

รายงานการทบทวนยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ใน
การทบทวนครั้งแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ชาติ ฉบับ ปี พ.ศ. 2550 – 2554

โดย

คณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่โครงการทบทวน (ครั้งแผน)

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ

ร่วมกับ

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล มหาวิทยาลัยมหิดล

และ UNAIDS

รับผิดชอบและดำเนินการโดย

1. คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ (กพอ.)
2. มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์
3. เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ประเทศไทย

เขียนโดย

1. นิวัตร สุวรรณพัฒนา คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ (กพอ.)
2. สุภัทรา นาคะผิว ประธานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ (กพอ.) และผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์
3. กาญจนา แดงลงกิจ ผู้ประสานงานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ (กพอ.)

รายงานชิ้นนี้ประกอบไปด้วย สามส่วนคือ

ก. ภาคการทบทวน

1. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554
2. การทบทวนเอกสารรายงานการศึกษา วิจัย 3 ชั้นของภาคประชาสังคม
3. การจัดเวทีนำเสนอผลเบื้องต้นจากการทบทวนเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 โดยแบ่งการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเป็น 2 ช่วง ช่วงเช้าเป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาครัฐ และช่วงบ่ายเป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาสังคม

ข. ภาคการวิเคราะห์ เป็นการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากสองส่วน

1. ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนรายงานและ(ร่าง)รายงาน 3 ฉบับ
2. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการจัดเวทีทบทวน 26 กพ.2553

ค. ภาคผนวก

1. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554
2. รายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับเอ็ดส์ในประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิมนุษยชน โดย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์

3. (ร่าง)รายงานการทบทวนนโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศ โดย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ประเทศไทย (กพอ.)

ก. ภาคการทบทวน

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้กำหนดภาพความสำเร็จ และตัวชี้วัดเป้าหมาย
ความสำเร็จไว้ดังนี้

ภาพความสำเร็จ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์กลุ่มต่าง ๆ ได้รับการคุ้มครองสิทธิและได้รับการปฏิบัติ
อย่างเท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคม
2. กลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก (เช่น ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชายที่มี
เพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ต้องขัง เป็นต้น) ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเข้าถึงบริการ
ป้องกันได้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายความสำเร็จ

1. ร้อยละของผู้ให้บริการทั้งด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติเกี่ยวกับ
เรื่องสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอดส์
2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่ประสบปัญหาถูกละเมิดสิทธิ ได้รับการ
ช่วยเหลือเพื่อคุ้มครองสิทธิ
3. ระบบการติดตามและจัดทำรายงานสถานะการณ์ด้านสิทธิเรื่องโรคเอดส์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วน
ต่าง ๆ รวมทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ปีละ 1 ครั้ง

หมายเหตุ รายละเอียดของยุทธศาสตร์ ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก 1

1. การทบทวนเอกสารรายงานการศึกษา วิจัย 3 ชั้นของภาคประชาสังคม

รายงานชั้นที่หนึ่ง (ร่าง) การวิจัยสำรวจประสบการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน
ประเทศไทย ปี 2552 ผ่านมุมมองเรื่องการติตราและเลือกปฏิบัติ โดย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ประเทศไทย

รายงานชั้นที่สอง รายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในประเทศไทย ผ่าน
มุมมองเรื่องสิทธิมนุษยชน โดย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

รายงานชั้นที่สาม (ร่าง) รายงานการทบทวนนโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ
ประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศ โดย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์
ประเทศไทย (กพอ.)

รายงานชั้นที่หนึ่ง

(ร่าง) การวิจัยสำรวจประสบการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี
2552 ผ่านมุมมองเรื่องการติตราและเลือกปฏิบัติ โดย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย
(ตัวรายงานฉบับสมบูรณ์กำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุง)

ความเป็นมา

การศึกษาทบทวนนี้เป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการ AIDS Rights Advocacy and Stigma Discrimination Index Development สนับสนุนโดย UN Family: UNDP, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, UNESCO และ IPPF

เป้าหมาย

1. เพื่อศึกษาปรากฏการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย
2. เพื่อสร้างโอกาสในการเรียนรู้เรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฐานะผู้ร่วมทีมวิจัย
3. เพื่อศึกษาวิจัยแนวทางและจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

กรอบการศึกษาวิจัย

1. ใช้หลักการเรื่องสิทธิมนุษยชน
2. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง การเรียนรู้เรื่องสิทธิของสังคมกับการกำหนดพื้นที่ปฏิบัติการทางสิทธิ
3. ปรับใช้เครื่องมือการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พัฒนาโดย 4 หน่วยงาน ได้แก่ GNP+, ICW, IPPF และ UNAIDS

กระบวนการ/วิธีการศึกษาวิจัย

1. การศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ
2. การศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยทีมวิจัยจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ใน 7 ภูมิภาค โดยสำรวจจากการสัมภาษณ์ผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีจำนวน 233 คน แยกเป็นหญิง 148 คน ชาย 57 คน และเพศอื่นๆ 28 คน
3. การจัดเวทีนำเสนอข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะเบื้องต้น 3 ครั้งในระดับภูมิภาค และ 1 ครั้งในระดับประเทศ
4. จัดทำสรุปรายงาน

ข้อค้นพบที่สำคัญ (เบื้องต้น)

1. พบประสบการณ์การถูกตีตรา-เลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองในหลายรูปแบบ ได้แก่
 - การถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน
 - การถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและสถานที่ศักดิ์สิทธิ์
 - การตกเป็นเป้าของการถูกนินทา
 - ถูกปฏิเสธการว่าจ้างเข้าทำงาน รวมทั้งสูญเสียงานและแหล่งรายได้

- ถูกปฏิเสธและหรือเลือกปฏิบัติเมื่อเข้าไปรับบริการทางการแพทย์
 - ถูกปฏิเสธการทำประกัน
2. พบการเลือกปฏิบัติจากบริการสุขภาพ
 - ถูกเปิดเผยสถานะการมีเอชไอวี ทั้งจากผู้ร่วมงาน ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
 - ผู้หญิงถูกบังคับให้ทำหมัน ยุติการตั้งครรภ์ และหรือถูกตั้งเงื่อนไขว่า ต้องคุมกำเนิดก่อนเข้ารับบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
 3. พบการ “ตีตราภายใน” อาทิ รู้สึกอาย รู้สึกผิด โทษตัวเอง เชื่อถือตนเองน้อยลง อยากฆ่าตัวตาย รู้สึกว่าตนเองควรถูกลงโทษ
 4. มีการรับรู้ มีความรู้ด้านสิทธิ เนื้อหาของกฎหมายและนโยบาย รวมทั้งปฏิญญาต้านเอดส์น้อย
 5. ส่วนมากไม่เคยพยายามร้องเรียนหรือแก้ไขปัญหาให้เป็นไปตามสิทธิ

ข้อเสนอแนะ (เบื้องต้น)

1. ควรมีกระบวนการที่สร้างความเข้าใจเรื่อง “สิทธิ” ในหลาย ๆ กรอบ ทั้งด้านกฎหมาย รัฐศาสตร์ และวัฒนธรรม
2. เน้นการแก้ไขปัญหาที่การปรับแก้ไขทัศนคติและความเข้าใจ ร่วมไปกับประเด็นทางกฎหมาย การปกครอง ฯลฯ อันจะช่วยเสริมให้กระบวนการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิมีมิติที่ครอบคลุมมากขึ้น
3. ต้องมีการขับเคลื่อนหลายมิติ โดยไม่ได้มองการละเมิดสิทธิด้านเอดส์อย่างแยกส่วนเพียงมิติเดียว แต่ให้มองเชื่อมโยงเข้ากับอคติอื่น ๆ เดิมที่มีอยู่ โดยเฉพาะในเรื่อง “เพศ” และพฤติกรรมที่สังคม วัฒนธรรมมองว่า “เบี่ยงเบน” “ผิดปกติ” “เลว” ทั้งหมด
4. ควรมีการขับเคลื่อนโดยเครือข่ายที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ส่วนคือ ภาคประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ภาคองค์กรเอกชน ภาคองค์กรรัฐ และภาควิชาการ

รายงานชิ้นที่สอง

การศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิมนุษยชน โดย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

