็กและจัดสวัสดิการทางสังคมเพื่อช่วยเหลือแก่เด็กและครอบครัวที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ อย่างต่อเนื่องตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือในกลุ่มเด็กที่มีภาวะเปราะบาง เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับผลกระทบจากเอดส์ และกลุ่มด้อยโอกาสอื่น ๆ เพียงแต่ยังคงมีปัญหาเรื่องการจัดบริการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม และต่อเนื่อง รวมถึงประเทศยังไม่มีระบบข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มนี้

2. ช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2556 เมื่อกองทุนโลกสนับสนุนโครงการ CHILDLIFE ใน 29 จังหวัด มีความพยายามพัฒนาโลกทั้งระดับประเทศ (คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ) จังหวัด (คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด) ซึ่งทั้งสองกลไกมีกระทรวง พม. เป็นเจ้าภาพหลัก และกลไกระดับชุมชน (คณะทำงานเด็กในชุมชน - Community Action Group หรือ CAG) มีภาคประชาสังคมเข้ามาร่วมทำงานกับ อปท.และชุมชน เพื่อการขับเคลื่อนการทำงานด้านการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์ เด็กที่มี

ภาวะเปราะบางและเด็กด้อยโอกาสทุกกลุ่ม และครอบครัวอย่างเป็นระบบ เกิดการทำงานเชื่อมโยงระบบการบริการและช่วยเหลือ 3 ระบบได้แก่ สุขภาพ ศึกษา และ สังคม รวมถึงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลทุกระดับ เพื่อใช้ประเมินสถานการณ์เด็ก อย่างไรก็ดี โครงการฯ นี้ดำเนินการไปได้เพียงระยะที่หนึ่งเท่านั้น หลังจากปี พ.ศ. 2556 เมื่อโครงการสิ้นสุดลง การออกแบบการดำเนินงานในเรื่องนี้ก็ลดความเข้มข้นลงไป คงเหลือเพียงระบบความช่วยเหลือตามระบบปกติของ พม. และ อปท. ซึ่งเน้นเรื่องการช่วยเหลือและให้การสงเคราะห์เป็นกรณี ๆ ไปมากกว่า ส่วนคณะทำงานเด็กในชุมชน คงมีอยู่ในเพียงบางพื้นที่เท่านั้น

ความท้าทาย

1. การออกแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการ ความช่วยเหลือและปกป้องทางสังคมแก่กลุ่มเด็กที่มีภาวะเปราะบางและเด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ยังขาดความเข้มข้น และเป็นแบบต่างคนต่างทำ
2. ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานระบบการดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวมที่มากกว่าการสงเคราะห์ สำหรับเด็กกำพร้า เด็กที่มีภาวะเปราะบาง รวมถึงเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
3. ระบบการจัดเก็บข้อมูลระดับประเทศเกี่ยวกับกลุ่มเด็กติดเชื้อ เด็กที่ได้รับผลกระทบและเด็กด้อยโอกาส ยังเป็นปัญหาในทุกมิติ และระบบการรายงานผู้รับบริการที่ได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคมและสุขภาพ ยังไม่เชื่อมโยงระหว่างกัน ขาดระบบการติดตามผลผู้รับบริการ มีความซับซ้อนในการช่วยเหลือ
4. ปัญหาการตีตรารังเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ยังคงมีอยู่ ที่จะส่งผลต่อเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่ต้องเผชิญการถูกรังเกียจ หรือกีดกันจากสังคมและชุมชน รวมถึงการไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ การปกป้องทางสังคม และการศึกษา รายงานสถานการณ์เด็กและสตรี (MICS report) ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 ผู้หญิงและผู้ชายอายุ 15 - 49 ปี ที่มีทัศนคติในการยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ครบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ 1) ครุผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์แต่ไม่แสดงอาการ ควรได้รับอนุญาตให้สอนหนังสือในโรงเรียนต่อไป 2) จะซื้อผักสดจากเจ้าของร้าน/คนขายที่เป็นโรคเอดส์ 3) หากมีสมาชิกในครัวเรือนเป็นเอดส์ไม่ต้องการจะเก็บไว้เป็นความลับ และ 4) เต็มใจดูแลรักษาสมาชิกในครัวเรือนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ที่บ้าน อยู่ในระดับต่ำคือ เพียงร้อยละ 31.6 ในกลุ่มเพศหญิง และ 33.0 ในกลุ่มเพศชาย ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขับเคลื่อนแผนการพัฒนาจัดระบบบริการในมิติที่เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันทั้งงานการปกป้องและสวัสดิการทางสังคม งานสุขภาพ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เพื่อการดูแลช่วยเหลือแก่ประชากรเด็กกลุ่มด้อยโอกาสและมีความเปราะบางทุกกลุ่ม ตั้งแต่ระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จังหวัด อำเภอ และชุมชน พร้อมการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
2. พัฒนาออกแบบแผนงานการจัดบริการแก่กลุ่มประชากรเด็กที่ด้อยโอกาสและมีความเปราะบาง รวมถึงกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวีและได้รับผลกระทบจากเอดส์ ให้เป็นมาตรฐาน พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยบริการด้านสังคม สุขภาพ และชุมชน เพื่อพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการให้เกิดประสิทธิภาพ
3. ควรออกแบบและพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลประเทศให้เป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนยุทธศาสตร์ประเทศในการดำเนินการสำหรับประชากรเด็กกลุ่มนี้

5.7 การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญของยุทธศาสตร์มุ่งสู่ “เป้าหมายที่เป็นศูนย์” คือการ “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอชไอวี/เอดส์” ซึ่งเป็นประเด็นที่ภาคประชาสังคมให้ความสำคัญ และทำงานอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดนับตั้งแต่ยุคแรกของการทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทย ในส่วนของภาครัฐประเด็นเรื่อง “การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์” ถูกระบุเป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานชัดเจนเป็นครั้งแรก ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554 นอกจากนี้ “การจัดการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์” ยังเป็น 1 ใน 10 เป้าหมายหลักระดับโลกขององค์การสหประชาชาติ ที่ทุกประเทศรวมถึงประเทศไทยจะต้องรายงานในการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมาด้วย

เมื่อเปรียบเทียบประเด็นเรื่อง “การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์” ระหว่างยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ พ.ศ. 2550 - 2554 และ พ.ศ. 2557 - 2559 พบว่าในยุทธศาสตร์ฯ ฉบับหลัง (พ.ศ. 2557 - 2559) ได้มีการปรับลดมาตรการบางอย่างลง เนื่องจากประเด็นเหล่านี้ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์อื่นแล้ว (เช่นการปรับปรุงกฎหมาย, การส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลสุขภาพด้วยยาต้านไวรัส, การพัฒนาเครือข่ายและกลไกส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในระดับต่าง ๆ) แต่ยังคงไว้ซึ่งแนวคิด และแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญคือ การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิ และสื่อสารกับสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน, การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการลดการตีตรา และการคุ้มครองสิทธิ, การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ หรือการจัดการกระทำ ความรุนแรงจากความแตกต่างทางเพศ ขณะที่ในส่วนของตัวชี้วัดยังคงเน้นเรื่องการทำให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักเรื่องการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ และกลุ่มประชากรหลัก รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น

จากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งเป็นแผนฉบับแรกที่มียุทธศาสตร์เรื่องการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ พบว่าในช่วงเวลานั้นงานด้านการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ยังมีความก้าวหน้าน้อยมาก เนื่องจากขาดกลไกในการบริหารจัดการ ขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน ขาดแนวปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจในประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงขาดงบประมาณที่จัดสรรสำหรับการดำเนินงาน อีกทั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ก็เพิ่งได้รับการแต่งตั้งในช่วงปลายของแผนยุทธศาสตร์ จึงยังไม่สามารถดำเนินงานตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มที่

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559 สถานการณ์โดยรวมด้านสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ยังคงพบการละเมิดสิทธิในประเด็นเดิม ๆ เช่น การบังคับตรวจเลือด และใช้ผลเลือดเป็นเกณฑ์ในการปฏิเสธการรับเข้าทำงาน การปฏิเสธไม่รับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี หรือถูกสงสัยว่ามีเชื้อเอชไอวีเข้าเรียน ทั้งนี้มีข้อมูลจากการสำรวจเรื่องการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งจัดทำโดยหน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงานในช่วงเวลาเดียวกันนี้ ที่ยืนยันตรงกันว่าสังคมไทยยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังคงมีอคติ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีอยู่มาก ตัวอย่างเช่น จากผลการสำรวจการตีตรา และเลือกปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย (ตารางที่ 28) ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง

ประเทศ ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขกว่าร้อยละ 80 ยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (ร้อยละ 86 ในจังหวัด A, ร้อยละ 90 ในจังหวัด B) และกว่าร้อยละ 90 มีทัศนคติในทางลบต่อกลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี (ร้อยละ 93 ในจังหวัด A, ร้อยละ 92 ในจังหวัด B) รวมถึงยังมีการให้บริการแบบเลือกปฏิบัติกับผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี (ร้อยละ 37 ในจังหวัด A, ร้อยละ 44 ในจังหวัด B) และกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่าผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีควรได้รับการทำหมันไม่ว่าพวกเขาจะต้องการหรือไม่ก็ตาม (ร้อยละ 54 ในจังหวัด A, ร้อยละ 59 ในจังหวัด B) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยังกลัวการติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการกับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในระดับที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือ มีความกังวลเมื่อต้องเจาะเลือด (ร้อยละ 61 ในจังหวัด A, ร้อยละ 66 ในจังหวัด B) เมื่อต้องทำแผล (ร้อยละ 58 ในจังหวัด A, ร้อยละ 63 ในจังหวัด B) เมื่อสัมผัสเสื้อผ้าของใช้ (ร้อยละ 32 ในจังหวัด A, ร้อยละ 41 ในจังหวัด B) และกังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง (ร้อยละ 63 ในจังหวัด A, ร้อยละ 68 ในจังหวัด B)

ตารางที่ 28 การสำรวจทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี พ.ศ. 2557

ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	จังหวัด A (%)	จังหวัด B (%)
มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	86	90
มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	93	92
ให้บริการแบบเลือกปฏิบัติกับผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	37	44
ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ควรได้รับการทำหมันไม่ว่าเธอจะต้องการหรือไม่ก็ตาม	54	59
มีความกังวลใจเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	61	66
มีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	58	63
มีความกังวลใจเมื่อสัมผัสเสื้อผ้าของใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	32	41
มีความกังวลใจว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่งกับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (เจาะเลือด/ทำแผล/สัมผัสเสื้อผ้าของใช้)	63	68

ที่มา: ผลการสำรวจการตีตรา และเลือกปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของไทย (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557)

ในส่วนของประเทศทั้งหมด กรมควบคุมโรคได้จัดให้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในประเด็นเรื่องการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทยในปี พ.ศ. 2556 และ 2558 (ตารางที่ 29) ซึ่งพบว่าคำตอบหลายข้อในผลการสำรวจครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2558) แสดงให้เห็นถึงอัตราที่เพิ่มขึ้นของจำนวนประชาชนที่แสดงความรังเกียจ และตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจก่อนหน้านี้ (พ.ศ.

2556) เช่น ความรู้สึกรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.5 เป็นร้อยละ 20.7 หรือรู้สึกไม่ยินดี ที่จะอยู่ร่วมบ้านกับคนในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 เป็นร้อยละ 36.5 หรือรู้สึกไม่ยินดีที่จะให้ลูกเรียนร่วมกับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.3 เป็นร้อยละ 40.9 เป็นต้น

**ตารางที่ 29 ความคิดเห็นของประชาชนในประเด็นเรื่องการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
ในสังคมไทย พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2558**

คำถาม	คำตอบ	พ.ศ. 2556 (%)	พ.ศ. 2558 (%)
ความรู้สึกกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ	รังเกียจ	11.5	20.7
ความรู้สึกกับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการแสดงแล้ว	รังเกียจ	29.1	43.3
ควรมีการบังคับตรวจเอชไอวีในการสมัครเรียน	ไม่ควร	27.6	30.3
ควรมีการบังคับตรวจเอชไอวีในการสมัครงาน	ไม่ควร	17.4	21.4
ควรมีการบังคับตรวจเอชไอวีก่อนบวช	ไม่ควร	29.4	29.6
ถ้าท่านติดเชื้อเอชไอวีท่านจะบอกคนในครอบครัวหรือไม่	บอก	79.4	46.2
ท่านยินดีที่จะอยู่ร่วมบ้านกับคนในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่	ไม่ยินดี	27.5	36.5
ท่านยินดีที่จะกินข้าวกับคนในครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่	ไม่ยินดี	30.6	31.3
ท่านยินดีที่จะกินข้าวกับเพื่อนสนิทที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่	ไม่ยินดี	27.4	34.9
ท่านยินดีที่จะให้ลูกเรียนร่วมกับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหรือไม่	ไม่ยินดี	33.3	40.9
ท่านยินดีที่จะให้ลูกเล่นกับเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีหรือไม่	ไม่ยินดี	42.5	47.4
ท่านยินดีที่จะดูแลคนในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ด้วยตนเองหรือไม่	ไม่ยินดี	17.5	33.1

ที่มา: ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนโดยกรมควบคุมโรค ในประเด็นเรื่องการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย เปรียบเทียบปี 2556 และ 2558 อ้างถึงใน ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ, 2559

