

**รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย**  
**ในมุมมองของภาคประชาสังคม ปี พ.ศ. 2552**  
**ดำเนินการโดยคณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์**

**ก. เกริ่นนำ**

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านเอดส์มากกว่า 20 ปีแล้ว มีภาคประชาสังคมมากมายที่เข้าร่วมดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในประเทศ ประกอบด้วย องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน และปัจเจกบุคคล ที่ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย คณะทำงานต่าง ๆ รวม 15 – 18 เครือข่าย ภายใต้การประสานงานของ กพอ. โดยได้มองเห็นความสำคัญของการยกระดับการทำงานของสมาชิกในสู่การผลักดันด้านนโยบาย เพื่อการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยให้ดีขึ้น

การทำงานด้านเอชไอวีกว่า 20 ปีที่ผ่านมา เป็นการทำงานอยู่บนฐานความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ข้อมูล ความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาและกำกับนโยบาย มาตรการการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ ซึ่งภาคประชาสังคมมองว่า การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะการใช้องค์ความรู้ด้านสังคมวัฒนธรรม และมุมมองด้านสิทธิเพิ่มเติม เพื่อให้การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยมีการผสมผสานกันระหว่างองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาการแพทย์ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสิทธิมนุษยชน

สาเหตุหลักของการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในสังคมไทยคือเรื่อง เพศสัมพันธ์ ในขณะที่การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในไทย กลับดำเนินการโดยแบ่งแยกตามกลุ่มประชากร ซึ่งไม่ใช่เป็นทิศทางที่มีจะสร้างสังคมที่มีสุขภาวะทางเพศที่ดี เป็นสุข และปลอดภัยได้ในระยะยาว

การคำนวณ การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้องค์ความรู้และเครื่องมือทางระบาดวิทยาเป็นฐาน ทำให้เห็นการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่สามารถจำแนกได้ตามกลุ่มประชากร แต่การแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องดูเรื่องมิติความสัมพันธ์ทางเพศทั้งในส่วนเพศสรีระ เพศภาวะ และเพศวิถี โดยการทำความเข้าใจเรื่องนี้อย่างสอดคล้องสัมพันธ์กับการกำหนดคุณค่า ความหมายทางสังคม วัฒนธรรม จึงจะเป็นการแก้ไขปัญหาเอดส์และการส่งเสริมให้คนมีสุขภาวะทางเพศที่ดี นำรื่นรมย์ และปลอดภัยในระยะยาว

ภาคประชาสังคมมีความเชื่อว่า การเคารพสิทธิทางเพศ นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยทำให้การคิด การมองเรื่องเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีสามารถมองทะลุกรอบคิดเรื่องเพศที่ยึดติดอยู่กับ เพศหญิงและเพศชาย ออกไปได้ เพื่อให้ทุกคนได้รับการคุ้มครองและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศนั้นลดลง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาเอดส์ก็สามารถเป็นไปอย่างตรงจุดและประสบความสำเร็จมากขึ้น

สิทธิทางเพศคือ การเคารพในสิทธิบนเนื้อตัวร่างกาย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การเคารพสิทธิทางเพศ ต้องมองครอบคลุมเรื่องเพศทั้ง 3 มิติ ทั้งในมิติเพศสรีระ ที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด จำแนกแยกแยะบนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มิติเพศสภาวะ/ภาวะ ที่กำหนดบทบาทหน้าที่ทางสังคมวัฒนธรรม ผ่านการอบรมเลี้ยงดู ชัดเจนทางสังคมในสถาบันพื้นฐาน เช่น สถาบันครอบครัว ไปจนถึงสถาบันหลักในสังคม เช่น ชาติ ศาสนา การศึกษา และมิติเพศวิถี ที่เป็นการดำเนินชีวิตทางเพศ ตั้งแต่เรื่องเนื้อตัว ร่างกาย เรื่อยไปจนถึงความคิด ความเชื่อ และการกำหนดคุณค่าการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับเพศสรีระและเพศภาวะ

ภาคประชาสังคมได้กำหนดวาระการรณรงค์ทางสังคมในปี พ.ศ. 2552 – 2553 ดังนี้ **สิทธิทางเพศ สิทธิด้านเอดส์** คือสิทธิมนุษยชน : เคารพ เข้าใจ ปลอดภัย เป็นสุข โดยได้มีการใช้ความหมายตามดังนี้

### สิทธิมนุษยชน

คือสิทธิที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เป็นสิทธิในการดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยความเสมอภาค เท่าเทียม