ความเป็นมา

การศึกษาทบทวนนี้เป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการ AIDS Rights Advocacy and Stigma Discrimination Index Development สนับสนุนโดย UN Family: UNDP, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, UNESCO และ IPPF

เป้าหมาย

เพื่อศึกษาว่า มีนโยบาย กฎหมายอะไรบ้าง ที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย และควรมีกฎหมาย นโยบายอะไรเพิ่มเติม รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรอบการศึกษาทบทวน

ใช้หลักการสำคัญ 2 หลักการคือ หลักการเรื่องสิทธิมนุษยชน และหลักการเรื่องความทั่วถึง-เท่าเทียม (Universal Access)

หลักการสิทธิมนุษยชน วางอยู่บนพื้นฐานสำคัญ 3 ประการคือ

1. หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
2. หลักความเสมอภาคเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ
3. หลักสันติวิธี(สันติภาพ) หรือการไม่ใช้ความรุนแรง

หลักการความทั่วถึง-เท่าเทียม ซึ่งเป็นหลักการสากลสำคัญที่กำหนดโดยองค์การสหประชาชาติเป็นเป้าหมายการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ในปี 2553 ที่รู้จักกันในชื่อ Universal Access 2010 (UA 2010) เพื่อให้คนทุกคนเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแล รักษาและสนับสนุนด้านเอดส์

กระบวนการ/วิธีการศึกษาทบทวน

1. การทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ
2. การสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่ม/เครือข่ายองค์กรชุมชน
3. การจัดเวทีนำเสนอข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะเบื้องต้น 3 ครั้งในระดับภูมิภาค และ 1 ครั้งในระดับประเทศ
4. จัดทำสรุปรายงาน

ข้อค้นพบที่สำคัญ

1. ประเทศไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะเรื่องเอชไอวี/เอดส์ แม้จะมีความพยายามเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ พ.ศ.ในปี 2550 แต่ถูกคัดค้านจากฝ่ายต่าง ๆ รวมทั้งคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติก็ขอให้ยับยั้งการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวไว้ก่อน
2. ประเทศได้ลงนามรับรองกฎหมาย พันธกรณี และแนวปฏิบัติระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน และด้านเอดส์หลายฉบับ อาทิ
 - ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน
 - กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง
 - กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม
 - อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก
 - อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ
 - อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ
 - อนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการทรมาน
 - ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ปี 2544
 - ปฏิญญาการเมืองว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ปี 2549
 - แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในสถานประกอบการขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS in the World of Work, 2001)
3. ประเทศไทยมีกฎหมายที่ดี ที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่
 - รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตราต่างๆ อาทิ
 - มาตรา 4 การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ
 - มาตรา 26 หน่วยงานรัฐต้องให้บริการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของประชาชน
 - มาตรา 28 ประชาชนสามารถยกบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญเป็นข้อต่อสู้ในศาลได้

- มาตรา 30 การห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง
 - รัฐธรรมนูญหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย ได้บัญญัติให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง อาทิ สิทธิในชีวิต ร่างกาย สิทธิส่วนบุคคล สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิในการพัฒนา สิทธิในการศึกษา สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น
 - ประมวลกฎหมายอาญา/แพ่งและพาณิชย์
 - พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
 - พระราชบัญญัติสิทธิบัตร
 - พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน
 - พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก
4. ประเทศไทยมีนโยบายที่ดีและเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่
- แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 2550 - 2554
 - แผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2552)
 - นโยบายการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - การเพิ่มสิทธิประโยชน์การรักษาด้วยสารทดแทนเมธาโดนระยะยาว (MMT) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 1 ตุลาคม 2551
 - การระดมทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ผ่านการพัฒนาโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย
 - แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2552 ซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้ความเห็นชอบเมื่อ 24 กรกฎาคม 2552
 - การประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา โดยรัฐ
 - แผนนโยบายการช่วยเหลือ ดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ของกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - กองทุนการรับบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (กองทุน VCT)
 - มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2550
 - 1) ห้ามออกกฎหมายหรือระเบียบที่ลิดรอนสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี คนพิการ และผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งพ้นจากสภาพการเข้ายาเสพติด
 - 2) ห้ามอ้างเหตุแห่งการติดเชื้อ ความพิการ หรือการเคยเสพยาหรือติดยาเสพติด ซึ่งพ้นสภาพการเข้ายาเสพติด เป็นเหตุผลในการลิดรอนสิทธิในการเข้ารับการศึกษา การรับ

ทุนการศึกษา หรือเข้าทำงาน ตลอดจนความก้าวหน้า การให้ออกจากการศึกษาหรือให้ออกจากงาน

- 3) ให้ผู้ติดเชื้อ คนพิการ และผู้ที่เคยมีประวัติการเสพยาเสพติด ซึ่งพ้นจากสภาพการใช้จ่ายเสพยาเสพติด หรือได้ผ่านการบำบัดรักษาของทางราชการ หรือสถานบำบัดรักษา ที่ได้รับการรับรองจากแพทย์ หรือสถานบำบัดนั้น ๆ ที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มีสิทธิที่จะสมัครสอบแข่งขันหรือคัดเลือกเพื่อบรรจุเป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง รวมทั้งการเข้ารับการศึกษาศึกษาและการรับทุนการศึกษาได้ดังเช่นบุคคลทั่วไป โดยให้ดำเนินการด้วยความเสมอภาค ตามระบบคุณธรรม รวมถึงการพิจารณาตำแหน่งงานให้เหมาะสม
- 4) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจง ทำความเข้าใจกับบุคลากรภายในหน่วยงานและภาคเอกชน ถึงความสำคัญและจำเป็นของการให้โอกาสแก่ผู้ติดเชื้อ คนพิการ และผู้เสพยาเสพติด ซึ่งพ้นจากสภาพการใช้จ่ายเสพยาเสพติดที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ตลอดจนขอความร่วมมือกับภาคเอกชน ในการรับบุคคลดังกล่าวเข้าทำงานหรือศึกษาต่อ เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันด้วย รวมทั้งเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ คนพิการ และผู้เสพยาเสพติด ซึ่งพ้นจากสภาพการใช้จ่ายเสพยาเสพติด ว่าสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเป็นสุข เพื่อไม่ให้เกิดการต่อต้านหรือรังเกียจจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และเพื่อให้เกิดการยอมรับแก่บุคคลเหล่านี้
 - นโยบายการสนับสนุนกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ เพื่อลดช่องว่างการให้บริการ ผ่านกิจกรรม “ศูนย์องค์กรรวม” ของ สปสช.
 - นโยบายการให้การช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทุนประกอบอาชีพของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - นโยบายการให้ ยาต้านไวรัส เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในผู้เสียหายความผิดเกี่ยวกับเพศ
 - นโยบาย ASO ของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
 - นโยบายการลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
 - โครงการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่คนไทย (NAPHA Extension)
5. ประเทศไทยมีแนวนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ อาทิ การระบุให้มีการตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของผู้สมัครสอบเข้ารับราชการตาม ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุด ระเบียบศาล/ตุลาการ
6. ประเทศไทยมีนโยบายรัฐที่ขัดกันเอง เช่น ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายด้านการสาธารณสุข มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ในขณะที่เดียวกันก็มีนโยบายทางการค้าด้านสิทธิบัตรยาที่ทำให้เกิดการผูกขาดยา ส่งผลให้การเข้าถึงยาทำได้ยากลำบากขึ้น หรือนโยบาย Medical Hub in Asia ซึ่งส่งผลต่อการดึงบุคลากรทางการแพทย์ ออกจากระบบสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาหมั่นสมองไหล
7. ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมาย และนโยบายที่ควรมี หรือมีแต่ยังไม่ชัดเจน ได้แก่
 - นโยบายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบรอบด้าน (Comprehensive Harm Reduction)
 - การให้การดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ/ชาติพันธุ์/คนไร้รัฐที่มีเชื้อเอชไอวี
 - บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติยังไม่ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