ผลการสำรวจความคิดเห็นหรือทัศนคติในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ที่สำคัญอีกตัวอย่างหนึ่งก็คือ รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (ตารางที่ 30) ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2555 และ 2558 - 2559 โดยความร่วมมือกันของหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), องค์การด้านเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ), กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนัก

พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เอชไอวี/เอดส์เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ปรากฏอยู่ในรายงานทั้งสองครั้ง โดยมีการสำรวจถึง ความรู้เกี่ยวกับเรื่องช่องทางติดต่อ และสถานบริการที่ให้บริการด้านการตรวจหาเอชไอวี/เอดส์ ทักษะคติเกี่ยวกับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี/เอดส์ และประสบการณ์ในการได้รับการให้คำปรึกษา การตรวจ และรับทราบผลการตรวจเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มผู้หญิงที่มาฝากครรภ์

การเปรียบเทียบผลการสำรวจทั้งสองครั้ง มีข้อแตกต่างกันอยู่บางประการกล่าวคือ การสำรวจที่จัดทำในปี พ.ศ. 2555 สำรวจเฉพาะกลุ่มผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 49 ปี จำนวน 21,981 คน ขณะที่การสำรวจในปี พ.ศ. 2558 - 2559 มีการสำรวจทั้งในกลุ่มผู้หญิง และผู้ชายวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15 - 49 ปี แบ่งเป็น ผู้หญิงจำนวน 25,614 คน และผู้ชายจำนวน 23,182 คน นอกจากนี้ในประเด็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน เอชไอวี/เอดส์ยังมีการให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 24 ปี โดยในปี พ.ศ. 2555 มีการถามถึงความรู้เรื่องวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ แยกออกจากความสามารถในการระบุถึงความเข้าใจที่ ผิด ๆ เกี่ยวกับการถ่ายทอดเอชไอวีเอดส์ได้อย่างถูกต้อง ขณะที่ในการสำรวจครั้งล่าสุดสองประเด็นนี้ถูกถามรวมเป็นคำถามเดียวกัน

ตารางที่ 30 ผลการสำรวจสถานการณเด็กและสตรี ในประเทศไทยในประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์
เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 - 2559 (กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี)

ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2558 - 2559	
	% หญิง (21,981 คน)	% ชาย (23,183 คน)	% หญิง (25,614 คน)
เคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์	98.6		
ได้รับความรู้รอบด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเอดส์	55.7		
มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี		45.1	46.0
การมีความรู้ว่เอชไอวีสามารถถ่ายทอดจากแม่สู่ทารกแรกเกิดได้		57.1	66.0
การรู้จักสถานที่ให้บริการตรวจหาเอชไอวี		73.3	79.8
รู้ว่าเอชไอวี/เอดส์สามารถป้องกันได้โดย 2 วิธีคือ 1. ซ่อสตัยและมีเพศสัมพันธ์กับคู่อึ่งคนเดียว 2. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	84.5		
รู้ว่าเอชไอวีไม่ติดต่อผ่านทางช่องทาง 3 ช่องทางคือ 1. ถูกยุงกัด 2. อำนาจหรือเวทมนตร์เหนือธรรมชาติ 3. รับประทานอาหารร่วมกับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี	62.0		

ที่มา: สรุบข้อมูลจากรายงานสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ 2558 - 2559

ตารางที่ 31 ผลการสำรวจสถานการณเด็กและสตรี ในประเทศไทยในประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์
เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 - 2559 (กลุ่มอายุ 15 - 49 ปี)

ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2558 - 2559	
	% หญิง (21,981 คน)	% ชาย (23,183 คน)	% หญิง (25,614 คน)
การเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์	97.4	95.2	96.2
ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (ระบุลักษณะการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ถูกต้องทั้ง 3 ลักษณะ)	74.0	57.4	66.4
รู้จักสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี	81.4	80.3	84.7
เคยตรวจหาเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ และทราบผลการตรวจ	8.5	8.5	9.3
การได้รับคำแนะนำ, การเสนอให้ตรวจ, ได้รับการตรวจ และทราบผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (กลุ่มแม่ที่กำเนิดบุตรที่มาจากครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้อง ช่วง 2 ปี ก่อนการสำรวจ)			

ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2558 - 2559	
	% หญิง (21,981 คน)	% ชาย (23,183 คน)	% หญิง (25,614 คน)
- ได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีระหว่างการฝากครรภ์	77.1	-	69.4
- ได้รับคำแนะนำปรึกษา, ได้รับการเสนอให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี, ได้รับการตรวจ และทราบผลการตรวจ	(11,914 คน) 65.9 (11,914 คน)	-	75.5

ที่มา: สรุปข้อมูลจากรายงานสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ 2558 - 2559

ผลการสำรวจโดยรวม (ตารางที่ 31 และตารางที่ 32) พบว่า ถ้าดูจากอัตราร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จะเห็นว่ามีความสำคัญที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้หญิงมีการรับรู้ หรือมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีลดลงในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม หากนับเป็นจำนวนบุคคลในเชิงปริมาณเมื่อคิดจากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี/เอดส์อาจไม่ได้มีจำนวนลดลงเนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนมากกว่าปี พ.ศ. 2555 ทั้งนี้โดยรวมอาจไม่สามารถเปรียบเทียบให้เห็นได้อย่างชัดเจนนัก เนื่องจากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2558 - 2559 ไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อเหมือนกับในตารางแสดงผลของปี พ.ศ. 2555 แต่อย่างน้อยก็อาจจะพอเห็นภาพว่าในเชิงอัตราส่วนสถานการณ์ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของประชาชนทั่วไปในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ไม่ได้มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก

ตารางที่ 32 ทัศนคติของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 49 ปี ต่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 - 2559

ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี/เอดส์	พ.ศ. 2555	พ.ศ. 2558 - 2559	
	% หญิง (21,981 คน)	% ชาย (23,183 คน)	% หญิง (25,614 คน)
1. เต็มใจให้การดูแลรักษาสมาชิกในครัวเรือนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ที่บ้าน	92.1	90.6	92.0
2. จะซื้อผักสดจากเจ้าของร้าน หรือคนขายที่มีเอชไอวี	58.7	65.4	64.1
3. เห็นว่าครูผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีแต่ไม่แสดงอาการ ควรได้รับอนุญาตให้สอนหนังสือต่อไป	70.0	81.0	80.8
4. ไม่ต้องการเก็บเป็นความลับ หากมีสมาชิกในครัวเรือนมีเอชไอวี	53.6	49.2	47.1
5. เห็นว่าเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีสามารถเรียนในโรงเรียนได้	ไม่มีการสำรวจ	84.5	84.9
6. เห็นด้วยกับทัศนคติการยอมรับทั้ง 4 ข้อ (ข้อ 1-4)	30.5	33.0	31.6

ที่มา: สรุปข้อมูลจากรายงานสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ 2558 - 2559

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

แม้ว่าสถานการณ์การรังเกียจ กีดกัน และเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีโดยทั่วไปจะยังไม่ลดลง หากพิจารณาจากการทำงานด้านสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์แล้ว กลับพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาการทำงานในด้านนี้มีความก้าวหน้าไปมาก หลายเรื่องสามารถดำเนินการได้ตามมาตรการที่ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ เช่น

1. มาตรการการพัฒนาเครื่องมือ และจัดระบบการติดตามการลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ

กิจกรรมสำคัญภายใต้การดำเนินงานตามมาตรการนี้ ได้แก่การพัฒนาเครื่องมือในการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล และการจัดการสำรวจการตีตราและ เลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์

ที่ผ่านมาสังคมไทยยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการตีตรา และเลือกปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์อยู่มาก งานวิจัยที่ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี มีเพียง “โครงการศึกษาด้านชีวิตการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อสนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชน” ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ที่จัดทำในปี พ.ศ. 2553 เท่านั้น มาตรการแรกของการดำเนินงานด้านการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติของภาครัฐ จึงเริ่มต้นจากการพัฒนาเครื่องมือในการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล ตามมาด้วยการจัดให้มีการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นเอชไอวีเพื่อรวบรวมข้อมูล และนำมาใช้ในการพัฒนาคู่มือการดำเนินงาน

โดยการสำรวจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องทัศนคติ และการตีตรา และเลือกปฏิบัติในประเด็นเอชไอวี/เอดส์ที่เกิดขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย

1.1 การสำรวจการตีตรา และเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (สำรวจในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี) โดย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และสถาบันวิจัยสุขภาพ (RIHES) พ.ศ. 2557

1.2 การสำรวจการตีตรา และเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดย กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2556, 2558 การสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2559 ซึ่งจัดทำโดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3 การสำรวจการตีตรา และการเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรหลัก (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, สาวประเภทสอง, พนักงานบริการทางเพศ, ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ) โดยบูรณาการในระบบเฝ้าระวัง IBBS ของสำนักระบาดวิทยา พ.ศ. 2559 พัฒนาคำถามโดยสถาบันวิจัยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อยู่ระหว่างการดำเนินการ)

ภายหลังจากที่ได้ผลการสำรวจแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ได้มีการพัฒนาคู่มือการดำเนินงาน ออกมาอีก 2 ฉบับได้แก่ 1.คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพให้ปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติ และ 2.คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับภาคประชาสังคม, 2559) ขณะที่ใน

ส่วนของภาคประชาสังคมเอง มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ก็ได้มีการพัฒนาหลักสูตรการลดการตีตราตนเอง เพื่อนำไปในการอบรมให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2560

สิ่งที่ขัดขวางการดำเนินการที่ชัดเจนตามมาตรการนี้คือ การนำเอาแนวคิดเรื่องการจัดการกระทำ ความรุนแรงอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเพศภาวะมาใช้ในการออกแบบ และพัฒนาการสำรวจ สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือในการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับ ประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมทางเพศ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านเพศภาวะในฐานะที่เป็นประเด็นหลักที่ได้ถูกระบุไว้

2. มาตรการการสร้างโอกาสในการเรียนรู้ และการฝึกอบรมที่เป็นการส่งเสริมความเข้าใจเรื่อง สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน สิทธิทางเพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศ แก่บุคลากรสาธารณสุข และ ผู้เกี่ยวข้องหลักอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาองค์ความรู้ และเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิในบุคลากรด้านสาธารณสุข รวมถึงการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อชุมชน และสังคมเป็นมาตรการที่ถูกระบุไว้มาตั้งแต่ในแผนยุทธศาสตร์ ฉบับ พ.ศ. 2550 - 2554 ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ได้เพิ่มประเด็นเรื่องสิทธิทางเพศ และความเสมอภาคระหว่างเพศนอกเหนือจากเรื่องสิทธิมนุษยชนเข้ามาด้วย ภายหลังจากที่มีข้อมูล และมีการ พัฒนาคู่มือที่ใช้สำหรับการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการ เลือกปฏิบัติแล้ว สำนักโรคเอดส์ฯ ร่วมกับภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานในเรื่องสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ก็ได้จัดให้มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในสถานบริการสุขภาพเพื่อให้ทำหน้าที่เป็น กระบวนกร (TOT) ในประเด็นการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ต่อไปในพื้นที่ โดยเริ่ม ดำเนินการอบรมช่วงปลายปี พ.ศ. 2559

3. มาตรการการสื่อสารสาธารณะในสังคมเชิงกว้าง เพื่อปรับทัศนคติ ความเชื่อ และส่งเสริมให้ สังคมมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิมนุษยชน และการเคารพสิทธิ

เช่นเดียวกับมาตรการพัฒนา และสื่อสารองค์ความรู้ การสื่อสารสาธารณะเป็นอีกหนึ่งมาตรการ ที่ถูกระบุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์มาตั้งแต่ฉบับที่แล้ว โดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาค ประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อการยุติการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ได้จัดให้มีกิจกรรมรณรงค์ สาธารณะหลายต่อหลายกิจกรรมด้วยกัน ประกอบด้วย

3.1 การรณรงค์วันสากลเพื่อยุติการเลือกปฏิบัติกับผู้อยู่กับเอชไอวี ในวันที่ 1 มีนาคม เริ่ม รณรงค์เป็นครั้งแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งถือเป็นการรณรงค์ที่สอดคล้องกันกับการรณรงค์ สาธารณะระดับสากล ภายหลังจากที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ UNAIDS ได้ประกาศให้วันที่ 1 มีนาคม ของทุกปีเป็นวันรณรงค์สากลเพื่อยุติการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่กับเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2557

3.2 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้ประกอบการด้านอาหาร ให้เข้าใจถึงความปลอดภัยทางอาหารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวี/เอดส์ จากกรณีศึกษาสถานประกอบการด้านอาหารรายใหญ่หลายรายของประเทศ มีนโยบายตรวจเลือดพนักงานเพื่อหาเอชไอวี และกดดันให้พนักงานที่มีเอชไอวีต้องลาออกด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ ทางคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์จึงได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ไม่เลือกปฏิบัติ ผู้บริโภคปลอดภัย ทุกคนสบายใจ” เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2559 เพื่อทำความเข้าใจกับสถานประกอบการด้านอาหาร และสื่อสารกับสังคมให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อความปลอดภัยทางอาหารที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์

3.3 โครงการประกวดองค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน” เป็นโครงการสำคัญที่สำนักโรคเอดส์ฯ จัดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐได้นำเอาแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมในสถานที่ทำงานขององค์กรที่เข้าร่วมโครงการ