### สิทธิทางเพศ

คนเกือบทุกคนมีวัยวะเพศติดตัวมาแต่เกิด แต่ความเป็นเพศ...ความรู้สึก นึกคิด รสนิยมทางเพศของแต่ละคนอาจไม่ตรงกับวัยวะเพศได้ เนื่องจาก เพศสภาพ (Gender) ความเป็นหญิง ความเป็นชาย และเพศวิถี (Sexuality) เป็นสิ่งที่สร้างขึ้น โดยวัฒนธรรม ความเชื่อ และถูกควบคุมโดยสถาบันทางสังคม ที่สามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงได้ ในสังคมนี้ จึงเป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์และรสนิยมทางเพศซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย

สิทธิทางเพศจึงเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ เป็นเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับเพศ เกี่ยวกับความพึงพอใจทางเพศและ บทบาทหน้าที่ทางเพศ ของตนเอง ที่สมควรได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

คนทุกคนต้องมีสิทธิได้รับการศึกษาเรียนรู้เรื่องเพศ สิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพทางเพศ บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และได้รับการปกป้องคุ้มครองให้มีความสัมพันธ์ทางเพศที่ปราศจากความรุนแรง มีความสุข และปลอดภัย

นั่นคือทุกคน ทุกเพศสภาพ บนเพศวิถีที่แตกต่าง ต้องได้รับ สิทธิที่กล่าวมาข้างต้นอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

### สิทธิด้านเอดส์

การมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย เป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่ง ที่มนุษย์ทุกเพศมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสนี้จากการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นมนุษย์ที่ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิเช่นผู้ป่วยอื่นๆ การกีดกัน การตีตรา การเลือกปฏิบัติ อันเนื่องมาจากเพศ เพศสภาพ เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นภาระละเมิดสิทธิมนุษยชน

### การป้องกันการระบาดของเชื้อเอชไอวี ที่ดี คือ การคุ้มครองสิทธิทางเพศ สิทธิด้านเอดส์

เพศหญิงถูกกฏ กติกาของสังคม กำหนดกำกับด้วยเพศสภาพว่าเป็นเพศที่ไม่ควรพูดคุยเรื่องเพศ ไม่ควรแสดงออกว่าสนใจต้องการเรียนรู้ในเรื่องเพศ ต้องรักษานวลสงวนตัว ทำให้เพศหญิงได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก คนที่ไว้ใจ คนที่เป็นคูชีวิต

เพศชายถูก กฏ กติกา ของสังคม กำกับให้เป็นเพศที่ต้องเป็นผู้นำ ผู้รับภาระ เป็นผู้ที่ต้องรู้ในเรื่องเพศ ทั้งที่หลายครั้งเป็นความรู้ ความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การไม่ได้รับการเรียนรู้ว่าทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการสร้างสัมพันธ์ทางเพศ ทำให้ละเลยการคุ้มครองสิทธิผู้หญิง หรือคูรักรักทุกเพศของตน

คนที่ใหญ่ใหญ่ มีความคิด ความเชื่อว่าเรื่องเพศของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ไม่ควรเรียนรู้ก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว หรือในชุมชน ไม่มีพื้นที่ปลอดภัยให้เยาวชนได้ทำความเข้าใจเนื้อตัว

คนที่มีอัตลักษณ์ จินตนาการ การแสดงออก อารมณ์ความรู้สึก การดำเนินวิถีชีวิตทางเพศ (Sexuality) ที่หลากหลาย ลื่นไหล คนที่เลือกจะมีสัมพันธ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกัน (Homosexual) ทั้งนี้ สังคมไม่เปิดพื้นที่ให้คนเหล่านี้ได้มีที่ยืนอย่างสมศักดิ์ศรี โดยไม่ถูกประนามและแบ่งแยกกีดกัน

ระบบบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ที่หญิงไม่มีอำนาจจัดการเรื่องการตั้งท้อง ความถี่ห่างของการตั้งท้อง การมีลูก หรือการทำแท้งเมื่อไม่พร้อมของการท้องครั้งนั้น

การอธิบายเรื่องครอบครัวแบบประเพณี ครอบครัวที่ดีที่สมบูรณ์ ต้องมีพ่อ แม่ ลูก ซึ่งส่งผลให้ชีวิตครอบครัวต้องมีลูกทั้งหญิงและชาย ทำให้ชีวิตครอบครัวถูกกติกาของสังคมบีบบังคับเรื่องการมีลูก แต่เมื่อเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตคู่ กติกาทางสังคมกลับเปลี่ยนและคิดอีกอย่าง จึงถูกกำกับเรื่องการไม่ให้มีลูก เพราะจะทำให้แพร่เชื้อได้ หรือต้องบอกผลเลือดต่อคู่

กรณีดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นความหลากหลายในเรื่องเพศ ปัญหาที่เกิดจากการกำกับและกรอบวิธีคิดเรื่องเพศแบบชายหญิง การมีเพศสัมพันธ์แบบต่างเพศ (Heterosexual) เท่านั้น การไม่ให้โอกาสสมมุขแต่ละคนได้ตัดสินใจในตัวตนทางเพศที่นอกเหนือจากเพศหญิง ชาย ส่งผลต่ออำนาจทางเพศที่ไม่เสมอภาค ไม่เคารพสิทธิ ทำให้มีคนได้รับการตีตราทางเพศ การละเมิดสิทธิทางเพศ และการได้รับเชื้อเอชไอวีเมื่อไรซึ่งอำนาจต่อรองอำนาจในการเลือกและตัดสินใจเรื่องเพศของตนเอง

การส่งเสริมให้มีการสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศเป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการเข้าใจตัวเอง เข้าใจสาเหตุของการครอบงำเรื่องเพศสภาพโดยสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี และการเชื่อมโยงวิถีชีวิตทางเพศที่เลือกได้ของแต่ละคน ที่สำคัญนี่เป็นการท้าทายสังคมให้เปิดกว้างในการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศเพื่อตระหนักในเรื่อง สิทธิทางเพศของทุกคน การเปิดให้มีความปลอดภัยในการมีชีวิตทางเพศที่หลากหลาย แต่สามารถเข้าถึงเครื่องมือในการป้องกันทางเพศได้อย่างเสมอภาค การทำให้เรื่องการเมืองของความหลากหลายทางเพศเป็นเรื่องปกติ จึงเป็นทางรอดของสังคมที่จะอยู่รวมกันอย่าง...

เคารพ	ความเป็นมนุษย์ของทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้น
เข้าใจ	ความแตกต่างหลากหลายทางเพศ เพศสภาพ และวิถีทางเพศ
ปลอดภัย	เปิดพื้นที่ปลอดภัยในการเรียนรู้เรื่องเพศ สื่อสาร และเสริมสร้างเพศสัมพันธ์ที่เสมอภาค เท่าเทียม
เป็นสุข	มั่นใจ ในเพศที่ตนเลือก ในวิถีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย มีความสุขกับตัวตนทางเพศ

## **ข. ข้อเสนอแนะด้านการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์**

ที่ผ่านมา เอชไอวี/เอดส์ ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องของเชื้อโรค การป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ ความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ แต่เพียงมิติเดียว มาตรการต่างๆ ทั้งการดำเนินงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง จึงถูกบดบัง กำกับด้วยวิถีคิดทางด้านการแพทย์เป็นหลัก

แม้จะมีความพยายามให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจที่มาที่ไปของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย รวมไปถึงปัจจัยและเงื่อนไขในการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลให้ผู้คนมีโอกาส ทางเลือก และการ

หากแต่ว่า วิธีคิด วิธีมองที่ใช้ในการพยายามจัดการ ควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่ผ่าน มา กลับเน้นไปที่การมองมิติความเป็นมนุษย์แบบแยกส่วน มุ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องเชื้อไวรัส การถ่ายทอด และ เน้นเสริมการป้องกันไปตามชิ้นส่วนอวัยวะที่เป็นช่องทางการรับและหรือถ่ายทอดเชื้อ มากกว่าที่จะมองและให้ ความสำคัญกับปัจจัย เจือปน ที่เป็นสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ทำให้คนมี ทางเลือก โอกาส และอำนาจการตัดสินใจที่ไม่เท่าเทียมกัน อันเป็นสาเหตุสำคัญของการละเมิดสิทธิ และศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

ความพยายามในการนำเสนอทวิเคราะห์ มาตรการ กฎหมาย นโยบายของรัฐ ผ่านมุมมองของภาค ประชาสังคม จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการมองเรื่องการตอบสนองต่อปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวีให้กว้างขวาง ยิ่งขึ้น โดยนำเอามิติเรื่องเพศ สิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เพิ่มเติมเข้ามา

ภาคประชาสังคมมีความเชื่อว่า การเคารพสิทธิทางเพศ นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยทำให้การคิด การมองเรื่องเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีสามารถมองทะลุกรอบคิดเรื่องเพศที่ยึดติดอยู่กับ เพศหญิงและเพศชาย ออกไปได้ เพื่อให้ทุกคนได้รับการคุ้มครองและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะ ส่งผลให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศนั้นลดลง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก็สามารถเป็นไปอย่างตรงจุดและประสบความสำเร็จมากขึ้น ทั้งนี้ ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะต่อกฎหมายและ นโยบายเกี่ยวกับสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ อันจะส่งผลให้การทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาได้ประสบ ความสำเร็จยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