- มีร่างกฎหมาย 4 ฉบับที่ภาคประชาชนเสนอ ได้แก่
 - ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ.
 - ร่าง พ.ร.บ. เข้าถึงยา พ.ศ.....
 - ร่าง พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ.....
 - ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองสิทธิผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ....
8. ประเทศไทยมีกลไกที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและเอดส์ดังนี้
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์//คณะอนุกรรมการเอดส์ระดับจังหวัด
 - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานป้องกันเอดส์ ภายใต้คณะกรรมการเอดส์ชาติ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2550
 - การจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ตามมติคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เพื่อทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการเอดส์ชาติ
 - คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
 - กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และยุติธรรมจังหวัด
 - สภานายความ
 - อัยการ สคช. สำนักงานอัยการสูงสุด
9. ยังคงพบการรายงานการละเมิดสิทธิหลายกรณี อาทิ
- โรงเรียนปฏิเสธการรับเด็กเข้าเรียน
 - การบังคับตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ที่ต้องการสมัครงาน
 - การถูกให้ออกจากงานเพราะมีเชื้อเอชไอวี
 - พระสงฆ์ที่มีเชื้อเอชไอวีถูกปฏิเสธไม่ให้บิณฑบาต
 - เด็กได้รับเชื้อเอชไอวีจากการไปรับเลือดที่โรงพยาบาล
 - พนักงานบริการทางเพศถูกบังคับตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้สมัครใจ
 - ผู้ชายเสพติดไปขอรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ถูกปฏิเสธการใช้สิทธิในกองทุน VCT โดยเจ้าหน้าที่เรียกเก็บเงินค่าตรวจ อ้างว่า เพราะการใช้ยาเสพติดโดยการฉีด เป็นการหาเชื้อเอชไอวีใส่ตัวเอง ต้องรับผิดชอบตัวเอง
 - โรงพยาบาลปฏิเสธการทำบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานพม่า อ้างว่าเพราะมีเชื้อเอชไอวี (เป็นโรคประจำตัว)
 - การประกาศชื่อผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีออกเสียงตามสายเพื่อให้มารับบิณฑบาต
 - การให้ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไปรับบริการรักษาต้องปฏิญาณตนว่าจะเป็นคนดี จึงได้รับเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ประเทศไทยมีกฎหมาย นโยบายที่ดี เอื้อต่อการจัดการปัญหาเอดส์ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการปัญหาเอดส์ได้ ทั้งในเชิงป้องกัน การดูแลรักษา และการลดผลกระทบจากเอดส์

2. ในขณะที่เดียวกัน ประเทศไทยก็ยังมีนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการแก้ปัญหาเอ็ดส์
3. บางนโยบายก็มีลักษณะขัดแย้งกัน เช่น นโยบายเรื่องหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เข้าถึงยาและการรักษา กับนโยบายทางการค้า โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา (เรื่องสิทธิบัตรยา)
4. ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่องเอชไอวี/เอ็ดส์
5. ต้องทำให้เห็นนโยบายที่ดีที่มีอยู่ ได้รับการนำไปปฏิบัติจริง
6. ให้มีนโยบายให้บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวครอบคลุมถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส
7. ยกเลิกกฎหมาย นโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่มีลักษณะละเมิดสิทธิ กีดกันโอกาส หรือมีลักษณะตีตราเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ในหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ เพื่อเป็นตัวอย่างให้ภาคเอกชน
8. ให้มีการกำหนดนโยบายการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบรอบด้าน (Comprehensive Harm Reduction)
9. กำหนดให้มียุทธศาสตร์การเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน
10. สร้างบรรยากาศทางสังคมเรื่องสิทธิมนุษยชน ให้เกิดความรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในสิทธิของตนเอง และเคารพในสิทธิของผู้อื่น

รายงานชิ้นที่สาม

(ร่าง) รายงานการทบทวนนโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศ โดย คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ ประเทศไทย (กพอ.) (ตัวรายงานฉบับสมบูรณ์กำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุง คาดว่าจะแล้วเสร็จในเดือนเมษายน)

ความเป็นมา

การศึกษาทบทวนนี้เป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการ “การวิเคราะห์ของภาคประชาสังคมไทยต่อ นโยบายกฎหมาย และการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวีและเอ็ดส์ ของภาครัฐ” สนับสนุนโดย มูลนิธิฟอร์ด

เป้าหมาย

เพื่อให้มีการพัฒนานโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ข้อตกลง และแนวทางการดำเนินงานด้านเอชไอวีเอ็ดส์ของรัฐ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มต่างๆ ทั้งที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอ็ดส์ รวมทั้งสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมสามารถตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ในประเทศได้ดี

กรอบการศึกษาทบทวน

ใช้มุมมองเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์

กระบวนการ/วิธีการศึกษาทบทวน

1. การศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. การจัดประชุมที่มจับตามนโยบายเพื่อทบทวนวิเคราะห์นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. การจัดเวทีทบทวนและวิเคราะห์นโยบายในระดับประเทศร่วมกับกลุ่ม/เครือข่ายสมาชิก 3 ครั้ง
4. การจัดเวทีนำเสนอ (ร่าง)รายงานการทบทวนและวิเคราะห์นโยบายในระดับประเทศ 1 ครั้ง

ข้อค้นพบที่สำคัญ

ในส่วนนโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ

1. นโยบายการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรบางกลุ่มที่เรียกว่า “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” (Most At Risk Populations/MARPs) แสดงให้เห็นว่า
 - 1.1 การพัฒนานโยบายนี้ ใช้ฐานความรู้หลักทางระบาดวิทยา ซึ่งใช้วิธีคิด/วิธีมองแบบแยกส่วน คือ
 - การมองที่ที่เน้นไปที่เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย
 - มองคนแบบแยกกลุ่ม โดยเน้นกลุ่มเสี่ยง และเสี่ยงสูงสุด
 - มองคนแบบแยกส่วน โดยแยกชั้นส่วน/อวัยวะที่เป็นช่องทางของการรับเชื้อ
 - 1.2 มาตรการที่ส่งเสริม เป็นการมุ่งมองไปที่การจ้องกำจัด/ปิดช่องทางการรับ-ถ่ายทอดเชื้อแบบแยกส่วน แยกอวัยวะ คือมองช่องทาง/กลไกในการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ อาทิ จิ๋ม รุทวาร มดลูก
 - ไม่ได้มองคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ ขาดความละเอียดอ่อนในการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
 - ขาดความละเอียดอ่อนเรื่อง Gender and Sexuality เพราะมองกลุ่มคนแบบเหมารวม
 - มองไม่เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันในการมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ฝ่ายหนึ่งไม่สามารถดูแลและป้องกันตนเองได้
 - 1.3 การแก้ปัญหาที่เน้นไปที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด และทุ่มทรัพยากรลงไป อาจช่วยให้เกิดผลในการชะลอการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ในระยะสั้น เพราะเป็นการมุ่งไปที่เฉพาะตัวคนพฤติกรรมเฉพาะด้าน
 - ไม่ได้มองอัตลักษณ์ตัวตนด้านอื่น ๆ (เพราะมุ่งมองแต่ตัวตนที่มีความเสี่ยง)
 - ไม่ได้มองเรื่องบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยม คุณค่า ฯลฯ ที่มีส่วนโครงสร้างทางสังคมที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อเพศภาวะและเพศวิถีของบุคคลและชุมชน
- การเสนอนโยบายแบบกลุ่มเสี่ยงสูงสุด ทำให้คนที่ไม่ถูกระบุหรือเข้าใจว่าตนเองไม่ได้อยู่ในกลุ่มนั้น ละเลยความสำคัญในการดูแลและป้องกันตนเอง
2. นโยบายการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรบางกลุ่มที่เรียกว่า “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” (Most At Risk Populations/MARPs) ส่งผลกระทบทั้งด้านบวก และลบดังนี้
 - 2.1 การทำงานกับกลุ่ม MSM, IDU, SW.....MMP ถูกยกระดับขึ้นมาให้ความสำคัญในระดับนโยบาย แต่ถูกมองและตีตราว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ซึ่งมีนัยยะว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้
 - 2.2 ในขณะที่ แม้จะมีข้อมูลทางระบาดวิทยาว่ามีเพศหญิงที่ได้รับเชื้อเอชไอวีสูงกว่า 30 - 50 % ต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี แต่ก็ยังไม่มีการทำงานเพื่อป้องกัน/ลดอัตราการมีเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจนในเพศหญิง เพราะไม่มีนัยยะทางระบาดวิทยาในการถ่ายทอดเชื้อไปยังคนอื่นๆ เหมือน MARPs ทำให้การดำเนินงานส่วนนี้ถูกละเลย
 - 2.3 แม้ว่านโยบายดังกล่าวอาจแก้ไข/ป้องกันการมีเชื้อเอชไอวีได้ในระยะสั้น แต่คนที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดจะได้รับผลกระทบเรื่อง การถูกตีตราและแบ่งแยกก็ตักกัน และยังเป็น