4. มาตรการการสร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการถูกละเมิดสิทธิ เลือกปฏิบัติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชน และเข้าถึงบริการปกป้อง และคุ้มครองสิทธิ

ในประเด็นเรื่องการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการถูกละเมิดฯ ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมเป็นหลัก โดยมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้พัฒนาหลักสูตรการลดการตีตราตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการอบรมให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ หรือหน่วยงานที่สนใจ ซึ่งจะเริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2560 ขณะที่ยังคงพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบอื่น ๆ โดยมากมักมีการอบรมเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับสมาชิกขององค์กรที่เป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบอยู่แล้ว รวมทั้งส่งแกนนำเข้าร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพกับหน่วยงานที่ทำงานด้านสิทธิต่าง ๆ อยู่เป็นระยะ ๆ เช่น มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ ที่ทำงานกับกลุ่มพนักงานบริการ หรือสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่ทำงานทั้งกับกลุ่มชายรักชาย หญิงรักหญิง และสาวประเภทสอง และ มูลนิธิซิสเตอร์ ที่ทำงานกับกลุ่มสาวประเภทสองในพื้นที่เมืองพัทยา อย่างไรก็ตามการทำงานในประเด็นนี้ยังเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ โดยมุ่งเน้นไปที่งานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของตนเองเป็นหลัก ยังขาดความเข้าใจในประเด็นของกลุ่มประชากรอื่น ๆ และอาจจะไม่ได้มีหลักสูตรที่ชัดเจนที่ครอบคลุมในทุกมิติของการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ จึงควรต้องมีการพัฒนาหลักสูตรที่สร้างความเข้าใจในประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยเพิ่มมิติของสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับ เอชไอวี สิทธิของผู้ใช้สารเสพติด สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิทางเพศ การส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ และการขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการบริการด้านการป้องกัน และการรักษาให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการอบรมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม

ความแตกต่างอย่างหนึ่งระหว่างยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2550 - 2554 กับ พ.ศ. 2557 - 2559 คือ การปรับเปลี่ยนให้ มาตรการการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมให้มีกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ไปอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ทำให้เมื่อวิเคราะห์มาตรการการดำเนินงานด้านการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในยุทธศาสตร์ที่ 5.7 จะมองไม่เห็นถึงความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างสถานการณ์ทางด้านกฎหมาย กับการ

ถูกเลือกปฏิบัติและการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งสถานการณ์ที่เป็นอยู่คือ ประเทศไทยยังมีกฎหมายหลายฉบับที่เปิดช่องให้เกิดการละเมิดสิทธิ และเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบหลายกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มพนักงานบริการ หรือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ขณะเดียวกันก็ขาดกฎหมายที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิกลุ่มประชากรอีกหลาย ๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ กลุ่มผู้อยู่กับเอชไอวี เป็นต้น งานด้านหนึ่งที่คณะอนุกรรมการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ร่วมกับมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์พยายามที่จะผลักดันคือ การพัฒนากฎหมายเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์โดยเฉพาะ เพื่อเป็นเครื่องมือในการปกป้อง และคุ้มครองสิทธิไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งยังคงต้องอาศัยเวลาอีกระยะหนึ่งก่อนจะเห็นผลเป็นรูปธรรม

ในส่วนของการทำงานในประเด็นเรื่องการส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ การขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ซึ่งถูกระบุไว้ทั้งในมาตรการสร้างโอกาสในการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ และมาตรการพัฒนาเครื่องมือ และจัดระบบติดตามฯ พบว่ายังมีความก้าวหน้าช้ามาก หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในด้านนี้ มีเพียงเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีเท่านั้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีได้รับทุนสนับสนุนในการดำเนินการจากองค์การเพื่อการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ และเพิ่มพลังของผู้หญิงแห่งสหประชาชาติ (UN Women) ในการทำการศึกษาวิเคราะห์นโยบายของประเทศไทยด้านเอชไอวี/เอดส์ และเพศภาวะ รวมถึงได้ร่วมกับมูลนิธิริชชีไทยในการสนับสนุนการจัดทำหลักสูตรเสริมพลังให้กับเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี และ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ให้การสนับสนุนเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีให้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิในประเทศไทย ในขณะที่หน่วยงานที่ทำงานด้านการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศโดยตรงเช่น กรมกิจการสตรี และสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรด้านผู้หญิงต่าง ๆ ยังไม่เห็นถึงความสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ และการขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ในมิติที่เชื่อมโยงกับประเด็นเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ส่วนหน่วยงานที่ทำงานขับเคลื่อนประเด็นส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ก็มองประเด็นความเท่าเทียม และความรุนแรงทางเพศภาวะเป็นเพียงประเด็นย่อย ๆ ที่อยู่ภายใต้ประเด็นสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์โดยรวมเท่านั้น

ความสำเร็จ ปัจจัยหนุนเสริม

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มาจากปัจจัยสำคัญหลายปัจจัยประกอบกัน ได้แก่

1. นโยบายกำหนดเป้าหมายสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์ และการให้ความสำคัญของผู้กำหนดนโยบายภาครัฐ

การไม่มีการตีตรา และเลือกปฏิบัติ เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ “มุ่งสู่ความเป็นศูนย์ 3 ศูนย์” (ประกอบด้วย การไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และการไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ) ที่โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติประกาศสำหรับการดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2554 - 2558 ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2558 ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติการที่ประเด็นเรื่องการไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติ เป็น 1 ใน 3 เป้าหมายที่สำคัญของการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ทำให้ผู้นำ และผู้กำหนดนโยบายด้านเอชไอวี/เอดส์ภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการทำงานด้านนี้มากยิ่งขึ้น

2. การมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการกำหนดและผลักดันนโยบายของภาคประชาสังคม บทบาทของภาคประชาสังคม

ที่ผ่านมาการผลักดันนโยบาย และการดำเนินการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เกิดจากการทำงาน และการผลักดันอย่างเข้มแข็งโดยภาคประชาสังคม ภาคประชาสังคมจึงเป็นหน่วยงานที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีภาคีเครือข่ายที่ทำงานในด้านสิทธิ และด้านเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการทำงานด้านนี้อย่างเข้มข้น การที่ภาคประชาสังคมได้เข้าไปมีบทบาทในคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ทั้งในฐานะประธาน และเลขานุการ และมีการทำงานอย่างเข้มแข็ง ทำให้งานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิมีความก้าวหน้าอย่างมาก จากการจัดประชุมคณะกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอย่างสม่ำเสมอ การประสานงาน การติดตามดำเนินการให้มีการแก้ไขปัญหากรณีที่มีผู้ร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิ แม้ว่า การแก้ไขปัญหาล้วนใหญ่ทำได้แค่เพียงการเข้าไปเจรจาต่อรอง ทำความเข้าใจกับผู้ทำการละเมิดสิทธิก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์และคณะกรรมการชุดคุ้มครองสิทธิฯ ก็ไม่มีอำนาจใด ๆ ที่จะสั่งการให้มีการแก้ไขกฎหมาย หรือลงโทษผู้ที่กระทำการละเมิดสิทธิได้

3. งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิจากต่างประเทศ

การจัดตั้งกลไกศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และการศึกษา ทบทวน เพื่อพัฒนาจัดทำร่างกฎหมายส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เป็นงานที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ ได้แก่ โครงการกองทุนโลก และ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ ขณะทำงานพัฒนาคู่มือสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ที่ดำเนินการโดย สอ.วพ. ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากต่างประเทศเช่นกัน (USAID และ RTI International) ซึ่งถ้าพิจารณาจากงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศโดยรวมแล้วจะพบว่า งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการด้านการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และการตีตราและเลือกปฏิบัติ นั้น มีสัดส่วนเพียง

ร้อยละ 0.18 (15.68 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2557 และร้อยละ 0.08 (6.42 ล้านบาท) ในปี พ.ศ. 2558 (รายงาน
ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2557 - 2558)

4. ข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงาน การสำรวจ การเฝ้าระวัง การพัฒนาเครื่องมือ อบรม การติดตามประเมินผล

ความก้าวหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของประเทศไทยในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิ ฯ ก็คือ การจัดให้มีการสำรวจสถานการณ์ปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิในสถานบริการสุขภาพ และการสำรวจทัศนคติของประชาชนต่อการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นการสำรวจที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ทำให้ประเทศไทยไม่เพียงมีข้อมูลสำหรับการดำเนินงานด้านส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา หากการที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการสำรวจเอง ยังทำให้สามารถนำข้อมูลนี้ ไปวางแผน ขยายผลการดำเนินการกับหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง รวมถึงวางระบบการเฝ้าระวัง การติดตามประเมินผลให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลที่ได้รับมาอีกด้วย

ประเด็นท้าทาย

กล่าวได้ว่าประเด็นเรื่องการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ เริ่มมีการดำเนินการอย่างจริงจังมากขึ้นโดยภาครัฐ ในช่วงการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้ แม้กระนั้นก็ตามยังมีความท้าทายอีกหลายประการ ท่ามกลางความก้าวหน้าของการดำเนินงานในเรื่องการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์

1. ประเทศยังขาดการบูรณาการการทำงานในประเด็นการส่งเสริมความเท่าเทียมด้านเพศภาวะ สิทธิทางเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ เข้ากับการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์

ประเด็นเรื่องความเท่าเทียมทางเพศภาวะ เป็นประเด็นที่ถูกระบุถึงไว้ในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติมาตั้งแต่ยุทธศาสตร์ ฯ ฉบับที่แล้ว (พ.ศ. 2550 - 2554) และถูกผลักดันโดยภาคประชาสังคม ให้เป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ควบคู่กับประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน และการจัดการติตรา และเลือกปฏิบัติอยู่ในยุทธศาสตร์ ฯ พ.ศ 2557 - 2559

ในระดับสากลประเด็นเรื่องการขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศ และการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ โดยจะต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้หญิง เด็กผู้หญิง ถูกระบุไว้อย่างชัดเจนทั้งใน ยุทธศาสตร์ “มุ่งสู่เป้าหมายของความเป็นศูนย์” (พ.ศ. 2554 - 2558) และยุทธศาสตร์ Fast Track (พ.ศ. 2559 - 2564) ของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ UNAIDS และยุทธศาสตร์เรื่องความเท่าเทียมระหว่างเพศ (Gender Equality Strategy) ของโครงการกองทุนโลก (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา) ซึ่งยุทธศาสตร์ขององค์กรระหว่างประเทศเหล่านี้เป็นยุทธศาสตร์ที่ประเทศไทยรับมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ โดยตลอด หากในการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศ ทั้ง 2 ฉบับที่ผ่านมา ไม่ได้มีการระบุถึงมาตรการในการดำเนินงานด้านนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานใด ๆ เช่นเดียวกับที่ไม่มีการกำหนดงบประมาณ (หรือมีน้อยมาก) จัดทำแผนปฏิบัติการ หรือมาตรการใด ๆ เลยสำหรับการทำงานในประเด็นเรื่อง “การขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศ เพศภาวะ เพิ่มศักยภาพให้กับผู้หญิง และเด็กผู้หญิงเพื่อปกป้องตนเองจากเอชไอวี/เอดส์” ซึ่งเป็น 1 ใน 10 เป้าหมายที่ประเทศไทยจะต้อง

รายงานสถานการณ์ความก้าวหน้าในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อองค์การสหประชาชาติ ตามข้อตกลง ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ปฏิญญาทางการเมืองเรื่องเอชไอวี และเอดส์ด้วย โดยประเด็น เรื่อง “การขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศ” นี้เป็นประเด็นที่ประเทศไทยรายงานว่าเป็นประเด็นที่ยังไม่มีโอกาสที่จะบรรลุผล

ในส่วนของการทำงานในประเด็นเรื่องการส่งเสริมสิทธิความเท่าเทียมทางเพศในกลุ่มของ ประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ แม้จะเป็นประเด็นที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น โดยมีความพยายามในการ วางแผนเรื่องการทำงานกับคู่ของกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ แต่ก็ยังความก้าวหน้าไปน้อยมาก และ ความท้าทายที่สำคัญที่ยังไม่มีการดำเนินการใด ๆ คือ การส่งเสริมให้มีกฎหมายคุ้มครองการเลือกปฏิบัติบุคคล ที่มีความหลากหลายทางเพศ (พระราชบัญญัติส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ พ.ศ. 2558 ยังมีมาตราที่ระบุถึง ข้อยกเว้นในการให้ความคุ้มครอง ด้วยเหตุผลด้านความมั่นคงของชาติ และศาสนา) การแก้ไขหลักสูตรการ เรียนการสอนเพศศึกษาให้มีเนื้อหาที่ส่งเสริมการเคารพในความแตกต่างหลากหลายด้านเพศภาวะ และเพศวิถี การอบรมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ผู้ให้บริการสุขภาพ มีความตระหนักถึงประเด็นเรื่องการ ละเมิดสิทธิอันเป็นผลมาจากการขาดมุมมองเรื่องความเท่าเทียมด้านเพศภาวะและความรุนแรงอันเนื่องมาจาก เพศภาวะ การเคารพในสิทธิด้านวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual Orientation and Gender Identity หรือ SOGI Rights) และนำไปปรับใช้กับการให้บริการ เป็นต้น