1. ให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและกำกับการจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ขึ้นมาเพิ่มเติมเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อ ปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยมีบทบาท หน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาและผลกระทบอัน เนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องทางเพศและเรื่องเอดส์
2. การพัฒนานโยบายและแผนงานต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ จะต้องมีความครอบคลุมเรื่อง การส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การเคารพสิทธิทางเพศและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายเรื่อง เพศ เพศภาวะ และเพศวิถี ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานหนึ่งของ สิทธิมนุษยชน และต้องมีการระบุเข้าไปในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์ระดับชาติ
3. การพัฒนานโยบาย แผน และมาตรการต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ จะต้องมองอย่าง เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับนโยบายและกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปกป้อง คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิทาง เพศ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสิทธิและแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญกับการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบาย ควบคุมกำกับกลไกอื่น ๆ ในส่วนที่เป็นคณะอนุกรรมการฯ จะต้องทำหน้าที่ดูแล กำกับให้มีการดำเนินงาน ต่าง ๆ ที่รับรองสิทธิต่าง ๆ ตามที่ได้มีการลงนามไว้ในปฏิญญาสากลต่าง ๆ รวมทั้งดำเนินการ ผลักดัน ให้มีการจัดการปรับปรุงกฎหมาย นโยบายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการรับรองสิทธินั้น ๆ ด้วย

5. จะต้องยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง” “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” ที่นำไปสู่ความเข้าใจและการตีตราคนกลุ่มนั้น ๆ ว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อฯ เป็นปัญหาทางสังคม แต่ให้มีการดำเนินการส่งเสริมทำความเข้าใจ บัณฑิต เจื่อนไข และโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ไม่เท่าเทียม ซึ่งทำให้คนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ตกอยู่ในสภาวะด้อยอำนาจ ไม่เท่าเทียม ถูกรังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ และไม่สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย เช่นคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม
6. จะต้องเลิกหรือยุติการกระทำใด ๆ อันจะนำไปสู่การตีตราทางสังคม การแบ่งแยกกีดกัน เลือกปฏิบัติ หรือมองว่าการดำเนินชีวิตของคนกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้เป็นภาระที่ผิดกฎหมาย กฎระเบียบ หรือ ประเพณี เพื่อส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพในการสนับสนุนให้คนกลุ่มต่าง ๆ ได้สามารถดูแลและป้องกันตนเองได้อย่างเท่าเทียมกัน
7. การสร้างเสริมอำนาจให้กับคนกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้มีสิทธิทางด้าน สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน เท่าเทียมกับคนกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม
8. การดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพและสาธารณสุข จะต้องให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้มากขึ้น โดยการยอมรับความแตกต่างหลากหลายของเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี ว่าไม่ได้มีเฉพาะเพียงเพศหญิง เพศชาย หรือความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชายเท่านั้น และการตัดสินใจดำเนินชีวิตทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีที่แตกต่าง ก็ได้เป็นเรื่องผิดหรือทำให้คนเหล่านั้นมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์น้อยลงแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ควรมองหรือกระทำการใด ๆ ที่ทำให้เรื่องเหล่านี้กลายเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย ซึ่งจะทำให้ผู้คนที่มีการดำรงชีวิตทางเพศที่แตกต่างหลากหลายกลายเป็นผู้กระทำความผิด ถูกรังเกียจ หรือถูกกีดกันจากการได้รับบริการและการอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างเสมอภาคและปลอดภัย
9. ผู้ให้บริการหรือผู้ดำเนินงานด้านเอดส์และผู้เกี่ยวข้อง ควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจเรื่องสิทธิทางเพศ สิทธิด้านเอดส์ สิทธิมนุษยชน ความแตกต่างหลากหลายทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี และสามารถจัดปรับหรือพัฒนาการดำเนินงานหรือบริการให้วางอยู่บนพื้นฐานการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยให้มีการทบทวนองค์ความรู้ และเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการจัดการเรียนรู้และฝึกอบรมบนความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และมูลนิธิศูนย์คัมครองสิทธิด้านเอดส์
10. จะต้องมี การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด "การเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน" อย่างต่อเนื่อง และขยายให้ครอบคลุมในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา โดยลงทุนด้านการพัฒนาศักยภาพทัศนคติ ของผู้สอนอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้ให้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มอบหมายให้อนุกรรมการกำกับกรับเคลื่อนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาแนวคิดเรื่องศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิทางเพศของเยาวชน ผ่านการปฏิบัติการหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน ทั้งนี้ ให้กระทรวงศึกษาธิการเป็นกลไกหลักในการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของเยาวชน และสมาคมหรือสมาพันธ์ครู ในประเทศเป็นภาคีสำคัญในการขับเคลื่อนงานร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
11. จะต้องมี การพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรเรื่องเพศที่เป็นมิตรกับเยาวชน ผู้หญิง และบริการอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญกับความอ่อนไหวในเรื่องเพศภาวะ (gender) โดยเน้นเรื่องบริการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ให้ข้อมูล เป็นแหล่งพึ่งพิงทางใจ ทางกาย ของเยาวชนได้ เป็นหน่วยแรกรับให้บริการส่งต่อที่เหมาะสม