ตอกย้ำทัศนคติและอคติต่อกลุ่มคนที่แตกต่าง (และเป็นกลุ่มชายขอบ) ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและได้รับบริการ การรับรองสิทธิ สถานะการมีตัวตน

- 2.4 มาตรการนี้จะไม่เป็นการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ในระยะยาว เห็นได้จากมีแนวโน้มจะมีการปรับระดับการป้องกันการติดเชื้อให้เข้มข้นขึ้น โดยมีการผลักดันกฎหมายในหลายประเทศให้ การแพร่เชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องอาชญากรรม (criminalization of HIV transmission)
 - 2.5 จุดมุ่งเน้นการมองคลาดเคลื่อน โดยเป็นการมองมุ่งเน้นไปที่กลุ่มคนและพฤติกรรมเสี่ยง ส่งผลให้เกิดการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการการดำเนินงานแบบแยกส่วน ที่มุ่งมองเฉพาะจุด เฉพาะส่วนที่เป็นความเสี่ยง แทนที่จะเป็นเรื่องอำนาจและความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี และการทำความเข้าใจเรื่องที่มาที่ไปของความไม่เท่าเทียมทางเพศ ซึ่งเป็นปัจจัย-เงื่อนไขที่นำไปสู่ความเสี่ยงของการมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นเรื่องสิทธิทางเพศ ที่ กพอ.วิเคราะห์ว่า เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ของประเทศ
 - 2.6 ทั้งนโยบายและมาตรการที่วางอยู่บนฐานความรู้ทางระบาดวิทยานี้ ไม่ได้ให้ความสนใจกับการยอมรับสิทธิและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บนความแตกต่างหลากหลายทางเพศภาวะและเพศวิถี ส่งผลให้ไม่มีการดำเนินนโยบายหรือพัฒนามาตรการใด ๆ ที่จะรองรับสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของมนุษย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางเพศ แม้จะมีการระบุไว้อยู่ในบางในแผนเอ็ดส์ชาติ (ฉบับที่ผ่านมาและฉบับปัจจุบัน)
 - 2.7 กรอบการมองการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ของเรา ยังเน้น “การป้องกันการติดเชื้อ” ที่เป็นมาตรการระยะสั้น มากกว่าการขยายกรอบการมองเป็นเรื่อง การส่งเสริมให้ทุกคนมี “สุขภาวะทางเพศที่ดี”
 - 2.8 ไม่มีการพัฒนาองค์ความรู้และการเรียนรู้เรื่องความแตกต่างหลากหลายของเพศภาวะ และเพศวิถี อันมีส่วนสัมพันธ์กับการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
 - 2.9 ไม่มีการพัฒนานโยบายหรือมาตรการ เพื่อส่งเสริมเรื่องสิทธิและการมีสุขภาวะทางเพศที่ดีปลอดภัย ในระยะยาวในสังคม อันจะส่งผลให้คนปลอดภัยจากการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
3. นโยบายการให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ ซึ่งมีสัญญาณบ่งชี้ว่าภาครัฐจะจัดส่งเสริมมาตรการการเชิญชวนให้รับบริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT) เพิ่มเติมเข้ามา/เข้ามาใช้แทนที่มาตรการ VCT เดิมที่มีอยู่ อาจส่งผลกระทบต่อด้านบวกในแง่ของการช่วยให้คนประเมินความเสี่ยงและมีทางเลือกในการรับรู้สถานะการมีเอชไอวี เพื่อเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ และเพื่อป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อให้กับตนเองและผู้อื่น
 4. นโยบาย/มาตรการเชิญชวนให้รับบริการปรึกษาและตรวจเลือดโดยผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT) อาจส่งผลกระทบต่อดังนี้
 - 4.1 หากมีเจตนาการดำเนินมาตรการนี้ไปเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจหา/มุ่งค้นหาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้เร็วขึ้น เพื่อนำไปสู่ช่องทางในการควบคุม/ป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ ก็จะส่งผลกระทบต่อเรื่องการแบ่งแยก การตีตรา เลือกปฏิบัติ ละเลยหลักการเรื่อง ความสมัครใจและการรักษาความลับ รวมทั้งส่งผลให้เกิดอคติขึ้นกับผู้ที่ถูกมองและระบุว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” และผู้ที่พบว่ามีเชื้อเอชไอวี
 - 4.2 หากมีเจตนาที่จะใช้มาตรการนี้ไปเพื่อการสร้างช่องทางในการสื่อสารเรียนรู้ เพื่อให้คนเข้าใจตระหนักในการปรับเปลี่ยน/ลดพฤติกรรมเสี่ยง และหากต้องการบริการตรวจเลือดก็ให้เป็นไป

โดยความสมัครใจ ก็จะทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์บริการที่เป็นทางเลือกบนหลักพื้นฐานที่คำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้น ๆ

5. บริการ VCT ในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดที่ควรปรับปรุงอยู่หลายประการด้วยกัน ได้แก่
 - 5.1 การขาดแคลนบุคลากร ทำให้การให้บริการปรึกษาที่มีคุณภาพทำได้ยาก เจ้าหน้าที่ไม่สามารถใช้เวลาให้บริการปรึกษาที่เพียงพอกับผู้มารับบริการ
 - 5.2 ผู้ใช้บริการมีความหลากหลายในวิถีชีวิตทางเพศ การใช้ข้อมูลกลางๆ ในการให้คำปรึกษาอาจไม่ตอบโจทย์หรือทำให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่กว้างขวางและลึกซึ้งเพียงพอ
 - 5.3 ยังไม่มีพื้นที่ที่จะทำให้คนรู้สึกสบายใจที่จะเข้าไปขอคำปรึกษาโดยไม่ถูกตีตราว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง
 - 5.4 การให้บริการยังคงเน้นการหาเชื้อโรคโดยไม่มีมุมมองทางสังคมรวมอยู่ด้วย
 - 5.5 ยังขาดบริการรองรับหรือไม่มีการทำงานกับคนที่ไปตรวจเลือดแล้วผลเป็นลบเพื่อให้คงผลเลือดที่เป็นลบให้นานที่สุด
 - 5.6 กรอบการมองเรื่องการป้องกันฯ ที่ระบุไว้ใน แผนฯ เอดส์ชาติ และรายงาน CAA ก็ใช้กรอบเดียวกันในการมองเรื่อง “กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด” มีผลต่อ VCT เพราะว่าจะยิ่งเน้นลงไปทำ VCT ในกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น ทั้งที่ใครก็ตามควรที่จะได้รับการให้การปรึกษาเพื่อให้สามารถประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงหรือไม่และนำไปสู่การตรวจเลือด
 - 5.7 กลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติยังเข้าไม่ถึงบริการ VCT โดยปัจจุบันสามารถกล่าวได้ว่า ยังไม่มีบริการ VCT ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
6. นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother To Child Transmission- PMTCT) ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและลบดังนี้
 - 6.1 ช่วยป้องกันไม่ให้ทารกเกิดใหม่ได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้อัตราการได้รับเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทารกเกิดใหม่ลดลง
 - 6.2 ช่วยลดภาระด้านการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการดูแล
 - 6.3 ส่งผลให้เด็กทารกที่เกิดใหม่มีคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพร่างกายดีขึ้น
 - 6.4 นโยบายและการดำเนินงาน “การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก” ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีตราผู้หญิงว่าเป็นผู้ถ่ายทอดเชื้อให้กับทารกเกิดใหม่
 - 6.5 การดำเนินนโยบายดังกล่าวมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อให้กับทารกเกิดใหม่ โดยละเอียดหรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายของผู้หญิงที่เป็นเจ้าของครรภ์ทั้งในเรื่องผลข้างเคียงของยาป้องกันที่อาจส่งผลต่อสุขภาพและทำให้เกิดภาวะการดื้อยาในตัวผู้หญิงได้
 - 6.6 การดำเนินนโยบายดังกล่าว มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมการเกิดที่ปลอดภัย โดยไม่ได้เคารพ/ส่งเสริมสิทธิบนเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี ในเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่รอบด้านเพื่อตัดสินใจเรื่อง การตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์การวางแผนการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด ซึ่งยังคงพบว่า แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มักเป็นผู้ตัดสินใจหรือโน้มน้าว/ชี้นำการตัดสินใจของผู้หญิง