2. การผลักดันกฎหมายส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

จากสถานการณ์ที่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวียังคงเผชิญกับการถูกตีตรา ถูกกีดกัน และถูกเลือกปฏิบัติ อยู่มาก กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่มีอยู่ไม่สามารถดำเนินการเอาผิดกับผู้เลือกปฏิบัติด้วยเหตุผลที่ เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ได้ การผลักดันให้มีกฎหมายส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ จึงน่าจะเป็น เครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก เอชไอวี/เอดส์ได้มากขึ้น ทั้งนี้ภาครัฐและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ควรมี บทบาทในการสนับสนุนให้มีการผลักดันกฎหมายฉบับนี้

3. การจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐสำหรับการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ไม่เพียงพอ

หากดูจากงบประมาณรายจ่ายของประเทศด้านเอชไอวี/เอดส์ พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานด้านส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่ผ่านมาน้อยมาก งบประมาณที่ใช้ในการ ดำเนินการในกิจกรรม หรือมาตรการหลักที่สำคัญในด้านนี้เป็นงบประมาณที่มาจากต่างประเทศ ดังนั้นหาก ต้องการจะส่งเสริมการทำงานในด้านนี้อย่างแท้จริง ประเทศควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้มากขึ้น และ เห็นความสำคัญของการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานด้านการป้องกันในกลุ่มผู้หญิง และการขจัดความ รุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ ให้มีมิติเรื่อง การส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ สิทธิทางเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะมากยิ่งขึ้น โดยกำหนดงบประมาณ และมาตรการดำเนินการที่เฉพาะเจาะจง
2. เพิ่มมาตรการสนับสนุน และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการแก้ไขกฎหมายที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนการจัดทำกฎหมายที่ส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิกลุ่มประชากรหลัก และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบเนื่องจากเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงส่งเสริมให้มีการดำเนินการนำกฎหมาย นโยบายที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิ เช่น แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานไปใช้อย่างแพร่หลาย
3. ปรับปรุงหลักสูตรเพศศึกษา และเอดส์ศึกษา ให้มีประเด็นเรื่อง การเคารพความแตกต่างหลากหลายทางเพศ การส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ สิทธิทางเพศ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และการขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะที่เชื่อมโยงกับเอชไอวี/เอดส์
4. กระตุ้น และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการทำงานด้านการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ ความเท่าเทียมทางเพศ การขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ และความไม่เท่าเทียมทางเพศ กำหนดให้ประเด็นเรื่องการขจัดความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ความเท่าเทียมทางเพศ การจัดการติตรา และเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ เป็นตัวชี้วัดร่วมระดับกระทรวง
5. ดำเนินการให้มีการจัดตั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ในทุกระดับ ทั้งในระดับภาค และในระดับอำเภอ และขยายพื้นที่การจัดตั้งกลไกการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์ระดับจังหวัด โดยสร้างให้มีระบบเชื่อมต่อกลไกรับเรื่องร้องเรียนสิทธิของภาคประชาสังคม และภาครัฐ รวมถึงประสานกลไกการดำเนินงานในทุก ๆ ระดับไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ โดยใช้งบประมาณของประเทศ
6. เพิ่มมาตรการในการสื่อสารสาธารณะ ให้สังคมมีความตระหนักในประเด็นเรื่องการติตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์ สิทธิความหลากหลายทางเพศ และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ และความไม่เสมอภาคทางเพศที่ส่งผลกระทบต่อ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์
7. การจัดสรรงบประมาณ ประเทศจะต้องเห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานในด้านส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในด้านนี้ให้เพียงพอและมีความต่อเนื่อง

5.8 การสื่อสารสาธารณะ

การสื่อสารสาธารณะในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ฉบับนี้ เน้นมาตรการ 2 เรื่องได้แก่ 1) จัดทำแผนการสื่อสารสาธารณะที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศที่มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ และ 2) พัฒนาหน่วยประสานงานกลางในการสื่อสารสาธารณะเรื่องเอชไอวีและเอดส์

ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

การดำเนินงานตามมาตรการเรื่องการสื่อสารสาธารณะทั้งสองมาตรการในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ไม่ได้มีการดำเนินการใดเลย เหตุผลหลักที่ยังไม่เกิดขึ้นนั้นมาจากเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานเอดส์ที่เน้นในเรื่องระบบบริการ และความจำกัดด้านงบประมาณ

การทบทวนแผนงานและกิจกรรมการสื่อสารสาธารณะ นับเวลาย้อนไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 พบว่าประเทศก็ยังไม่ได้มีการทำงานรณรงค์สาธารณะวงกว้างอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีแผนรณรงค์สื่อสารสาธารณะระดับชาติ หรือมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ยกเว้นเพียงช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2551 ที่มีการดำเนินงานรณรงค์สื่อสารสาธารณะในวงกว้างที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบที่ 1 โดยมีงบประมาณและแผนงานที่ชัดเจนในการสื่อสารสาธารณะในวงกว้างด้านการป้องกันและการดูแลรักษา เพื่อการปรับทัศนคติและพฤติกรรมประชากรกลุ่มเยาวชนต่อการพกพาและใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ภายใต้สโลแกน “ยี้ดอกพกถุง” และการรณรงค์สร้างความเข้าใจและความตระหนักต่อเรื่องการรักษาภายใต้สโลแกน “เอดส์รู้เร็ว รักษาได้” (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552)

การดำเนินงานในเรื่องนี้ โดยภาพรวมถือว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนดไว้ในแผน ประเทศยังขาดการประสานงานในส่วนของ เนื้อหาการรณรงค์สื่อสารวงกว้าง และการจัดทำแผนงานการสื่อสารสาธารณะระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ขาดทิศทางการสื่อสารสาธารณะในวงกว้างเรื่องเอดส์มานานนับสิบปี

ความสำเร็จ

1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบแผนงานการสื่อสารสาธารณะด้านเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ สอวพ. ซึ่งได้มีการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา โดยกิจกรรมหลักที่ได้ทำ คือเรื่องการพัฒนาสื่อต้นแบบเพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรหลักเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อโปสเตอร์เพื่อติดในสถานบริการต่าง ๆ การพัฒนาโครงการสื่อสารสาธารณะภาพลักษณ์ใหม่ของถุงยางอนามัยเพื่อความปลอดภัยและ สุขภาวะทางเพศในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ดำเนินการภายใต้สโลแกน “Sex รอบคอบ ตอบ OK” นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 ได้รณรงค์สื่อสารสาธารณะในวันต่าง ๆ จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ วันวาเลนไทน์ วันรณรงค์ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ วันรณรงค์ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี วันรณรงค์ไวรัสตับอักเสบบ และวันเอดส์โลก

2. งานการสื่อสารสาธารณะได้ถูกเขียนไว้ชัดเจนในแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562 ภายใต้งานการสร้างสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินงาน

ความท้าทาย

1. การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ งานการสื่อสารสาธารณะในวงกว้าง ไม่ค่อยได้รับการจัดลำดับความสำคัญต้น ๆ ขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอต่อการทำงานรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั้ง ๆ ที่เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่ต้องทำควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนงานเอดส์ด้านอื่น ๆ ในแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ได้มีการตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายไว้ (ปี พ.ศ. 2558 ตั้งไว้ 0.96 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2559 จำนวน 50.6 ล้านบาท) แต่ก็ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณได้ตามแผน

รายงานจากกลุ่มงานสื่อสารสาธารณะ สอวพ. ระบุว่าในปี พ.ศ. 2557 - 2559 ไม่ได้รับงบประมาณในเรื่องนี้เลย แต่ในปี พ.ศ. 2560 ได้รับจัดสรรงบประมาณจากกรมควบคุมโรคเพื่อดำเนินงานด้านการสื่อสารสาธารณะ ประมาณ 60,000 บาทเท่านั้น

ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2559 สอวพ. ได้พยายามแสวงหาแหล่งทุนอื่น ๆ เพื่อทำงานการสื่อสารสาธารณะในเรื่องเอดส์ จึงได้เจรจากับ สสส. เพื่อขอการสนับสนุน จนได้ข้อสรุปว่าจะมีการสนับสนุนงานการสื่อสารสาธารณะในเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในระดับโครงการนำร่อง และมุ่งเน้นการทำงานสื่อสารลดปัญหาเอดส์ในทุกมิติ เลือกพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันโครงการนี้ยังอยู่ระหว่างปรับปรุงเนื้อหาเพื่อรอการอนุมัติจาก สสส.

2. แผนงานการสื่อสารสาธารณะของประเทศ อย่างไรก็ตามแผนการสื่อสารสาธารณะมุ่งเน้นในกลุ่มประชากรหลักเพียงกลุ่มเดียว คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น

3. การประเมินและวัดผล งานการสื่อสารสาธารณะทำได้ค่อนข้างยาก ไม่เห็นผลที่เป็นรูปธรรม ทำให้ได้รับความสนใจจากผู้บริหารน้อย

4. ขาดการระดมทุนและการแสวงหาความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาสื่อเพื่อการสื่อสารสาธารณะในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น สื่อโทรทัศน์ โซเชียลมีเดีย ฯลฯ ที่ต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดแผนงานการสื่อสารสาธารณะด้านเอดส์ของประเทศให้มีความครอบคลุมกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยมีการออกแบบ เนื้อหาการสื่อสารสาธารณะในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ตามกลุ่มประชากร
2. ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ รวมทั้งภาคประชาสังคม และหน่วยงานผู้ให้ทุน
3. ส่งเสริมการระดมทุนจากภาคธุรกิจเอกชนในการดำเนินงานสื่อสารสาธารณะในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ฉบับต่อไปให้มากขึ้น

3. การขับเคลื่อนและแปลงยุทธศาสตร์สู่การวางแผนและการปฏิบัติ

3.1 การกำหนดโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ทั้งระดับชาติ อนุกรรมการ และอนุกรรมการระดับจังหวัด มีผลต่อการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่อย่างไร?

- **โครงสร้างการบริหารระดับชาติ**

ช่วงก่อนปี พ.ศ. 2559 โครงสร้าง คช.ปอ. ไม่ได้แตกต่างจากโครงสร้างเดิมช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2554 มีการแต่งตั้งชุดอนุกรรมการ 7 คณะ เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ติดตามความก้าวหน้า สนับสนุนการแก้ไขปัญหา รวมถึงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ คช.ปอ. ทั้งนี้พบว่า ชุดอนุกรรมการส่วนใหญ่มีการประชุมไม่สม่ำเสมอ หรือมีการประชุมแต่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานในเชิงนโยบายได้ค่อนข้างจำกัด บางชุดยังไม่เคยมีการจัดประชุมเลย ยกเว้นชุดอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ พบว่ามีความก้าวหน้าค่อนข้างดี ในช่วงนี้เมื่อเทียบกับแผนยุทธศาสตร์ฉบับก่อน

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของชุดอนุกรรมการ คือ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ของภาคส่วนต่าง ๆ เช่น จากความก้าวหน้าของคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ที่มีการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม โดยประธานและเลขานุการมาจากภาคประชาสังคม อีกประการหนึ่งคือ ฝ่ายเลขานุการ ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานขับเคลื่อนงานของอนุกรรมการ กับภาคส่วนราชการอื่น ๆ รวมทั้ง ศบ.จอ.

ด้านการสนับสนุนทางวิชาการ กำหนดให้ สอวพ. เป็นหน่วยงานวิชาการระดับชาติและ สคร. เป็นหน่วยสนับสนุนวิชาการในระดับพื้นที่ แต่พบว่าจำนวนของผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการในหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้กับพื้นที่ยังไม่เพียงพอ

- **โครงสร้างการบริหารระดับจังหวัด**

ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติและแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ฯ กำหนดให้ทุกจังหวัดมี คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด เพื่อเป็นกลไกของการทำงานร่วมกันของภาครัฐ อปท. ภาคประชาสังคมและภาคธุรกิจ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายให้กับจังหวัด รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงาน ความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีองค์ประกอบเป็นผู้แทนจากหน่วยงานภาคราชการในจังหวัดและตัวแทนจากภาคประชาสังคมในจำนวนที่น้อยกว่า คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการประชุมเพื่อรับทราบมากกว่าการกำหนดนโยบายหรือวางแผน ประกอบกับองค์ประกอบคณะค่อนข้างใหญ่ ทำให้ขาดความคล่องตัว รวมทั้งขาดงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน

ในช่วงการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้มีการกำหนดกลไกศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด/กทม. (Provincial Coordinating Mechanism-PCM) ไว้อีกกลไกหนึ่ง มีบทบาทในการบริหารแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด จัดตั้งขึ้นจากการสนับสนุนของกองทุนโลกมาตั้งแต่โครงการรอบ 1-RCC ปี พ.ศ. 2551 ส่วนใหญ่ยังมีการดำเนินงานอยู่ได้เพราะมีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ผ่าน ศบ.จอ. ในช่วงกองทุนโลกรอบ new funding model มี 38 จังหวัดที่อยู่ในโครงการ มีการจัดตั้ง PCM โดยโครงสร้าง PCM

ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการที่มาจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมฝ่ายละครึ่ง มุ่งเน้นการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ PCM ได้รับการสนับสนุนวิชาการจาก ศบ.จอ. เน้นเรื่องระบบการรายงานข้อมูล Routinely Integrated HIV Information System (RIHIS) เพื่อพัฒนาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ งานที่ PCM ดำเนินการเป็นเรื่องการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายมากกว่าการทำงานเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เช่น การจัดประชุมภาคี การสร้างเครือข่ายคนทำงาน การรณรงค์สร้างความตระหนักในชุมชนในจังหวัด การสนับสนุนถุงยางอนามัย การจัดอบรมเจ้าหน้าที่หรือคนทำงาน