12. จะต้องมีกิจกรรมรณรงค์ทางสังคมเรื่องเพศที่รอบด้าน ทั้งนี้การให้การเรียนรู้ การรณรงค์นี้ไม่ใช่การส่งเสริมความผิดทางศีลธรรม แต่เป็นการสร้างคุณค่าเรื่องชีวิตของเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการดำรงชีวิตทางเพศที่เป็นจริง สอดคล้องกับสภาพทางธรรมชาติ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา โดยให้หน่วยงานภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นผู้รับทุนหลักจากกองทุนโลก และองค์กรเอกชนที่รับทุนหลักหรือรับทุนต่อเนื่องจากกองทุนโลก มาดำเนินงานในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ ให้เป็นผู้ดำเนินงานสร้างคณาทำงานในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ เนื่องจากต้องยกระดับงานที่ดำเนินการมากกว่า ๕ ปีให้เป็นงานด้านนโยบายสังคมต่อไป
13. ส่งเสริมให้เกิด “การเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน”ที่เป็นไปตามหลักการที่ใช้อยู่ในการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

#### ค. การประมวลสรุป และการวิเคราะห์นโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาในส่วนนี้ประกอบด้วย การวิเคราะห์นโยบายและข้อเสนอแนะในรายละเอียดก่อนนโยบายต่าง ๆ โดยจัดแบ่งการวิเคราะห์นโยบายออกเป็น 4 ส่วนด้วยกันคือ

ส่วนที่หนึ่ง นโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ

ส่วนที่สอง นโยบายด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้

ส่วนที่สาม นโยบายด้านการส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิมนุษยชนและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ส่วนที่สี่ ด้านโครงสร้างและกลไกการพัฒนานโยบาย แผน และการดำเนินงาน

#### ส่วนที่หนึ่ง นโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ

ในส่วนนโยบายด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพนี้ จะเป็นการวิเคราะห์นโยบาย 3 เรื่องด้วยกันคือ เรื่องแรก นโยบายการลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) เรื่องที่สอง นโยบายการพัฒนาบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT) และเรื่องที่สาม นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission/PMTCT) ซึ่งทั้งสามเรื่องส่งผลให้เกิดการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยเฉพาะด้านการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

#### เรื่องแรก นโยบายการลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011)

นับแต่ปีพ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นปีของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ (พ.ศ. 2550 – 2554) ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายและการสนับสนุนงานด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการป้องกันเอดส์ การกำหนดให้มียุทธศาสตร์การลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปีพ.ศ. 2554 (Half by 2011) โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 4 กลุ่ม

ภาคประชาสังคมมองว่า การพัฒนาและดำเนินนโยบาย Half by 2011 เป็นการใช้ฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นหลัก โดยใช้รูปแบบหรือเครื่องมือทางระบาดวิทยาในการคำนวณและคาดประมาณการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งมุ่งมองช่องทางการแพร่ระบาดของการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเป็นหลัก เพื่อทำให้เห็นภาพตัวแทนของกลุ่มประชากรที่มีอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีว่ามีอัตราส่วนสูงอยู่ในประชากรกลุ่มใดบ้าง โดยมุ่งเน้นการค้นหา จำแนก และนำมาจัดลำดับเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง (Risk Group) และประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงสุด (Most At Risk Populations/MARPs) ทั้งในความหมายของการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรตนเองและกระจายไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ๆ

สิ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำได้หรือบอกไม่ได้คือ การคำนวณอัตราการแพร่ระบาดในกลุ่มประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทำให้เห็นช่องทางการระบาดหลัก ๆ ในประเทศว่ามีช่องทางใดและเกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มใดบ้าง อาทิ การใช้เข็มฉีดยาของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ทั้งในการซื้อ-ขายบริการทางเพศ ในเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และในความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างคู่สามี-ภรรยา และนำมากำหนดเป็นมาตรการด้านการป้องกันคือ การส่งเสริมความรู้ด้านการติดต่อของเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด

ภาคประชาสังคมมองว่า การพัฒนานโยบายดังกล่าวที่มุ่งเน้นการใช้ฐานความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นมิติหลัก และกำหนดมาตรการในการป้องกันตามการจำแนกประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงสูงสุด บนเงื่อนไขที่ต้องมีการระดมทรัพยากรและความร่วมมืออย่างแข็งขัน อาจช่วยลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ แต่ก็จะเป็นเพียงในระยะสั้น แต่จะไม่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวีได้ในระยะยาว

ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งหนึ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำได้หรือบอกไม่ได้คือ “อัตลักษณ์ทางเพศ ที่มีความหลากหลายและสิ้นไหล” ที่แสดงผ่าน เพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ที่ทำให้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งประชากร 4 กลุ่มดังกล่าวมี อัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่หลากหลายและสิ้นไหลเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยไม่ได้ผูกติดกับเพศสรีระและหรืออัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศแบบตายตัวแบบเดียว อันหมายถึง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก็ไม่ได้มีตัวตนที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายในรูปแบบเดียว เพราะอาจยังมีตัวตนที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิง และเพศอื่น ๆ ได้ด้วย แรงงานหญิงผู้ให้บริการทางเพศ ก็ไม่ได้มีตัวตนหรือรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศแบบซื้อ-ขายบริการรูปแบบเดียว แต่ยังมีตัวตนหรือรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศแบบคู่รัก คู่สามี-ภรรยา หรือรูปแบบอื่น ๆ ได้อีก เป็นต้น

แม้ว่าองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาอาจไม่สนใจหรือให้ความละเอียดอ่อนกับอัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่หลากหลายและสิ้นไหลเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยมองว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ การส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเท่านั้นก็ตาม

แต่สิ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาทำได้หรือบอกไม่ได้ก็คือ แม้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ จะมีความรู้เรื่องช่องทางและการป้องกันการติดต่อของเชื้อเอชไอวี รวมทั้งได้รับแจกจ่ายถุงยางอนามัยแล้วก็ตาม แต่

นอกจากนี้อีกสิ่งหนึ่งที่รูปแบบและเครื่องมือทางระบาดวิทยาไม่ได้ทำ แต่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากการกำหนดนโยบายและมาตรการดังกล่าวคือ การส่งผลให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรทั้ง 4 กลุ่ม ที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ซึ่งจะถูกมองว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเอชไอวี และยังเป็น การตอกย้ำทัศนคติและอคติต่อกลุ่มคนที่แตกต่าง ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและได้รับบริการ การรับรองสิทธิและสถานะ

การพัฒนา นโยบาย กำหนดมาตรการเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหามา จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ในระดับที่กว้างขวางออกไปทั้งในมิติทางสังคม-วัฒนธรรม รวมทั้งใช้ฐานคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนเข้ามาผสมผสาน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจเงื่อนไขความเปราะบางทางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิทางเพศและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผ่านอคติและสภาพการถูกปฏิเสธ ไม่ได้รับการยอมรับสถานะตัวตนทางเพศที่หลากหลาย การด้อยอำนาจในการจัดการเรื่องทางเพศของตนเอง หรืออีกด้านหนึ่งคือ การตีตรา การแบ่งแยกกีดกันและเลือกปฏิบัติทางเพศและตัวตนด้านอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กัน ที่ทำให้อยู่ในสภาวะด้อยอำนาจ เข้าไม่ถึงบริการในการป้องกัน ดูแล รักษาตนเอง จนนำไปสู่ภาวะความเสี่ยงต่อการได้รับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี

ชายที่รักและมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน (MSM) ไม่ได้รับการยอมรับการมีสถานะตัวตนทางเพศในสังคม โดยอัตลักษณ์ทางเพศในสังคมมักถูกกำหนดให้เป็นภาพตายตัว ที่ผูกโยงเข้ากับอัตลักษณ์ทางเพศสรีระ (Biological Sexual Identity) เท่านั้น ทำให้ความแตกต่างทางเพศที่ปรากฏ ไม่ได้รับการยอมรับ อีกทั้งยังถูกนำมาลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ลงไปอีกด้วย

แรงงานหญิงบริการทางเพศ (SW) ต้องเผชิญสภาวะด้อยโอกาสในการจัดการเรื่องทางเพศของตนเอง อันเกิดจากสภาวะด้อยอำนาจทางเศรษฐกิจ การไม่มี/ไม่ได้รับความปลอดภัยและสวัสดิการทางสังคมจากการทำงาน และการมองอัตลักษณ์/ตัวตนของแรงงานหญิงบริการทางเพศแบบตายตัว ผูกติดกับความเป็นแรงงานหญิงบริการทางเพศตลอดเวลา ทำให้ไม่เข้าใจ เกิดการละเลย สถานภาพและตัวตนทางเพศและทางสังคมด้านอื่นๆ ของแรงงานหญิงบริการทางเพศและไม่สามารถเสริมสร้างศักยภาพ เพิ่มโอกาสและทางเลือกอื่นๆ ให้กับแรงงานหญิงบริการทางเพศ

แรงงานย้ายถิ่นและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดก็เช่นเดียวกัน ที่มักถูกมองแบบตายตัว และมองเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเชื้อโรค ช่องทางการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์ ทำให้มองไม่เห็นอัตลักษณ์และตัวตนทางเพศที่แตกต่างหลากหลาย เช่นกัน

ภาพการมองประชากรกลุ่มต่างๆ รวมทั้งกลุ่มที่ถูกระบุว่าเป็น กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด เป็นการมองและทำให้ภาวะความเปราะบาง ความเสี่ยง ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องตายตัว (Static) โดยมองไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (Dynamism) และทำให้เรื่องนี้ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์ (Medicalization)



ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินนโยบาย Half by 2011 ดังนี้

1. รัฐควรสนับสนุนการทำงานที่เป็นการทำงานเข้าใจต่อเรื่องวิถีชีวิตของคนแต่ละกลุ่ม เพื่อที่จะเข้าใจบริบทการใช้ชีวิตของคนเหล่านี้แบบไม่แยกส่วน รวมถึงการทำงานเข้าใจกับวิถีชีวิตทางเพศที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการทำงานด้านการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตรา ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้ในมิติที่หลากหลายแบบผสมผสาน ทั้งฐานคิดด้านระบาดวิทยา สังคม-วัฒนธรรม และสิทธิมนุษยชน
2. รัฐควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับสาธารณะถึงเรื่องโอกาสเสี่ยงและแนวทางการให้ป้องกันที่ไม่จำเป็นต้องระบุกลุ่ม ในขณะที่เดียวกันยังคงต้องทำงานกับกลุ่มประชากรกลุ่มต่างๆ ในวิถีที่หลากหลายในการดำเนินชีวิตขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหลากหลายในเพศวิถี บนการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อจะทำให้ทุกคนได้ปลอดภัยและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข
3. รัฐควรที่จะสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมทำงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยการปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อที่จะให้คนทุกคนหรือทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการการป้องกันและการดูแลรักษาได้ ทั้งนี้โดยปรับปรุงกฎหมายบนฐานความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนให้มากขึ้น อาทิ กฎหมายที่จะสามารถถอดเรื่องของการทำให้ผู้ขายเป็นอาชญากร หรือ ลดการถูกคุกคามโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต่อพนักงานบริการทางเพศ และการมองว่าความรักและเพศสัมพันธ์ของคนรักเพศเดียวกันเป็นเรื่องผิดปกติและอันตราย เป็นต้น
4. มีนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันที่ให้ความสำคัญกับเรื่อง อำนาจ ความไม่เสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ การจัดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างหลากหลายทางเพศภาวะ เพศวิถี เจือปนและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยนำกรอบความคิดเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เข้ามาใช้ในการทำงาน ทั้งนี้ หมายความว่า ให้มองคนเหล่านั้นมากกว่า ชิ้นส่วน อวัยวะ ที่เป็นกลไกการรับ-ถ่ายทอดเชื้อฯ แต่ให้มองในฐานะมนุษย์และเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย
5. มีการส่งเสริมการเคารพสิทธิทางเพศ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะทางเพศที่ดีและปลอดภัย เหมาะสม สอดคล้องกับเพศภาวะ เพศวิถี ที่บุคคลนั้น ๆ เป็นผู้เลือกในการดำเนินชีวิตของตนเอง
6. การส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มต่าง ๆ และคู่มือเพศสัมพันธ์ที่ดี ปลอดภัย มีการป้องกัน และมีสุขภาวะทางเพศที่ดี จึงจำเป็นต้องมองเรื่อง “อัตลักษณ์/ตัวทางทางเพศ ที่มีความแตกต่าง หลากหลาย และสิ้นไหล” และจำเป็นต้องมองเรื่องการจัดการ “อำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศ” ที่ไม่เท่าเทียมกันพร้อมกันไปด้วย ซึ่งก็คือการให้ความสำคัญกับเรื่อง “สิทธิทางเพศ”
7. การสนับสนุนงบประมาณ ควรให้ความสำคัญต่อการสร้างเครือข่าย การเสริมศักยภาพการทำงาน การเชื่อมประสานระหว่างกลุ่มคนที่ทำงาน ทั้งนี้ในการจัดทำโครงการของกลุ่มเป้าหมาย ควรเปิดให้มีการจัดทำงบประมาณสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย เพื่อให้กระบวนการเครือข่ายเป็นกระบวนการเสริมศักดิ์ศรีของคนที่เป็นเจ้าของปัญหาและต้องการมีชีวิตที่ปลอดภัยไว้เช่นเดียวกับคนทุกคนในสังคม

เรื่องที่สอง นโยบายการพัฒนาบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้ชักชวน (Provider Initiated Counseling and Testing/PICT)

การดำเนินงานส่งเสริมบริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) ถูกหยิบยกขึ้นมาพัฒนาเป็นมาตรการและนโยบายสำคัญอีกครั้งในช่วงหลังจากการขยายผลการดำเนินงานให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเทศ นับว่าเป็นการยกระดับการดำเนินงาน VCT ให้เป็นบริการ ที่จะช่วยให้คนที่เมื่อไอวีได้รับรู้สถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองได้เร็วขึ้น และสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้เร็วขึ้น รวมทั้งสามารถป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีเพิ่มได้ด้วย