ในส่วนโครงสร้างและกลไกการพัฒนานโยบาย แผน และการดำเนินงาน

1. นับแต่เข้าสู่ช่วงกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พบว่า การให้ความสำคัญกับปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งการดำเนินการในระดับจังหวัด ระดับชุมชน ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละพื้นที่มีการ

- ดำเนินงานด้านเอดส์มากน้อยเพียงใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อขาดแรงกระตุ้นหนุนเสริมจากกลไกรัฐ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนจังหวัด ยิ่งทำให้บางพื้นที่ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้เลย
2. การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดการจัดปรับอัตรากำลัง ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านวิชาการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีประสบการณ์ทำงานด้านเอดส์ทั้งในระดับเขต และจังหวัด ต้องถูกโยกย้าย ถ่ายเท และบางรายได้ทำเรื่องขอเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด ทำให้พื้นที่ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และความเข้าใจในการทำงานตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่จะคอยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการทำงาน
 3. การจัดปรับโครงสร้างส่วนกลางที่จะเป็นกลไกสนับสนุนด้านวิชาการยังไม่สามารถแสดงศักยภาพในการกระตุ้น หนุนเสริมการทำงานของแต่ละจังหวัดได้ การสนับสนุนการทำงานส่วนกลาง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อทำให้การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของพื้นที่และในภาพรวมของประเทศอ่อนกำลังลง อันเนื่องมาจากช่วงเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูป และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น
 4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีคำสั่ง ที่ 1/2550 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550 แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์” มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวทางที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เห็นชอบ กำหนดกลไกรูปแบบการบริหารจัดการและขับเคลื่อนกลยุทธ์การป้องกันโรคเอดส์ให้มีผลในทางปฏิบัติ และมีประสิทธิภาพ
 5. กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานเอดส์อีกกลไกหนึ่งคือ คณะอนุกรรมการประสานแผนงานการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ที่ภาคประชาสังคมเห็นด้วยกับทิศทางในการสร้างและพัฒนาให้เกิดกลไกการติดตามที่กระจายลงไปในระดับพื้นที่ ทั้งในระดับเขต และจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

นโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ

1. การดำเนินงานและจัดบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้มากขึ้น โดยยอมรับความแตกต่างหลากหลายของเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี
2. การส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับผู้ให้บริการและผู้ดำเนินงานด้านเอดส์ให้สามารถจัดปรับบริการที่วางอยู่บนการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

นโยบายด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้

1. สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด “การจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน” อย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดย
 - การพัฒนาศักยภาพ ทักษะจิตของผู้สอน
 - สนับสนุนการพัฒนาแนวคิดเรื่องศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน
2. การพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรเรื่องเพศที่เป็นมิตรกับเยาวชน
3. การรณรงค์ทางสังคมเรื่องเพศที่รอบด้าน ที่สร้างคุณค่าเรื่องชีวิตและการดำเนินชีวิตทางเพศที่เป็นจริง
4. การส่งเสริมให้เกิด “การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน” ตามหลักการการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

นโยบายด้านการส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1. ยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง” และ “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” ซึ่งนำไปสู่การตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่ให้มีการดำเนินงานเพื่อทำความเข้าใจบริบทและเงื่อนไขที่ทำให้คนกลุ่มต่าง ๆ ตกอยู่ในภาวะด้อยอำนาจ โอกาส และทางเลือกในการดูแลป้องกันตนเอง
2. การสร้างเสริมอำนาจให้คนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสิทธิและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการทำงาน
3. เลิกหรือยุติการกระทำต่าง ๆ ที่นำไปสู่การตีตรา แยกแยะ กีดกันและเลือกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ให้คนกลุ่มต่าง ๆ ได้สามารถดูแลและป้องกันตนเอง

ด้านโครงสร้างและกลไกการพัฒนา นโยบาย แผน และการดำเนินงาน

1. ให้มีการพัฒนา นโยบาย และแผนงานที่ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี
 2. มองการพัฒนา นโยบาย แผน และมาตรการต่าง ๆ เพื่อการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ อย่างสัมพันธ์กับนโยบายและกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปกป้อง คู่ครอง และส่งเสริมสิทธิทางเพศ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
 3. คณะกรรมการเอ็ดส์ชาติฯ ต้องทำหน้าที่ดูแล กำกับให้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ที่รับรองสิทธิ ตามที่ได้มีการลงนามไว้ในปฏิญญาสากลต่าง ๆ
 4. ให้มีการเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องทางเพศและเรื่องเอ็ดส์ โดยการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับและติดตามเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติฯ ขึ้นมาเพิ่มเติมเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ของประเทศ
3. การจัดเวทีนำเสนอผลเบื้องต้นจากการทบทวนเพื่อรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 โดยแบ่งการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นเป็น 2 ช่วง ช่วงเช้าเป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาครัฐ และช่วงบ่ายเป็นเวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาสังคม ขอนำผลไปวิเคราะห์ร่วมกันในส่วนถัดไป
-

ข. ภาคการวิเคราะห์ เป็นการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากสองส่วน

- ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ จากการทบทวนรายงานและ(ร่าง)รายงาน 3 ฉบับ
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการจัดเวทีทบทวนเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553
ซึ่งมีผู้เข้าร่วม 32 คนประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
ผู้แทนกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ผู้แทนศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์
แห่งชาติ (ศบจ.) ผู้แทนกรมราชทัณฑ์ ผู้แทนกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ผู้แทน UNAIDS
ผู้แทน UNICEF ผู้แทนสำนักบริหารงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทน
เครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อ ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ผู้แทนเครือข่ายชาติพันธุ์
ผู้แทนเครือข่ายผู้สูงอายุ ผู้แทนเครือข่ายพนักงานบริการ ผู้แทนเครือข่ายผู้สูงอายุ ผู้แทนเครือข่าย
แรงงานข้ามชาติ ผู้แทนเครือข่ายเพศศึกษา ผู้แทนเครือข่ายสิทธิมนุษยชนกับเอชไอวี/เอดส์ ผู้แทน
เครือข่ายศาสนา และผู้แทนกพอ.ภาคเหนือ กพอ.ชาติ

โดยพิจารณาจากเป้าหมายในทางยุทธศาสตร์และกรอบในการทบทวน 5 องค์ประกอบของการทบทวนครั้ง
แผน ดังนี้

เป้าหมายในทางยุทธศาสตร์

1. การติดเชื้อรายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่เคยคาดประมาณไว้
2. PLHA ที่ต้องได้รับ ART สามารถเข้าถึงบริการ ART ได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง
3. PLHA ครบครัว และผู้ได้รับผลกระทบที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทาง
สังคมได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

กรอบในการทบทวนยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ มองใน 5 องค์ประกอบด้วยกันคือ

1. โครงสร้าง/กลไกการจัดการเรื่องสิทธิ
2. การเข้าถึง/การใช้สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย
3. ประเด็นการละเมิดสิทธิ
4. การยอมรับของชุมชน และการรังเกียจ
5. การตีตรา

การดำเนินงานในช่วงครึ่งแรกของแผนที่ผ่านมา พบความสำเร็จ อุปสรรค/ความท้าทาย และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ อุปสรรค/ความท้าทาย และข้อเสนอแนะในเรื่องทิศทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