ในด้านรูปแบบของ PCM พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ใช้กลไกเดิมที่มีอยู่เป็น PCM กล่าวคือ 19 จังหวัด ใช้โครงสร้างเดียวกับชุดศูนย์ปฏิบัติการและควบคุมโรคเอดส์จังหวัด ที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการเอดส์จังหวัด, 14 จังหวัดใช้ชุดคณะกรรมการเอดส์จังหวัด และ 5 จังหวัดที่เหลือ มีการแต่งตั้ง PCM ขึ้นใหม่ จากรายงานของ ศบ.จอ. พบว่ามีการประชุม PCM ไม่ค่อยสม่ำเสมอ เช่น ในปี พ.ศ. 2559 มีการประชุม 2 ครั้ง ใน 15 จังหวัด, มีการประชุม 1 ครั้ง ใน 14 จังหวัด และไม่มีการประชุม ในอีก 9 จังหวัด ซึ่งสะท้อนว่ากลไก PCM อาจจะไม่เป็นไปตามบทบาทการบริหารแผนปฏิบัติการด้านเอดส์ในจังหวัด

จุดเด่นของ PCM คือเป็นเวทีประสานความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานของภาครัฐและประชาสังคม เนื่องจากมีตัวแทนจากทั้งสองฝ่ายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการเพราะจำนวนคณะกรรมการที่ค่อนข้างเล็ก รวมทั้งมีงบประมาณในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับ สมรรถนะของสมาชิก ทั้งด้านเวลา ชีตความสามารถ ภาระงานประจำ โดยเฉพาะ เลขานุการ PCM หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สสจ. มีงบประมาณที่ต่อเนื่อง การมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีเป้าหมายหรือแผนทำงานร่วมกันที่ชัดเจน

3.2 การสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ฯ สู่การปฏิบัติ

รูปแบบการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ใช้วิธีการในระบบปกติ 2 ช่องทาง คือ การส่งหนังสือแจ้งพร้อมแนบเอกสารเล่มยุทธศาสตร์และแผนเร่งรัดปฏิบัติการไปให้พื้นที่และ การจัดประชุมให้กับ สคร. โดย ศบ.จอ. เพื่อให้ สคร. ไปจัดประชุมสื่อสารแผนยุทธศาสตร์แก่จังหวัดที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป หน่วยงานผู้ปฏิบัติในพื้นที่ก็มีแนวทางการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ลงสู่จังหวัดไม่ทันตามกรอบเงื่อนเวลา จึงพบว่าบางจังหวัดก็พัฒนาแผนยุทธศาสตร์จังหวัดไปก่อน ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมยุทธศาสตร์ของประเทศทั้งหมดได้

การนำแผนไปใช้ประโยชน์ของ สสจ. และ สคร. พบว่ามีการนำไปใช้ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ไม่ได้มาพร้อมรายละเอียดแผนโครงการและงบประมาณ ต่างจากแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ที่ สสจ. สคร. ใช้เป็นกรอบการดำเนินงานมากกว่า ในช่วง พ.ศ. 2558 - 2559 การสื่อสารจาก ศบ.จอ. และ สอวพ. เน้นเรื่องการทำงานกับกลุ่มประชากรหลัก ผลดีคือจังหวัดสามารถตั้งเป้าหมายเร่งรัดได้ง่ายขึ้น รับทราบถึงนโยบายและภารกิจที่ชัดเจน รับรู้และเข้าใจเรื่องกลวิธีการดำเนินงาน R-R-T-T-R ประกอบกับมีงบประมาณ

ลงมากำกับการทำงานด้วย จึงมีความตื่นตัวในการทำงานมากขึ้น ผลเสียคือ ขาดการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ฯ ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ และลดการติดตามจังหวัดที่ไม่ได้เป็นจังหวัดเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ไป ด้วย การพัฒนาและช่วยเหลือวิชาการด้านเอตส์แก่จังหวัดที่ไม่ได้ทำงานกับกลุ่มประชากรหลักมีน้อยลงไป

ภาคประชาสังคมโดยเฉพาะในส่วนกลาง มีการรับรู้และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ แต่ไม่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานมากนัก เนื่องจากไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรง แผนการทำงานเอตส์ของภาคประชาสังคมส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับกรอบที่กำหนดมาจากผู้ให้เงินทุน เช่นกองทุนโลก แต่โดยภาพรวมก็สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ

3.3 การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

การพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลระดับประเทศ เป็นการผสมผสานระหว่างการวางระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลที่รวบรวมจากหน่วยงานหลักเข้าด้วยกันตามตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์เพื่อวัดผลกระทบ และตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแผนงาน

มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในส่วนกลาง 3 หน่วยงานคือ สำนักกระบวนวิชา รับผิดชอบการติดตามด้านการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ สอวพ. รับผิดชอบการติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของประเทศ และ ศบ.จอ. รับผิดชอบการวิจัยประเมินผล และประสานการทำงานและบริหารจัดการระบบข้อมูลภาพรวมประเทศ ส่วนระดับพื้นที่เป็นบทบาทของ สคร. จากการประเมิน พบว่าหน่วยงานทั้งสี่ ได้มีความพยายามในการประสานงานเพื่อรองรับการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นระบบให้สามารถใช้ประโยชน์ได้ทั้งระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น

การติดตามและประเมินผลในระดับปฏิบัติการ มีความก้าวหน้าในกลุ่มประชากรหลัก ในขณะที่ด้านอื่น ๆ ยังมีข้อจำกัด

แผนการติดตามและประเมินผลในรอบนี้ มีความชัดเจนเกี่ยวกับกรอบตัวชี้วัดหลัก แหล่งข้อมูลหน่วยงานรับผิดชอบ และกำหนดความถี่ในการรวบรวมข้อมูล, รวมถึงมีกรอบแผนการติดตามและประเมินผลโดยเฉพาะในเรื่องประชากรกลุ่มหลัก

อย่างไรก็ตาม พบว่า ตัวชี้วัดมีจำนวนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์, บางตัวชี้วัดไม่สะท้อนหรือไม่มีความชัดเจนในการวัดผลการดำเนินงานตามแผนงาน/มาตรการ, บางตัวชี้วัดที่กำหนดไม่สามารถจัดเก็บได้จริง ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมและติดตามข้อมูลตัวชี้วัดบางตัว, การติดตามประเมินผลระดับประเทศมักจะทำเมื่อสิ้นสุดแผน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มภาพรวมของประเทศระหว่างการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ในเชิงแผนงานและโปรแกรมเพื่อดูความสำเร็จ ความล้มเหลว การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน หรือปรับตัวชี้วัดให้เกิดความเหมาะสมและปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้บางยุทธศาสตร์ หรือบางมาตรการเป็นเรื่องใหม่ มีความท้าทายสูงสำหรับประเทศเพราะใช้เวลามากในการขับเคลื่อน อาจไม่มีความจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดผลปีต่อปี และต้องคำนึงถึงวิธีการเก็บข้อมูลที่มีความเหมาะสมและทำได้จริง

ประเด็นท้าทายอื่น ๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และกระทรวงที่ถูกระบุให้รับผิดชอบจัดเก็บข้อมูลโดยเฉพาะตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องประเด็นทางสังคม, การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านข้อมูล, การควบคุมคุณภาพการจัดเก็บข้อมูลการสำรวจ เช่น BSS/IBSS และ การเก็บข้อมูลของตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่อธิบายผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

4. สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการประเมิน และข้อเสนอแนะ

สรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการประเมิน มีดังต่อไปนี้

4.1 เปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 กับแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559

4.2 การใช้ประสบการณ์มาปรับปรุงแผนใหม่

4.3 ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด: ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน

4.4 การขับเคลื่อนและแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร?

4.5 ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ และความท้าทาย

4.6 ความเชื่อมโยงกับแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2560 - 2573)

4.1 เปรียบเทียบแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 กับแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำให้การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา ก่อนการร่างแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 การใช้การคาดประมาณ AEM (Asian Epidemic Model) พ.ศ. 2556 แสดงให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรหลักต่าง ๆ ลดลงมาก โดยในปี พ.ศ. 2556 มีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในประเทศไทยประมาณ 459,658 คน เป็นผู้หญิง 193,965 คน และเด็ก 8,830 คน อัตราความชุกของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 1.1 ถึงแม้ว่าหลายกลุ่มอัตราชุกยังคงที่ แต่สัดส่วนของการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มชายรักชาย ชายสูบบุหรี่ หญิงสูบบุหรี่ และชายบริการ และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดยังไม่มีความโน้มที่จะลดลง (Asian Epidemic Model, AEM 2013) ผู้ร่างแผนยุทธศาสตร์แสดงความเป็นห่วงกลุ่มเยาวชนเนื่องจากผลการศึกษา National Household Survey 2549 แสดงถึงอัตราส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้นในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และค่อนข้างคงที่ในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี กลุ่มเยาวชนจึงปรากฏในเป้าหมายตัวชี้วัด

ด้วยเหตุที่เห็นว่าสถานการณ์ดีขึ้นมากแล้ว แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 จึงเน้นการบูรณาการแผนงานเอดส์เข้าสู่แผนงานของทุกภาคส่วน ผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แจ้งว่า แผนฯ ได้ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม และผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.)

แผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2550 - 2554 มีเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2554 ดังนี้

1. การติดเชื้อรายใหม่ลดลงครึ่งหนึ่งจากที่คาดประมาณ
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เข้าถึงบริการและการดูแลทางสังคมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

วัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ คือ การบูรณาการการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ในทุกระดับ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยกำหนด ยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

1. การปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ
2. การบูรณาการ การป้องกันการดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย
3. การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
4. การติดตามประเมินผล และงานวิจัย

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 คช.ปอ. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ รวม 6 คณะ ได้แก่

- 1) คณะอนุกรรมการประสานแผน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผล
- 2) คณะอนุกรรมการกำกับขับเคลื่อนการปฏิบัติการการป้องกันโรคเอดส์
- 3) คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกัน และรักษาโรคเอดส์

- 4) คณะอนุกรรมการส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
- 5) คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน
- 6) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัด และ กทม.

แม้ว่าในแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554 จะกำหนดให้มียุทธศาสตร์เรื่องการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ แต่คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ กลับได้รับการแต่งตั้งขึ้นในปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ แต่ก็มีบทบาทในการดำเนินงานด้านนี้อย่างต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์ฉบับต่อมา

ระดับจังหวัด คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินการหลังการดำเนินการตามแผนได้ 3 ปี ในช่วง 2 ปี สุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้มีกระบวนการทบทวนสถานการณ์การแปลงแผนสู่การปฏิบัติ พบว่า การนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังเพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ยังคงไม่ชัดเจนเท่าที่ควร อีกทั้งยังมีความไม่ชัดเจนในการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เป็นรูปธรรมสำหรับแผนงานเร่งรัดการป้องกันการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี (รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทย การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รอบปี พ.ศ. 2555)

การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์ฯ ในด้านการรักษา การดูแล และการป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างดี แต่การบูรณาการการป้องกันนั้นเกิดเฉพาะบางจังหวัด ทำให้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) มีมติให้ทำแผนเร่งรัดบูรณาการป้องกันเอชไอวีภายใน 2 ปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ แต่รัฐบาลประสบปัญหาหน้าท่วมใหญ่ทำให้สนับสนุนงบประมาณไม่ได้

ประเด็นความแตกต่างระหว่างแผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2550 - 2554 และแผนยุทธศาสตร์ฯ พ.ศ. 2555 - 2559 ปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ความแตกต่างของแผนยุทธศาสตร์ฯ
เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2554 และ พ.ศ. 2557 - 2559

ประเด็น	แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554	แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559
โครงสร้าง บริหารจัดการ	<p>ระดับชาติ: คช.ปอ. และ คณะอนุกรรมการ รวม 6 คณะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน 2. คณะอนุกรรมการวิชาการการทดลอง วัคซีนเอดส์ 	<p>ระดับชาติ: คช.ปอ. และคณะอนุกรรมการ รวม 7 คณะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะอนุกรรมการด้านการป้องกัน 2. คณะอนุกรรมการด้านการดูแลรักษา 3. คณะอนุกรรมการด้านเทคโนโลยีใหม่ด้าน ชีวการแพทย์ 4. คณะอนุกรรมการวิชาการการทดลองวัคซีน

ประเด็น	แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2550 - 2554	แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559
	<p>3. คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์</p> <p>4. คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน (2554)</p> <p>5. คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (2554)</p> <p>6. คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด</p> <p>ระดับจังหวัด: คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด และ กทม., ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัด</p>	<p>เอดส์</p> <p>5. คณะอนุกรรมการด้านการส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วมของจังหวัดและท้องถิ่น</p> <p>6. คณะอนุกรรมการด้านระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์</p> <p>7. คณะอนุกรรมการด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์</p> <p>ระดับจังหวัด: คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัด และ กทม., ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัด, และ ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (PCM) (38 จังหวัด)</p>
จุดเน้นของแผนยุทธศาสตร์	<p>การบูรณาการงานเอดส์เข้าสู่ภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ และบูรณาการระหว่างงานป้องกันและงานดูแลรักษา</p> <p>ประชากรที่เน้น: ประชากรทั่วไป เยาวชน ประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์</p>	<p>เร่งรัดยุติปัญหาเอดส์: Getting to Zero</p> <p>ประชากรที่เน้น: กลุ่มประชากรหลัก</p>
การพัฒนา ระบบข้อมูล เพื่อติดตาม การดำเนินงาน	<p>การกำหนดตัวชี้วัดไม่ชัดเจน, ระบบจัดเก็บและรวบรวมไม่ชัดเจน</p>	<p>กำหนดเป้าและตัวชี้วัด, มีระบบข้อมูลติดตามการดำเนินงาน RIHIS, Joint KPI</p>