1. ด้านโครงสร้าง/กลไกการจัดการเรื่องสิทธิ

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในแผนฯ เอดส์ชาติ ฉบับ 2550 - 2554 	<ul style="list-style-type: none"> องค์กรหน่วยงานที่ทำงานด้านเอดส์ยังขาดมิติมุมมองในเรื่องการทำงานที่ใช้ฐานคิด/แนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights Based Approach) ในการทำงาน การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลตามแผนฯ และตัวชี้วัด ในยุทธฯ นี้ยังไม่มี ความชัดเจนและเป็นระบบ องค์ประกอบในยุทธศาสตร์ยังขาดความสอดคล้องและชัดเจน <ul style="list-style-type: none"> - ในส่วนของกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์มีจำนวนมาก และอาจยังไม่สื่อว่าจะทำให้บรรลุถึงตัวชี้วัดได้อย่างไร - ส่วนมาตรการ/กลยุทธ์ กับส่วนกลวิธี/กิจกรรมหลัก กับส่วนตัวชี้วัด ยังอาจไม่มีความสอดคล้องต้องกันที่ชัดเจน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการติดตามวัดผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ - ส่วนของหน่วยงานผู้รับผิดชอบยังไม่ได้มีการระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ/กลยุทธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ให้มีการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ใช้ฐานคิด/แนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights Based Approach) ให้มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ ฝึกอบรมเรื่องการทำงานที่ใช้ฐานคิด/แนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights Base Approach) ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ และมีกระบวนการรณรงค์ส่งเสริมโดยการจัดให้มีการทำงานเข้าช่วยการใช้ Rights Base Approach ในหน่วยงานหรือไม่ หากผ่านการประเมินก็ให้มีการให้ใบประกาศนียบัตรรับรอง โดยให้เป็นโครงการร่วมระหว่างคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และ องค์กรภาคประชาสังคม TNP⁺/TNCA/FAR เป็นต้น การสร้างเสริมความเข้าใจว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การคุ้มครองด้านสิทธิ ไม่ได้เป็นการให้สิทธิพิเศษกับคน/กลุ่มคนใดเป็นพิเศษ แตกต่างจากคน/กลุ่มคนอื่น ๆ ในสังคม แต่เป็นการดูแลคุ้มครองให้คน/กลุ่มคนต่าง ๆ ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
		<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับและติดตามเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติฯ เพิ่มในโครงสร้าง/กลไกเอตส์ระดับชาติ (ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์แห่งชาติ) ● ให้มีการจัดปรับแผนยุทธศาสตร์โดยเฉพาะในส่วนของพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลให้ชัดเจนอีกครั้ง ● ให้มีการเพิ่มเติมเรื่องการส่งเสริมสิทธิทางเพศ การเรียนรู้ทำความเข้าใจเรื่อง Sex, Gender, Sexuality (SGS) เข้าไว้ในแผนด้วย
<ul style="list-style-type: none"> ● แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552-2556 (มติ ค.ร.ม. 20 ตุลาคม 2552) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ยังไม่มีความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กับแผนฯ เอตส์ชาติ ● คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนได้รับเรื่องร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิจากการไปรับบริการทางการแพทย์ของผู้ติดเชื้อ แต่ยังไม่มีการติดตามงานที่ดูแลการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้มีกระบวนการดำเนินงานด้านการประสานแผน การพัฒนาความร่วมมือ จัดโครงสร้าง/กลไก เพื่อประสานแผนสิทธิมนุษยชนฯ กับแผนฯ เอตส์ชาติ ● การทำงานร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม(ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบในการขับเคลื่อนแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552-2556) โดยการเสนอให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองดูแลสิทธิด้านเอตส์ ● การให้กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ฯ ภายใต้คณะกรรมการกำกับแผนฯ มีบทบาทในการสร้างความตระหนักเรื่องสิทธิมนุษยชนให้กับเจ้าหน้าที่ส่วนราชการ

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> มีการพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิเพิ่มเติม โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน กระทรวงยุติธรรม เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการคุ้มครองสิทธิและรับเรื่องราวการละเมิดสิทธิร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิฯ 	<ul style="list-style-type: none"> กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ยังมีบทบาทน้อยมากในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ผู้ปฏิบัติงานในกลไกสิทธิมนุษยชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ กลไกการคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างกับระดับปฏิบัติยังไม่เคลื่อนไหวสอดคล้องไปด้วยกัน 	<ul style="list-style-type: none"> การพัฒนาาระบบให้กลไกคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างและระดับปฏิบัติมีการดำเนินงานที่สอดคล้องไปด้วยกัน การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องเอดส์ ให้กับผู้ปฏิบัติงานในกลไกการคุ้มครองสิทธิ (โดยเฉพาะกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ)
<ul style="list-style-type: none"> มีกลไกการขับเคลื่อนที่ดีเพิ่มขึ้น คืออนุกรรมการขับเคลื่อนงานป้องกันเอดส์ฯ ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 	-	<ul style="list-style-type: none"> การติดตามกำกับการทำงาน อนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ให้มีประสิทธิภาพ การจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับและติดตามเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติฯ เพิ่มในโครงสร้าง/กลไกเอดส์ระดับชาติ
<ul style="list-style-type: none"> มีนโยบายที่ดีหลายส่วน แต่ไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติ มีกลไกทางกฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ที่ดี และเอื้อให้มีการดำเนินงานที่ได้อยู่แล้ว ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่อง HIV (เช่น พ.ร.บ. คุ้มครองฯ ฉบับปีพ.ศ.... ที่เคยนำเสนอในปี 2550 และถูกคัดค้าน เพราะมีลักษณะการละเมิดสิทธิเอง) 	-	<ul style="list-style-type: none"> ให้มีการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อนำนโยบาย กฎหมายต่าง ๆ ไปปฏิบัติได้จริง ไม่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่อง HIV สนับสนุนร่าง พ.ร.บ. 6 ฉบับด้านการเข้าถึงยาและคุ้มครองการได้รับบริการสุขภาพ ที่เสนอโดยภาคประชาชน ให้มีการพัฒนานโยบายและแผนงานที่ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ของมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในปี 2552 ● รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย โดยมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิฯ ประจำปี 2550 และ 2551 ● รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของ กพอ. (ฉบับร่าง) 	<ul style="list-style-type: none"> ● (น่าจะ) มีการทบทวนเรื่องสถานการณ์และการให้ความรู้เรื่องสิทธิอยู่พอสมควร แต่ยังไม่เห็นแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนไปสู่การปฏิบัติเพื่อจัดการปรับการดำเนินงานและบริการบนฐานสิทธิมนุษยชน เพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิในการจัดบริการ ● โครงการในทางการปฏิบัติพอมืออยู่บ้างแต่เป็นลักษณะโครงการนำร่องเล็ก ๆ ● การจัดกระบวนการรณรงค์เชิงสาธารณะในเรื่องนี้ยังมีน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมจัดกระบวนการจัดทำรายงานและการรณรงค์สาธารณะเพื่อเผยแพร่สถานการณ์ด้านสิทธิ และส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชน ● ให้มีการศึกษารายงาน ต่าง ๆ เพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในการกำหนดจัดทำเป็นกรอบแผนฯ เอดส์ชาติในฉบับถัดไป อาทิ <ul style="list-style-type: none"> - รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ (รายงาน UNGASS) ปี 2549 – 2550 และปี 2551 – 2552 (กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำรายงาน) - รายงานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ เช่น รายงาน ICSCR ที่มีรายงานครอบคลุมเรื่องสิทธิด้านการแพทย์ ● การจัดทำแผนฯ เอดส์ชาติในฉบับถัดไปอาจต้องเน้นเรื่องส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติให้มากขึ้น และเน้นการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด(มหาดไทย สธ. แรงงาน)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน (24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552) 	-	-