4.2 การใช้ประสบการณ์มาปรับปรุงแผนใหม่

ประสบการณ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมาทำให้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555 - 2559 ได้รับการปรับปรุง ให้เข้มข้นมากขึ้นในหลายด้าน ดังนี้

1. ชื่อของแผน คือ แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 (แผนฯ ได้รับอนุมัติอย่างเป็นทางการล่าช้ากว่าที่กำหนดและปรับมาใช้ชื่อว่า แผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 เนื่องจากปัญหาทางการเมือง)

2. ยุทธศาสตร์ที่ยังบูรณาการไม่ได้ อันเนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ และเป็นนวัตกรรมถูกจัดอยู่ในทิศทางที่ 1 “นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง” ได้แก่การป้องกัน, การปกป้องทางสังคมและกฎหมาย, การมีส่วนร่วมทุกระดับ และการพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

3. ยุทธศาสตร์ที่บูรณาการได้จัดอยู่ในทิศทางที่ 2 “การผสมผสานและบูรณาการให้แผนงานที่มีอยู่เดิมมีคุณภาพ เข้มข้น และมีความยั่งยืน” ได้แก่ การป้องกันการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิด, การป้องกันในเด็กและเยาวชน, การบริการโลหิตที่ปลอดภัย, การดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี, การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบ, การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และการสื่อสารสาธารณะ

4. งบประมาณด้านการป้องกันในกลุ่มเป้าหมายประชากรหลักส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก มีงบเสริมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งสามารถใช้ได้ในที่สุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์, งบประมาณจากโครงการของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา (USAID และ US-CDC) และงบประมาณจาก UN (UNAIDS, WHO, UNICEF)

5. มีการตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) เพิ่มขึ้นเป็น 7 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการด้านป้องกัน, ด้านดูแลรักษา, ด้านส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, ด้านเทคโนโลยีใหม่และชีวการแพทย์, ด้านการส่งเสริมการเป็นเจ้าของร่วม, ด้านข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และด้านการทดลองวัคซีน สำหรับคณะกรรมการระดับจังหวัดยังเหมือนเดิม

6. จุดเด่นของแผนยุทธศาสตร์นี้คือ การจัดทำ “แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562” ที่ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการจัดทำ โดยกำหนดกลุ่มประชากรหลักตามจังหวัด การจัดอันดับความสำคัญของประชากร และพื้นที่ ชุมชนกิจกรรม เป้าหมาย และคาดประมาณงบประมาณที่ต้องการ แผนเร่งรัดนี้เป็นเอกสารอ้างอิงสำคัญในการเสนอขอทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก (แผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562)

7. แผนเร่งรัดนี้ได้กำหนดทิศทางใหม่ของการดำเนินงานให้มีกรอบการดำเนินงานที่เน้นความต่อเนื่องของการเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: R-R-T-T-R) เพื่อการเชื่อมต่อระหว่างการป้องกันและการรักษาที่ชัดเจนกว่าเดิม

4.3 ประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด: ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน

การประเมินครั้งนี้มุ่งเน้นการประเมินว่าประเทศไทยสามารถบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามเป้าประสงค์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ตามวิสัยทัศน์ “มุ่งสู่ความเป็นศูนย์ คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ” จากการประเมินในภาพรวม ของการบรรลุวัตถุประสงค์ของวิสัยทัศน์ทั้ง 3 ด้าน พบว่า

วิสัยทัศน์ 1. เพื่อลดการติดเชื้อใหม่ การดำเนินงานทำให้เห็นการลดการติดเชื้อใหม่อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ในปี 2559

วิสัยทัศน์ 2. เพื่อลดการเสียชีวิต การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น กล่าวคือ อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการเปิดกว้างให้ผู้ติดเชื้อที่ทราบผลมีโอกาสได้รับยารักษาทุกคน และอัตรารายที่ลดลง นอกจากนี้ อัตราการถ่ายทอดเอชไอวีเมื่อแรกเกิดยังคงลดลงจากการที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา และได้รับการยืนยันผลสำเร็จเป็นประเทศที่สองของโลกโดยการรับรองจากองค์การอนามัยโลก

วิสัยทัศน์ 3. เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เมื่อเทียบกับแผนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์แรกที่มีการกำหนดให้มีการดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ถือได้ว่าการดำเนินงานในแผนยุทธศาสตร์นี้ มีความก้าวหน้าค่อนข้างมาก ทั้งในกลไกระดับชาติที่มีคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ทำหน้าที่ผลักดันเชิงนโยบาย และเข้าไปติดตามแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นที่ได้รับการร้องเรียนมาในทุกกรณี

4.4 การขับเคลื่อนและแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร?

ในการขับเคลื่อนและแปลงนโยบายยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติของแผนฯ นี้ ได้กำหนดให้มีโครงสร้างการบริหารยุทธศาสตร์ทั้งอนุกรรมการระดับชาติ และอนุกรรมการระดับจังหวัด

ทั้งนี้ จากการประเมินพบว่าชุดอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ที่มีความก้าวหน้ามากในช่วงนี้เมื่อเทียบกับแผนยุทธศาสตร์ฉบับก่อนหน้า ในขณะที่ชุดอนุกรรมการอื่นหลายชุดมีการประชุมไม่ต่อเนื่อง หรือ มีการประชุมแต่ไม่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานในเชิงนโยบายได้ ส่วนใหญ่อาจจะยังขาดการทำงานแบบเชิงรุกในการกำหนดนโยบาย

ในด้านการบริหารจัดการ ด้านการสนับสนุนวิชาการ มีการกำหนดให้ สอวพ. เป็นหน่วยงานวิชาการระดับประเทศ สนับสนุน สคร. ควรเพิ่มบทบาทของ สคร. ในการสนับสนุนวิชาการให้กับระดับจังหวัดมากขึ้น หน่วยงานวิชาการของประเทศยังขาดผู้เชี่ยวชาญในการทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับพื้นที่

โครงสร้างการบริหารระดับจังหวัด ในแผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติและแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอ็ดส์ฯ กล่าวถึงกลไกระดับจังหวัดไว้สองระดับ คือ

1. คณะอนุกรรมการเอ็ดส์จังหวัด เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามคำสั่งของคช.ปอ. เพื่อแก้ไขปัญหาเอ็ดส์และผลักดันให้มีการดำเนินงานด้านเอ็ดส์ในจังหวัด คณะอนุกรรมการเอ็ดส์จังหวัดส่วนใหญ่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐในจังหวัด และมีตัวแทนภาคประชาสังคมเป็นกรรมการร้อยละ 20

2. ศูนย์ประสานประชาคมเอ็ดส์จังหวัด/กทม. (PCM) เป็นกลไกที่จัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนของโครงการกองทุนโลก มีบทบาทในการบริหารแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด คณะกรรมการ PCM ประกอบด้วยภาครัฐและภาคประชาสังคมอย่างละครึ่ง

ผลการดำเนินงานพบว่า คณะอนุกรรมการเอ็ดส์จังหวัดซึ่งเป็นกลไกที่มีมานาน แทบจะไม่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานด้านเอ็ดส์สักเท่าไรนักเนื่องจาก ขาดงบประมาณสนับสนุนในจัดประชุม ส่วนใหญ่ทำงาน

ในลักษณะตั้งรับ และใช้เป็นเวทีประชุมเพียงการรับทราบมากกว่าการวางแผนหรือกำหนดนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ เนื่องจากมีองค์ประกอบคณะที่ค่อนข้างใหญ่ ทำให้ไม่คล่องตัว

ส่วนกลไกศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด/กทม. (PCM) เป็นกลไกที่จัดตั้งขึ้น โดยการสนับสนุนของโครงการกองทุนโลก ดำเนินงานใน 38 จังหวัดที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก ส่วนใหญ่ยังคงมีการดำเนินงานอยู่เพราะมีงบประมาณสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกผ่านทาง ศบ.จอ. การดำเนินการร่วมกันระหว่างศบ.จอ. กับ PCM ส่วนใหญ่เน้นไปที่การติดตามระบบ การพัฒนาการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ (Routinely Integrated HIV Information System) และงานที่ PCM ทำส่วนใหญ่เป็นเรื่องการจัดกระบวนการมากกว่าการทำงานเชิงประเด็น

จุดเด่นของ PCM คือเป็นเวทีประสานความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานของภาครัฐและประชาสังคม มีความคล่องตัวเพราะเป็นคณะทำงานที่มีขนาดเล็กกว่าคณะกรรมการเอดส์จังหวัด **จุดอ่อน** คือ สมรรถนะของคณะกรรมการทั้งด้านเวลา ชีตความสามารถ ภาระงานประจำ และงบประมาณสำหรับการดำเนินกลไกประเด็นท้าทายในการดำเนินงานของ PCM คือ ลักษณะโครงสร้าง และการดำเนินงานที่ไม่ตายตัวของ PCM แต่ละจังหวัด ขึ้นอยู่กับจังหวัดใดจะออกแบบการทำงานของ PCM ให้เหมาะสม และสอดคล้องกับการขับเคลื่อนงานเอดส์ในจังหวัดของตนเองอย่างไร มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่แยกจากคณะกรรมการเอดส์จังหวัดอย่างชัดเจนหรือไม่ และเมื่อสิ้นสุดงบประมาณสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกแล้ว กลไก PCM จะยังคงมีอยู่หรือไม่ และจะหางบประมาณจากแหล่งไหนมาสนับสนุน

ในส่วนของการสื่อสารยุทธศาสตร์เอดส์ชาติสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่นั้นพบว่าได้มีการส่งหนังสือแจ้งพร้อมกระจายส่งเอกสารเล่มยุทธศาสตร์และแผนเร่งรัดปฏิบัติการไปให้พื้นที่ และ การจัดประชุมให้กับ สคร. โดย ศบ.จอ. เพื่อให้ สคร. ลงไปประชุมสื่อสารแผนยุทธศาสตร์แก่จังหวัดที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หน่วยงานผู้ปฏิบัติในพื้นที่ มีแนวทางการแปลงยุทธศาสตร์ฯ สู่การปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ลงสู่จังหวัดไม่ทันตามกรอบเงื่อนไข เนื่องจากพบว่ามีบางจังหวัดก็พัฒนาแผนยุทธศาสตร์จังหวัดไปก่อนแล้ว ก็อาจไม่ครอบคลุมทุกยุทธศาสตร์ของประเทศทั้งหมด

ในการนำแผนยุทธศาสตร์ไปใช้ประโยชน์ของ สสจ. และ สคร. นั้นพบว่ามีการนำไปใช้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากยุทธศาสตร์ไม่ได้มาพร้อมรายละเอียดแผนโครงการและงบประมาณที่ชัดเจน ยกเว้นแผนปฏิบัติการเร่งรัดฯ ที่ สสจ. สคร. ใช้เป็นกรอบการดำเนินงานมากกว่า ในปี พ.ศ. 2558 - 2559 การสื่อสารจาก ศบ.จอ. และ สอวพ. ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการทำงานกับกลุ่มประชากรหลัก แต่ขาดการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ในกลุ่มประชากรอื่น ๆ และจังหวัดที่ไม่ใช่เป้าหมายเร่งรัด

ในส่วนของภาคประชาสังคม พบว่า บางองค์กรมีการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แต่ไม่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน เนื่องจากแผนฯ ไม่ได้กำหนดงบประมาณ แผนการทำงานเอดส์ของภาคประชาสังคมขึ้นแหล่งเงินทุนเป็นผู้กำหนดกรอบ แต่โดยภาพรวมก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกระแสโลกและประเทศ (เช่นกองทุนโลก เป็นต้น)

การติดตามประเมินผล มีการกำหนดบทบาทของหน่วยงานรับผิดชอบ 3 หน่วยงานคือ สำนักระบาดวิทยา รับผิดชอบการติดตามด้านการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ สอวพ.

รับผิดชอบการติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ของประเทศ และ ศบ.จอ. รับผิดชอบการวิจัยประเมินผล และประสานการทำงานและบริหารจัดการระบบข้อมูลภาพรวมประเทศ ส่วนระดับพื้นที่เป็นบทบาท สคร. พบว่าหน่วยงานทั้งสาม รวมทั้ง สคร. ไม่มีกำลังคนเพียงพอในการรองรับการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นระบบ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่องทั้งระดับประเทศ จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น

ส่วนการติดตามและประเมินผลในระดับปฏิบัติการ มีความก้าวหน้าแต่ในด้านที่เกี่ยวกับประชากรหลัก ในขณะที่ข้อมูลของประชากรกลุ่มอื่น ๆ ยังมีจำกัด

สำหรับตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวง (Joint KPIs) ถือว่าเป็นจุดเด่นอีกด้านหนึ่งของความพยายามให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างกระทรวง เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานราชการ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจาก คช.ปอ. ในปี พ.ศ. 2557 แต่ก็ล้มเหลวเมื่อไม่ได้รับความเห็นชอบจาก กพร. ต่อในปี พ.ศ. 2559 เป็นตัวสะท้อนได้ดีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่องานเอดส์ของหน่วยงานราชการอื่น ๆ

หากจะมีการผลักดันเรื่องตัวชี้วัดร่วมกลับมาในอนาคต คงต้องพิจารณาเรื่องความยากง่ายของตัวชี้วัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีเครื่องมือในการจัดเก็บอย่างไรที่ทำได้และมีคุณภาพ รวมถึงความคุ้มค่าในการลงทุนไม่น้อยเพียงไรด้วย การวางแผนในเรื่อง Joint KPIs ควรต้องให้ความสำคัญกับเงื่อนไขการทำงานร่วมกันที่ไม่ใช่แค่การรายงานผลการปฏิบัติในงานประจำของหน่วยงาน แต่ทำอะไรให้เกิดแผนงานโครงการเอดส์ร่วมกัน (Implementation) ที่มีพื้นที่ทำงานและงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการที่ชัดเจน โดยมีแผนงบประมาณจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ งบสนับสนุนภายนอกพร้อมด้วย มีกลไกการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผลที่เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยวิชาการของแต่ละกระทรวงที่ชัดเจน คล้าย ๆ รูปแบบการทำงานกองทุนโลก

แผนการติดตามและประเมินผลในแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 มี**จุดเด่น** คือ มีความชัดเจนเกี่ยวกับกรอบตัวชี้วัดหลัก แหล่งข้อมูล หน่วยงานรับผิดชอบ และกำหนดความถี่ในการรวบรวมข้อมูล, มีกรอบแผนการติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะในเรื่องประชากรกลุ่มหลัก **จุดด้อย** คือ ตัวชี้วัดมีจำนวนค่อนข้างมากโดยเฉพาะตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์, บางตัวชี้วัดไม่สะท้อนหรือไม่มีความชัดเจน บางตัวชี้วัดที่กำหนดก็ไม่สามารถจัดเก็บได้ ในการวัดผลการดำเนินงานตามแผนงาน/มาตรการ, ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมและติดตามข้อมูลบางตัวชี้วัด การติดตามประเมินผลระดับประเทศมักไปทำเมื่อสิ้นสุดแผน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศระหว่างการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ขาดหน่วยงานหลักที่เป็นเอกเทศในการรับผิดชอบเรื่องการติดตามประเมินผล

4.5 ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ และความท้าทาย

ปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จ

1. ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาระดับชาติที่รัฐบาลให้การสนับสนุนโดยนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรี ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นประธาน คช.ปอ. ในช่วงแผนนี้ได้มีการประชุมปีละ 2 ครั้งเพื่อติดตามความก้าวหน้าและให้แนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย และมีคณะอนุกรรมการฯ ระดับประเทศจำนวน 7 คณะ เน้นงานในด้านต่าง ๆ และช่วยผลักดันการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ฯ นอกจากนี้ยังมีคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ลงไปในระดับจังหวัด และ กทม. และศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด/กทม. (PCM) ที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด เพื่อช่วยประสานการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน ซึ่งผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ด้านต่าง ๆ มีความสำเร็จค่อนข้างแตกต่างและหลากหลาย

2. มีความพยายามในการเพิ่มความเข้มแข็งของการประสานงานระหว่างกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการยุติปัญหาเอดส์ โดยกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ จัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้ตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) แต่ทว่าการดำเนินการยังขาดลักษณะของการบูรณาการงานร่วมกันอย่างชัดเจน เป็นเหตุให้มีการยกเลิก Joint KPIs ไปในปี พ.ศ. 2559

3. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 - 2562 ซึ่งกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานไว้ 2 ทิศทาง กับ 5 ยุทธศาสตร์หลัก โดยพบว่า ทิศทางที่ 1 “นวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง” ในแผนปฏิบัติการนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกและองค์กรอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

4. มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมในทิศทางที่หนึ่งจากกองทุนโลก หน่วยงานจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ได้แก่ USAID และ US-CDC รวมทั้งองค์กร UN ต่าง ๆ เช่น WHO, UNAIDS, UNICEF, UNDP เป็นต้น

กองทุนโลก (GFATM) ได้ปรับแนวทางสนับสนุนงบประมาณใหม่ เป็น New Funding Model ซึ่งเน้นการใช้แผนยุทธศาสตร์ชาติเป็นหลักในการสนับสนุนงบประมาณ ทำให้แผนยุทธศาสตร์ได้รับการใส่ใจมากขึ้น ทั้งการพัฒนาแผนโดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การใช้ข้อมูลในการกำหนดการจัดอันดับความเร่งด่วน และเน้นความครอบคลุมการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักที่ขับเคลื่อนการระบาดของเอชไอวี บทบาทของภาคประชาสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยกองทุนโลกได้สนับสนุนโครงการ CHAMPION ที่เน้นการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก และโครงการ PHAMIT ในการป้องกัน และดูแลรักษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

สำหรับงบประมาณในทิศทางที่ 2 “การผสมผสานและบูรณาการให้มาตรการและแผนงานปัจจุบันมีคุณภาพเข้มข้น และมีความยั่งยืน” ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลผ่าน สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งงบของรัฐบาลที่ให้ผ่านสภาอากาศไทยในการจัดบริการโลหิตปลอดภัย

5. ปัจจัยภายนอกที่ผลักดันการเร่งรัดงานเอดส์ ในปี 2554 UNAIDS ได้เสนอนโยบาย Getting to Zero โดยเน้นการลดการติดเชื้อใหม่ ลดการตายจากเอชไอวี และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ประเทศไทยได้รับนโยบายนี้มาปฏิบัติในปี 2555

6. ความร่วมมืออย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง จากภาคประชาสังคม ที่รวมถึงเครือข่ายผู้อยู่ร่วมกันกับเชื้อเอชไอวี เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติด และเครือข่ายอื่น ๆ เครือข่ายภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมอย่างสำคัญ ตั้งแต่อยู่ในคณะกรรมการชาติ (คช.ปอ.) คณะอนุกรรมการระดับชาติ จังหวัด ศูนย์ประสานประชาคมจังหวัด (PCM) และเป็นผู้ร่วมปฏิบัติการในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก

7. การมีภาคีเครือข่ายทางวิชาการที่เข้มแข็ง ทั้งจากมหาวิทยาลัย สภาวิชาชีพไทย องค์กรรัฐบาล สหรัฐอเมริกา องค์กรสหประชาชาติต่าง ๆ รวมทั้ง องค์กรเอกชนทั้งของไทยและต่างประเทศ

8. ระบบบริการสาธารณสุขที่กระจายครอบคลุมการให้บริการทั่วประเทศ ด้านการป้องกันและการรักษาเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

9. มีระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ และระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ ที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตาม ประเมินการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทาย

ถึงแม้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้จะประสบผลสำเร็จไปในทิศทางที่ต้องการ แต่ยังไม่บรรลุเป้าประสงค์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตจากเอดส์ การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่กำหนดไว้ เนื่องจากยังมีความท้าทาย ต่อไปนี้

1. การมีโครงสร้างอนุกรรมการฯ ในระดับชาติ และระดับจังหวัดที่ชัดเจนเป็นเรื่องที่ดี แต่ในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์นี้พบว่า ยังมีประเด็นเรื่อง อัตรากำลังของบุคลากรที่ไม่เพียงพอและยังขาดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามบทบาทความรับผิดชอบ ให้สามารถขับเคลื่อนงานป้องกันดูแลรักษา และลดการตีตราได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งงบประมาณยังคงมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะ งานด้านการป้องกัน งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลัก ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก รวมไปถึงงานเอดส์ที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถาน และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2. การอนุมัติแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ค่อนข้างมีความล่าช้ากว่ากรอบระยะเวลาที่กำหนดตามแผนทุก 5 ปี (พ.ศ. 2555 - 2559) ทำให้แผนนี้สามารถที่จะดำเนินการได้จริง ๆ เมื่อเข้าสู่ระยะกลางแผน ส่งผลให้การดำเนินการในบางยุทธศาสตร์มีความล่าช้าและไม่สามารถประเมินได้

3. ความไม่สอดคล้องในนโยบาย และวิธีปฏิบัติในระหว่างกระทรวงต่าง ๆ อาทิเช่น การป้องกันและดูแลรักษาในผู้ใช้ยาชนิดฉีด ที่ขัดแย้งกับกฎหมายปราบปรามยาเสพติด กฎหมายที่เกี่ยวกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

4. ความพยายามที่จะผลักดันให้มีการจัดทำตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน หรือ Joint KPIs โดยหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานด้านเอดส์ ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ เนื่องจากยังไม่สามารถจูงใจให้หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เห็นความสำคัญ และยอมรับเป็นเจ้าของภาพในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังประสบปัญหาในเรื่องของการมีส่วนร่วมของกระทรวงอื่น ๆ ในการกำหนดตัวชี้วัด กำหนดจำนวนตัวชี้วัด และการสื่อสารให้แต่ละกระทรวงเข้าใจในตัวชี้วัดที่เสนอโดยหน่วยงานด้านเอดส์ ที่ผ่านมาเคยมีการยอมรับ Joint KPIs ด้านเอดส์ ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 ก่อนที่จะถูกถอดออกในปี พ.ศ. 2556 - 2557 และมีการนำกลับเข้ามาอีกครั้งในปี พ.ศ. 2558 แต่ดำเนินการได้เพียงเพียงปีเดียวก็ถูกถอดออกไปอีกในปี พ.ศ. 2559

5. การตีตรา และเลือกปฏิบัติ ที่ยังคงมีอยู่ในระดับสูง ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ ป้องกัน ดูแลรักษา และช่วยเหลือทางสังคมของผู้ติดเชื้อฯ และผู้ได้รับผลกระทบ

6. การประสานงานให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในส่วนกลาง ระดับเขต และระดับ ดำเนินการในพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและการสนับสนุนในระดับท้องถิ่น ภาคเอกชน ยังมีไม่เพียงพอ เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยังคงเป็นจุดอ่อนสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของนโยบายยุติปัญหาเอดส์

7. มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด ในกลุ่มประชากรหลักยังขาดความครอบคลุม ความเข้มข้น และประสิทธิภาพของการดำเนินการที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์นี้ โดยเฉพาะ วิสัยทัศน์ 1. เพื่อลดการติดเชื้อใหม่ และ วิสัยทัศน์ 3 การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

8. การเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักบางกลุ่มยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ชนิดฉีด กลุ่มประชากรข้ามชาติ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ฯลฯ ส่วนใหญ่ภาคประชาสังคมจะเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักได้มากกว่าภาครัฐซึ่งมักจะทำงานเชิงตั้งรับเป็นหลัก

9. ความจำกัด และการกระจายงบประมาณมีไม่ทั่วถึง ตัวอย่างเช่น งานป้องกัน งบประมาณส่วนใหญ่ในการดำเนินงานกับกลุ่มประชากรหลัก รวมทั้งงานเอดส์ ในผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ มาจากการสนับสนุนของกองทุนโลก

10. ผลพวงจากแผนบูรณาการในช่วงปี 2550 - 2554 ทำให้ทีมทำงานในระดับจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของ สสจ. สคร. และโรงพยาบาล มีคนทำงานด้านเอดส์ลดน้อยลงอย่างมาก และการปรับโครงสร้างภายใน ทำให้คนทำงานด้านเอดส์ต้องรับผิดชอบแผนงานอื่น ๆ อีกด้วย

11. ระบบข้อมูลมีหลายระบบ ทั้งระบบที่มีอยู่เดิม และระบบที่สร้างขึ้นใหม่ในระหว่างแผนฯ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน ไม่ครอบคลุม และไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้ และสร้างภาระให้กับหน่วยงานที่เป็นผู้จัดเก็บ ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง ทำให้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ๆ ทำได้อย่างจำกัดหรือไม่สมบูรณ์ ที่สำคัญตัวชี้วัดระดับเป้าประสงค์หลายตัวไม่สามารถรายงานได้เพราะไม่มีการสร้างระบบฐานข้อมูลมารองรับหรือต้องอาศัยการสำรวจแยกออกไปต่างหาก

4.6 ความเชื่อมโยงกับแผนฯ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2560 - 2573)

แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 เป็นความต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2557 - 2559 ในการยุติปัญหาเอดส์ แต่ได้มีการแปลงเป้าหมายหลักที่สามารถวัดได้ 3 ประการได้แก่

1. ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย
2. ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย
3. ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90

ทั้งนี้ในแผน ยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2560 - 2573 ยังได้ให้ความสำคัญกับ ประเด็นท้าทาย ที่สอดคล้องกับผลที่ได้จากการประเมินแผนยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. 2557 - 2559 ดังต่อไปนี้

1. การดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยมุ่งเน้นประชากรกลุ่มหลักที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง พนักงานบริการทางเพศที่ไม่ได้สังกัดสถานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด แต่ความครอบคลุมในประชากรกลุ่มดังกล่าวยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงเป้าหมายตามที่ต้องการ จำเป็นต้องเพิ่มความพยายาม และสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ

2. การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งที่ยังไม่รู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าสู่ระบบบริการ และการจัดบริการที่จะคงคุณภาพไว้ให้คงเดิม

3. จากผลการสำรวจการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่จัดทำโดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง พบว่าประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำนวนมากยังคงขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมรณรงค์เรื่องการคุ้มครองสิทธิ และการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ให้เข้มข้นมากขึ้น และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มมิติเรื่องความละเอียดอ่อนด้านเพศภาวะ เพศวิถี และความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศภาวะ ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ ฉบับ พ.ศ. 2557 - 2559 ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้มากนัก และในส่วนของ การจัดตั้งกลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ควรต้องมีการกำหนดงบประมาณภายในประเทศเพื่อดำเนินการในเรื่องนี้อย่างชัดเจน เนื่องจากที่ผ่านมา กลไกคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการทำงานของภาคประชาสังคมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากต่างประเทศเป็นหลัก

4. ทรัพยากรในการสนับสนุนการดำเนินงาน ยังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนให้แก่ภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชน การรักษาและป้องกันแก่กลุ่มประชากรข้ามชาติและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสบางกลุ่ม

5. ขาดการสนับสนุนงบประมาณในบางประเด็นที่มีความสำคัญ เช่น การตีตรา และเลือกปฏิบัติ การบูรณาการประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี

6. โครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ในระดับชาติ (บทบาทของคณะกรรมการทั้ง 7 และบทบาทของหน่วยงานส่วนกลาง) และในระดับจังหวัด รวมทั้งข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรในระดับปฏิบัติการ เป็นหัวใจสำคัญที่จะไปขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่การยุติปัญหาเอดส์

7. การสื่อสารแผนยุทธศาสตร์จากระดับชาติ ลงไปสู่หน่วยงานระดับปฏิบัติของทุกภาคส่วน ยังคงเป็นความท้าทายของประเทศ จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้มีความชัดเจน และทุกระดับนำไปปฏิบัติในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาสังคม

8. การเร่งพัฒนาระบบการติดตาม และประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ มีความชัดเจน และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของชาติ จากการประสานงานและความร่วมมือในการพัฒนาจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.7 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการประเมินในครั้งนี้ แบ่งได้เป็นสองส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่ ข้อเสนอแนะของแต่ละยุทธศาสตร์ได้นำเสนอภายใต้หัวข้อผลลัพธ์จากการประเมิน ในบทก่อนหน้า และ ข้อเสนอแนะในภาพรวมดังจะกล่าวถึงต่อไปนี้

1) เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยได้มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2560 – 2573 อยู่แล้ว และจะมีการทบทวน ปรับปรุง แผนระยะ 5 ปี เพราะฉะนั้นควรนำข้อสังเกตที่ได้จากการประเมิน โดยเฉพาะในรายยุทธศาสตร์ ฉบับ พ.ศ. 2557 - 2559 นำไปใช้ในการพิจารณาปรับปรุงแผนปัจจุบัน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) การสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาสังคม ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหาเอตส์ ยกตัวอย่างเช่น การกระตุ้นให้กลุ่มประชากรหลักได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยเร็ว และได้รับยาต้านไวรัสจากหน่วยบริการทันทีเมื่อพบว่ามี การติดเชื้อ

3) ปัญหาด้านโครงสร้าง และกำลังคนที่ทำงานการยุติปัญหาเอตส์ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด

- ควรมีการทบทวนบทบาทและภารกิจ รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของ คณะอนุกรรมการทั้ง 7 คณะ

- ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (สอวพ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในด้านวิชาการ

- ควรมีการทบทวนและสร้างเสริมความเข้มแข็งบทบาทของคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด คณะกรรมการประสานงานจังหวัด/กทม. (PCM)

4) ควรเสริมสร้างการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในระหว่างเครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านเอตส์ ได้แก่ องค์กรระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัย องค์กรพัฒนาเอกชน รวมไปถึงการมีบทบาทในเวทีระหว่างประเทศ เช่น เวทีอาเซียน หรือ การประชุมสหประชาชาติ เป็นต้น

5) ควรมีการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้กับภาคส่วนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงแนวทางการเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมจากกระทรวงอื่น โดยอาจทบทวนและพิจารณาการนำ Joint KPI หรือตัวชี้วัดที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันมาใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลอย่างเหมาะสมรวมทั้งการพัฒนาแผนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

6) งบประมาณในการยุติปัญหาเอดส์มีความจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนระดมทรัพยากรภายในประเทศ โดยเฉพาะจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทดแทนงบประมาณจากภายนอกที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และความยั่งยืนของโครงการ ควรจัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุมกิจกรรมในยุทธศาสตร์ที่สำคัญได้แก่การป้องกัน การพิทักษ์สิทธิ์และการประสานงานในทุกกระดับ เป็นต้น

7) ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ของกองทุนสุขภาพตำบล และการดำเนินงานด้านเอดส์ของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ที่ได้รับงบประมาณไปดำเนินการและเพิ่มการทำงานกับภาคธุรกิจเอกชนเพื่อสร้างความตระหนักและสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ให้มากขึ้น

8) จัดให้มีการติดตามและประเมินผลให้มีข้อมูลระดับประเทศเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ของจังหวัดและการบูรณาการประเด็นเอดส์เข้าไปอยู่ในแผนพัฒนาท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น. เอกสารประกอบการประชุมราชการเรื่องทบทวนการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วันที่ 14 พฤศจิกายน 2559. เวลา 09.30-13.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ อาคาร 8 ชั้น 8 กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์รณรงค์อย่างอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558 – 2562.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559, ตุลาคม 2555.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2562, พฤศจิกายน 2557.

เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง. แผนงานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อังใน สไลด์นำเสนอ ณ วันที่ 22 ธ.ค. 2558.

มูลนิธิรักษ์ไทย, นางสาวกอแก้ว วงศ์พันธ์และคณะ. (2560) ผลการศึกษาการเข้าถึงทรัพยากรของกลุ่มและภาคประชาสังคมด้านเอดส์ จังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเอดส์ประเทศไทย

มูลนิธิรักษ์ไทย และสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2560) ผลการศึกษาการเข้าถึงทรัพยากรของกลุ่มและภาคประชาสังคมด้านเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่.กรุงเทพฯ : มูลนิธิเอดส์ประเทศไทย

มูลนิธิเอดส์ประเทศไทย, นายอุบล สวัสดิ์ผล และคณะเด็กและเยาวชนจังหวัดร้อยเอ็ด. (2560) ผลการศึกษาการเข้าถึงทรัพยากรของกลุ่มและภาคประชาสังคมด้านเอดส์ จังหวัดขอนแก่น.กรุงเทพฯ : มูลนิธิเอดส์ประเทศไทย

สรุปข้อเสนอแนะจากการประชุมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในแผนการเปลี่ยนผ่านเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย. วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2559

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). รายงานวิจัยนำร่องการพัฒนาเครื่องมือ และวิธีการเพื่อสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี : บริษัทเดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ Health Counterparts Consulting. รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์ กลุ่มเยาวชนและ ศปจอ. (PCM) “โครงการประเมินผลภายนอกโครงการด้านเอดส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557”

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบ โครงการเอดส์ด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบที่ 1, มกราคม 2552.

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะ. รายงานการประเมินผล โครงการ “การประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ”, 2554.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ (2556). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 รายงานฉบับสมบูรณ์.ม.ป.ท.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, องค์การยูนิเซฟ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2559 รายงานฉบับสมบูรณ์.ม.ป.ท.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การวิเคราะห์ ทบทวน สारววจ ความต้องการจำเป็นในการสื่อสารภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัยในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย. พฤษภาคม 2557.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2559 (โครงการ MICS รอบที่ 5). สิงหาคม 2559.

สุชาดา ทวีสิทธิ์, สุไลพร ชลวิไล และ สุชาติ หาญมนตรี ในนามสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. รายงานการวิเคราะห์ช่องว่างในงานวิจัย นโยบาย แผนงาน โครงการ การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นเรื่องผู้หญิงกับเอชไอวี/เอดส์ ได้รับทุนสนับสนุนจาก UNWomen. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ. ประเทศไทยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550 - 2554. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2557.

ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย, 2559.

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. มติการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี. พ.ศ. 2534 - 2558, เมษายน 2558.

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2557 (ฉบับสมบูรณ์), พฤศจิกายน 2557.

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. Thailand AIDS Response Progress Report 2015. Report Period: Fiscal Year of 2014.

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์เยาวชนและวัยรุ่นในประเทศไทย

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. การศึกษาทบทวนด้านการเลี้ยงดูทดแทนในประเทศไทยนโยบายสู่การปฏิบัติโดยมุ่งเน้นเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ (CABA), พฤษภาคม 2557.

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย รายงานสังเคราะห์ 2558.

Health Counterparts Consulting. รายงานผลการประเมินภายนอก โครงการ CHILDLIFE ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบที่ 10 “โครงการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ และให้การคุ้มครองทางสังคมแบบองค์รวมสำหรับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เด็กด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในภาวะเปราะบางที่อยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง”, กุมภาพันธ์ 2557.

Thai Working Group on National AIDS Spending Assessment และ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน รายงานจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2557 - 2558.

The School of Global Studies, Thammasat University, Rangsit Campus. รายงานฉบับย่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย.

เว็บไซต์

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556) การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (รายงานเสนอต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ) สืบค้นวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2560 เข้าถึงได้จาก <http://library.nhrc.or.th/ulib/document/Fulltext/F07989.pdf>

รายงานการติดเชื้อที่เกิดจากการรับเลือด - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายสุดท้ายของประเทศไทย (สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2560)

ภาคผนวก

รายนามผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
แห่งชาติ พ.ศ. 2557 - 2559

1. นายแพทย์สุเมธ องค์กรธรณี ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ตำแหน่งในขณะที่ย้ายมา)
2. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. พญ.เพชรศรี ศรีนิรันดร์ ที่ปรึกษาดำเนินการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์นคร เปรมศรี ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
5. พญ.สุชาดา ไชยวุฒิ ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่อาวุโส แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอดส์ วัณโรคและผู้ติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. แพทย์หญิงอัจฉรา ธีรรัตน์กุล Chief, Strategic Information, Global AIDS Program, Thailand/Asia Regional Office, Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration (TUC)
7. พญ.รังสิมา โสฬ์เลขา Chief, HIV Prevention and Care among Children, Adolescents, and Family, Global AIDS Program Thailand/Asia Regional Office, TUC
8. คุณพรทิพย์ เข้มเงิน หัวหน้าศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
9. คุณบุษบา ตันติศักดิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค
10. คุณวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
11. คุณทองกร ยันรังสี หัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
12. คุณนิรมล ปัญสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
13. คุณสุปิยา จันทรมณี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

14. คุณอาทิตย์ ผู้สํ้าองค์กร เจ้าหน้าที่อาวุโส แผนงานสนับสนุนระบบบริการเอตส์ วัณโรคและผู้ติดเชื้อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
15. คุณมุกดา แก้วมุกด์ นักสังคมสงเคราะห์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
16. คุณจุลลดา วิชัยยะ เจ้าหน้าที่งานพัฒนาสังคมชำนาญการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
17. คุณวนิดา แจ้สว่าง นักสังคมสงเคราะห์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
18. คุณนิศานาถ เลิศพฤกษา นักสังคมสงเคราะห์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
19. คุณเบญจรัตน์ ฝั้นกา นักพัฒนาสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
20. คุณเพ็ญสิริ ศรีจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
21. คุณอรวรรณ แสนนามวงษ์ หัวหน้างานกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
22. คุณดวงพร ถิ่นถา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
23. คุณเพชรชลี แต่งสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
24. คุณพรรณี ชัยโพธิ์ศรี หัวหน้ากลุ่มงานแผนงานและระบบข้อมูล กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
25. คุณอุบลรัตน์ ธนรุจิวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานป้องกันทางพฤติกรรม กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
26. คุณพิมพ์มล จันทร์เจริญศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
27. คุณสิบลีธี ครองชื่น นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
28. คุณกนกรัตน์ เลิศไทรภาพ หัวหน้ากลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร
29. คุณนवल มิติภัทร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

30. คุณวัชรวี ทองอ่อน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
31. คุณพร้อมบุญ พาณิชภัคดี กรรมการและเลขาธิการมูลนิธิวิชาชีพไทย
32. คุณจารุณี ศิริพันธ์ รองผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
33. คุณลาวัลย์ สาโรราท นักวิชาการอิสระ เครือข่ายคนทำงานลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
34. คุณปิยะบุตร นาคะผิว ผู้อำนวยการมูลนิธิไอโซน
35. คุณศักดิ์ดา เผือกชาย ประธานเครือข่ายผู้เฒ่าแห่งประเทศไทย
36. คุณเย็นจิตร สมเพาะ ผู้อำนวยการมูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย
37. คุณสุรางค์ จันทร์แย้ม ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ
38. คุณदनัย ลินจรัตน์ ผู้อำนวยการสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
39. คุณพรพิพัฒน์ โปธาสิน ผู้จัดการมูลนิธิซิสเตอร์ จังหวัดชลบุรี
40. คุณมณฑล หิรัญมาพร ธุรการและบัญชี กลุ่มเอ็มเฟรนด์ จังหวัดอุดรธานี
41. คุณสงวน สนสมบัติ ประธานเครือข่ายอุตรพัฒนางานเอดส์ จังหวัดอุดรธานี