2. ด้านการเข้าถึงและการใช้สิทธิ

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● การเพิ่มกองทุน VCCT รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> ● คนทั่วไปยังไม่ทราบสิทธิประโยชน์ด้านนี้ของตนเอง และมองไม่เห็น/ไม่ตระหนักในความเสี่ยงของตนเอง ที่จะเข้ารับบริการ 	-
<ul style="list-style-type: none"> ● มีการผลิตคู่มือ/หลักสูตรการอบรมเรื่องสิทธิด้านเอ็ดส์สำหรับ คนทำงาน ผู้ติดเชื้อ และ อปท. และโครงการ AIDS Rights มีการอบรมให้กับคนทำงานกว่า 800 คน 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีคนจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้าไม่ถึงหรือมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาทางการแพทย์เนื่องจากไม่สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้มีการรวบรวมความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการรักษาทางการแพทย์ รวมเข้าไว้ในการจัดการเรียนรู้และรณรงค์เรื่องสิทธิ เพื่อให้คนสามารถเลือกใช้สิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดีขึ้นด้วย
<ul style="list-style-type: none"> ● มีความคืบหน้าในการดำเนินงานด้าน Harm Reduction ที่มีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและความยุติธรรม ในรูปคณะทำงานระดับประเทศ และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในการรับรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหา ● การเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมธาโดนระยะยาว รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1 ตุลาคม พ.ศ. 2551) ● การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่แรงงานต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนที่ไม่ใช่สถานะพลเมืองจำนวน 2,000 ราย 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีนโยบายที่ไม่เอื้อ หรือไม่ชัดเจน เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - Harm Reduction สำหรับ IDU - ยังมีแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาติพันธุ์รวมทั้งคนที่ไม่ใช่สถานะพลเมืองอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะมีจำนวนเกินที่กำหนดไว้ใน NAPHA Ext. 	<ul style="list-style-type: none"> ● การผลักดันให้มีนโยบายการลดอันตราย ที่รอบด้าน (Comprehensive Harm Reduction) ● การขยายความคุ้มครอง/สิทธิประโยชน์เรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติ โดยเบื้องต้นอาจนำเงิน 50 บาท/ราย จากเงินประกันสุขภาพของแรงงานจำนวน 1,300 บาทมาใช้ได้เลย ● การจัดตั้งกองทุนสุขภาพเพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้แก่คนที่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ
<ul style="list-style-type: none"> ● รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำลังนำเรื่องการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มชาติพันธุ์/ชาวไทยภูเขา ทั้งคนมีบัตร/ไม่มีบัตร และไม่มี 	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้มีการเร่งรัดกระบวนการและขั้นตอนการพิสูจน์

	<ul style="list-style-type: none"> • มีกลุ่มชาติพันธุ์ (ชาวไทยภูเขา) จำนวนมากยังเข้าไม่ถึงสิทธิต่าง ๆ) เนื่องจากความล่าช้าและปัญหาการคอร์รับชั่นในกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ สํารวจสถานะบุคคล 	
<ul style="list-style-type: none"> • มีการดำเนินงาน ส่งเสริมเรื่อง VCT การแจกจ่ายถุงยางอนามัย และงานด้าน Harm Reduction ในเรือนจำอยู่บ้าง โดยยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม แต่ก็คิดว่าอาจมีข้อจำกัดในทางการปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รู้สิทธิของตนเอง และเจ้าหน้าที่ก็มักละเลยว่าผู้ต้องขังควรมีสิทธิอะไร รวมทั้งไม่ยอมให้ผู้ต้องขังรู้เรื่องสิทธิตนเอง • การดูแลสิทธิด้านการรักษาตามสิทธิประโยชน์มีความล่าช้า และมีข้อจำกัด เช่น <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้ต้องขังต่างชาติจำนวนหนึ่งที่มีเอชไอวีแต่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ ในการได้รับสิทธิการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะมีสถานะภาพเป็นแรงงานต่างชาติ - ผู้ต้องขังที่ไม่มีเลข 13 หลักก็เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพใด ๆ เลย 	<ul style="list-style-type: none"> • ให้มีการดำเนินงานประสานงานให้สถานทูตประเทศนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังชาตินั้นๆ
<ul style="list-style-type: none"> • การดำเนินงานโครงการฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบต่อเนื่องจากรอบหนึ่ง (RCC-R1) และรอบ 8 (R8) • มีการยกระดับประเด็นงานขับเคลื่อนของกลุ่มพนักงานบริการ เรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มพนักงานบริการ ด้วยการพัฒนางานวิจัยเข้ามารองรับ โดยดึงภาคีงานแรงงานร่วมกันผลักดันระบบอาชีวอนามัย การ 	<ul style="list-style-type: none"> • พบปัญหาการละเมิดสิทธิบังคับ/โน้มน้าวให้พนักงานบริการทางเพศทั้งเพศหญิงและเพศอื่นๆ ให้ตรวจเลือดทั้งจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่ออกบริการ VCT ไปตามสถานบันเทิง และจากเจ้าของบาร์ผู้ประกอบการ และไม่มีการรักษาความลับ พร้อมกับถูกให้ออกจากงานเมื่อพบว่ามีเอชไอวี • พบปัญหาการละเมิดสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนแนวปฏิบัติในการส่งเสริมบริการ VCT ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในภาวะเปราะบาง ไม่มีอำนาจต่อรอง และถูกเลือกปฏิบัติ อาทิ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศทั้งหญิง ชาย และเพศอื่นๆ ผู้ต้องขัง ผู้ใช้สารเสพติด และแรงงานต่างชาติ • ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องสิทธิในกลุ่มคนต่าง ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วย

		ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอตส์นี้ ในส่วนของมาตรการ/กลยุทธ์ที่มีการระบุถึง การเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนในบุคลากรและประชากรกลุ่มต่างๆ ไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> ในส่วนของกลวิธี/กิจกรรมหลัก ไม่มีส่วนที่ระบุถึง การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้านให้กับครูและนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งเป็นสิทธิในการเรียนรู้ รับรู้ และสื่อสารขั้นพื้นฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ให้มีการระบุเพิ่มเติมเรื่องส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้านให้กับครูและนักเรียน/นักศึกษา

3. ด้านการละเมิดสิทธิ

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> นโยบาย PMTCT ยังเน้นการป้องกันทารกเกิดใหม่ และไม่คุ้มครองสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแม่ มีความคืบหน้าเรื่องการปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว โดยนำร่องในเขต 7 และ 4 จังหวัด และจะมีการขยายการดำเนินงานทุกพื้นที่ในเดือนตุลาคม 2553 มีการริเริ่มดำเนินงานโครงการ Staying Negative ในคลินิกแม่และเด็ก โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ และให้การปรึกษาเพื่อให้ดูแลป้องกันตนเองจากการรับเชื้อ HIV 	<ul style="list-style-type: none"> การดำเนินงาน PMTCT ยังขาดการส่งเสริมการเคารพสิทธิบนเนื้อตัวร่างกายและสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ในการตัดสินใจเรื่อง การตั้งครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด การให้บริการ VCT ที่คลินิกแม่และเด็ก แก่หญิงตั้งครรภ์ ยังเป็นลักษณะที่ไม่ได้เป็นไปตามความสมัครใจ เพราะเจ้าหน้าที่มุ่งเน้นความต้องการตรวจเลือดหาเชื้อ เพื่อผลักดันเข้าสู่การดำเนินงาน PMTCT เป็นหลัก ทำให้ให้ความสำคัญน้อยกับเรื่อง ความสมัครใจ 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการเคารพสิทธิบนเนื้อตัวร่างกายและสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตร และเคารพสิทธิผู้มารับบริการ ส่งเสริมการจัดบริการแบบคู่สำหรับหญิงที่มาฝากครรภ์ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้หญิงได้สื่อสารทำความเข้าใจเรื่อง การป้องกันกับคู่ได้เพิ่มขึ้น
<ul style="list-style-type: none"> มีการจัดทำ Hotline เรื่องเอตส์ สุขภาพ และเพศ 	<ul style="list-style-type: none"> ยังไม่มีระบบสนับสนุนการจัดการรวบรวมข้อมูลการร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิในเชิงจำนวน มีเรื่องเข้าข่ายละเมิดสิทธิ 	<ul style="list-style-type: none"> ยกเลิกกฎหมาย นโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่มีลักษณะละเมิดสิทธิ ตีตรา เลือกปฏิบัติ ในหน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่หน่วยงานเอกชน

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
	<ul style="list-style-type: none"> - กรณี พิพิธภณชัชีวิตของวัดพระบาทน้ำพุ - การบังคับตรวจหา HIV กรณีสมัครงาน - DU ถูกเรียกเก็บเงินเมื่อไปขอรับบริการ VCT - กรณีโรงเรียนปฏิเสชรับเด็กเข้าเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ควรมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมว่า ปัญหาการละเมิดสิทธิในหลายกรณีดังกล่าว กระทำให้บริบทและเงื่อนไขใดบ้าง ผู้ที่ละเมิดสิทธิกระทำไปบนสาเหตุ/เจตนาหรือมีเป้าหมายใด เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องการละเมิดสิทธิเพิ่มขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองป้องกันการละเมิดสิทธิ ● การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการรวบรวมข้อมูล ร้องเรียนการละเมิดสิทธิ
<ul style="list-style-type: none"> ● มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กฯ ภายใต้กระทรวง พม. เป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งที่มีและไม่มีเชื้อเอชไอวี 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กของรัฐ และเอกชน จำนวนหนึ่งยังขาดมาตรฐาน ซึ่งอาจเข้าข่ายการละเมิดสิทธิ อาทิ การแยกเรื่อนนอนเด็ก การใช้เด็กในการสื่อสารเพื่อการระดมทุนในการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การพัฒนามาตรฐานการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสถานสงเคราะห์และที่อื่นๆ โดยมี พ.ร.บ. การคุ้มครองเด็กเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐาน จากนั้นให้มีการจัดการอบรม/เผยแพร่ให้กับคนทำงาน โดยมีกระทรวง พม. เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ

4. ด้านการยอมรับ/การรังเกียจของชุมชน

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● การริเริ่มทำวิจัย สสำรวจประสพการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การทำดัชนีชีวิตเรื่องเอดส์ สะท้อนให้เห็นว่า ตราบใดที่คนไม่เข้าใจเรื่องเอดส์ ก็ยอมไม่เข้าใจว่าผู้ติดเชื้อ ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งก็มีสิทธิเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ทั่วไป ไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษ ซึ่งเรื่องนี้ก็คือความหมายของสิทธิด้านเอดส์ และอาจมองได้ว่า จริงๆ แล้วเจ้าหน้าที่และ 	<ul style="list-style-type: none"> ● สนับสนุนให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเป็นดัชนีชี้วัดเรื่องนี้ และนำไปแปรเป็น <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมการจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วยเหตุอันเนื่องมาจากการมีเชื้อเอชไอวี - การส่งเสริมการยอมรับและอยู่ร่วมกันในสังคม

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ		ข้อเสนอแนะ
		<ul style="list-style-type: none"> ● ให้มีการทบทวน พัฒนาองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ และวางรากฐานเรื่องความเข้าใจเรื่องเอดส์ในระยะยาวให้กับผู้คนในสังคม

5. ด้านการตีตรา

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> ● เครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีการจัดทำวิจัยสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ในปี 2552 	-	<ul style="list-style-type: none"> ● ควรมีกระบวนการสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิ ในหลาย ๆ กรอบ (กฎหมาย รัฐศาสตร์ วัฒนธรรม) ● เน้นแก้ไขทัศนคติและความเข้าใจร่วมกับประเด็นกฎหมาย ฯลฯ ● เน้นแก้ไขอคติด้านเชื้อเอชไอวี ที่เชื่อมโยงกับเรื่องอื่น เช่น เรื่องเพศ อายุ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์
<ul style="list-style-type: none"> ● เรามีนโยบายและการสนับสนุนงานด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วน PMTCT และนโยบาย Half by 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดำเนินงานป้องกันเป็นการกำหนดมาตรการดำเนินงานเป็นกลุ่มประชากร ตามแนวคิด “กลุ่มเสี่ยง” ตามฐานแนวคิด/ความรู้ทางระบาดวิทยา ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนไปจากการมองเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยง” และไม่มีการทำงานกับปัจจัย/เงื่อนไขเรื่อง อารมณ์ ความไม่เสมอภาคทางเพศชาติพันธุ์ ฯลฯ ที่เป็นปัจจัยให้คนเกิดพฤติกรรมเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานที่ใช้ฐานคิดแบบผสมผสาน ทั้งฐานคิดทางระบาดวิทยา ฐานคิดทางสังคม-วัฒนธรรม และฐานคิดทางด้านสิทธิมนุษยชน ● ให้มีการดำเนินงาน จัดบริการ และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้จัดบริการเพื่อจัดปรับบริการที่เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น ● ยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง”/ “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” ● การรณรงค์ทางสังคมเรื่องเพศที่รอบด้าน

ความคืบหน้า/ความสำเร็จ	อุปสรรค/ความท้าทาย	ข้อเสนอแนะ
<ul style="list-style-type: none"> มีการพูดคุย ถกเถียง แลกเปลี่ยนเรื่อง การใช้ภาษาและ คำ (wording) ในเชิงกฎหมายและนโยบาย และ มาตรการทางการแพทย์ มีความล่อแหลมต่อการละเมิด สิทธิ และตีตราและเลือกปฏิบัติทางสังคม เช่น “กลุ่ม เสี่ยง” “การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก” ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> ยังไม่มีกระบวนการการทบทวนองค์ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นพื้นฐานและมีการพัฒนา ก้าวหน้าไป ทำให้เกิดอุปสรรคในการทำ ความเข้าใจ การมอง การอธิบาย/สื่อสารความรู้ และการกำหนด มาตรการต่าง ๆ ทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งฝ่ายบริการสุขภาพและฝ่ายกฎหมายต่อเรื่องเอชไอวี การรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี 	<ul style="list-style-type: none"> ควรจัดให้มีกระบวนการทบทวนองค์ความรู้ ความเข้าใจ ด้านเอชไอวี ในหลากหลายมิติ และฐานความรู้ เพื่อ พัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่ปรับเปลี่ยนสอดคล้องกับสภาพ บริบททางสังคมและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป จัดให้มีการอบรมความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องเอชไอ วี/เอดส์ โดยให้ความสำคัญกับเรื่องทัศนคติ การตัดสินใจ การให้คุณค่า/การตีตรา และสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรทาง การแพทย์-การสาธารณสุข เลิกหรือยุติการกระทำต่าง ๆ ที่นำไปสู่การตีตรา แบ่งแยก กีดกันและเลือกปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสิทธิใน การเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ให้คนกลุ่มต่าง ๆ ได้สามารถดูแลและป้องกันตนเอง
<ul style="list-style-type: none"> มีเครือข่ายต่าง ๆ ที่ทำงานและให้ความสนใจเรื่องสิทธิ เพิ่มมากขึ้น อาทิ เครือข่ายศาสนา และสมาพันธ์ นักศึกษาแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> เหตุและความเชื่อแห่งศาสนา การตีความคำสอนทาง ศาสนาก็มีผลต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติและละเมิด สิทธิผู้ติดเชื้อและผู้รักเพศเดียวกัน ทัศนคติทางสังคม(การติดเชื้อและเรื่องเพศ) ในกลุ่มแพทย์ มีผลต่อการจัดบริการทางการแพทย์ที่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ได้ตลอดเวลา 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องสร้างพื้นที่การทำงานเรื่องสิทธิกับเครือข่ายศาสนา และการให้ความละเอียดอ่อนต่อความเชื่อและวิถีปฏิบัติ แห่งศาสนา การเปิดมุมมองเนื้อหาเรื่องสิทธิมนุษยชนและผู้อพยพ (เต็มหัวใจความเป็นมนุษย์ในหลักสูตรแพทย์) เป็น หลักสูตรหนึ่งที่จะพูดคุยทำความเข้าใจกับนักศึกษาแพทย์ โดยทำงานกับสมาพันธ์นักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้อเสนออื่น ๆ เพิ่มเติม (ที่ยังไม่ได้ทำในการทบทวนครั้งนี้)

1. ในการมองทิศทางการทำงานในยุทธศาสตร์การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ จำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาและแนวทางการส่งเสริม เพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางและแนวทางในการทำงานในอีก 2 ปีข้างหน้าในกรอบเวลาของแผนฯ เอดส์ชาติฉบับปัจจุบัน และมองไปถึงทิศทางพัฒนาแผนฯ เอดส์ชาติ ในฉบับถัดไปด้วย

ค. ภาคผนวก

1. ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554
2. รายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในประเทศไทย ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิ มนุษยชน โดย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
3. (ร่าง) รายงานการทบทวนนโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ผ่านมุมมอง เรื่องสิทธิทางเพศ โดย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ประเทศไทย (กพอ.) (รายงานฉบับสมบูรณ์กำลังอยู่ในระหว่างปรับแก้ไข สามารถดาวน์โหลดได้จาก www.tncathai.org เดือนเมษายน 2553)