หลายภาคส่วนได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน VCT เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งในรูปแบบการมีบริการ VCT ที่เคลื่อนที่เข้าไปในชุมชน (Mobile VCT) จนถึงล่าสุดได้มีการรวม VCT เข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการขยายผลการฝึกอบรมการให้บริการปรึกษาเบื้องต้นให้กับพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐด้วย

อย่างไรก็ตามพบว่า มีคนทั่วไปที่ตัดสินใจเข้ารับบริการ VCT ในจำนวนที่น้อยมาก จึงมีความพยายามในการส่งเสริมมาตรการใหม่ที่เรียกว่า PICT (Provider Initiated Counseling and Testing) คือการให้ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นโน้มน้าวหรือชักชวนให้ผู้มารับบริการเข้ารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือด ซึ่งในทางปฏิบัติก็น่าจะมีการดำเนินการในทำนองนี้มาแล้วในช่วงก่อนหน้านี้

การส่งเสริมมาตรการ PICT ที่มีแนวโน้มว่าจะยกระดับให้กลายเป็นนโยบายที่มีแนวปฏิบัติที่เข้มข้นขึ้นนี้ ดำเนินการบนสมมติฐานว่า การที่มีคนมาตรวจเลือดจำนวนมาก จะช่วยให้เกิดการตรวจคัดกรองผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีได้เร็วและพบผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในจำนวนมากด้วย ทำให้เป้าหมายในการตรวจค้นหาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้ได้จำนวนมากและรวดเร็ว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางการแพทย์ทั้งการรักษาและป้องกันมีแนวโน้มความสำเร็จสูงขึ้น

ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา มีงานวิจัยชื่อ “ศักยภาพในการที่จะดำเนินการในแนวทาง ผู้ให้บริการเป็นผู้ริเริ่มการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดอย่างสมัครใจในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย” (The Potential of Provider - Initiated Voluntary Counseling and Testing in Health Care Setting in Thailand) ซึ่งดำเนินการโดย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program-HITAP) โดยได้รับการสนับสนุนจาก Global Development Network มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าได้ตอบโจทย์ว่า การให้บริการรูปแบบ PI(V)CT มีผู้เข้ามาใช้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือมีอัตราการเข้าตรวจเพิ่มขึ้นถึง 50 เท่า นอกจากนั้นในแง่ของความคุ้มค่าต่อการลงทุนที่เป็นตัวเลขของเม็ดเงินที่จะใช้ไปกับคน ๆ หนึ่ง ในการทำงานตามแนวทาง PI(V)CT ก็พบว่ามีมูลค่าด้วย (ยศ ตีรวพัฒน์, 2553) และผลจากการศึกษานี้ได้ถูกนำเสนอไปในระดับนโยบายให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแล้ว

เมื่อมองการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็น VCT, VCCT, PIVCT, PICT ก็ตาม จะพบว่า มาตรการหรือรูปแบบดังกล่าวน่าจะมีวัตถุประสงค์/ความต้องการในลักษณะที่คล้ายคลึงกันอยู่ คือ ความต้องการพัฒนารูปแบบ/ช่องทางให้คนเข้ารับบริการและได้รับรู้สถานะการมีเชื้อเอชไอวีของตนเองได้เร็วขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อของตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้เข้าถึงการรักษาได้เร็ว อันจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

จุดที่แตกต่างกันของมาตรการ/รูปแบบนี้ น่าจะอยู่ที่ เจตนาเบื้องหลังของความต้องการที่ทำให้มีความพยายามส่งเสริมการพัฒนาและใช้รูปแบบต่าง ๆ ขยาย เพิ่มเติมเข้ามาอีก จาก VCT ไปสู่ PIVCT และหรือ PICT และนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่แตกต่างกันออกไปตามเจตนาเหล่านั้น ๆ กล่าวคือหากมีเจตนาในการใช้มาตรการนี้ไปเพื่อ

แม้ว่าส่วนสำคัญของการดำเนินแนวทาง PICT จะเป็นไปเพื่อทำให้ผู้คนในสังคมมีทางเลือกในการรับบริการและส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย แต่หากเข็มมุ่งของการดำเนินนโยบายดังกล่าว เน้นไปที่การเพิ่มจำนวนของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจเลือด นัยว่า เพื่อการค้นหาตัวผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้ได้เร็วและมากที่สุด ที่แม้จะมีเจตนาดีที่จะทำให้เกิดการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเพิ่ม หรือเพื่อให้เข้าถึงบริการการรักษาได้เร็วก็ตาม

หากการดำเนินนโยบายดังกล่าวก็คาบเกี่ยวอยู่บนเส้นของการละเมิดสิทธิและก้าวล่วงเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพราะอาจทำให้เกิดการกระทบต่อคนมาตรวจ เพื่อต้องการนับเอาแต่จำนวนตัวเลขผู้มาตรวจเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย อันจะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่การให้บริการการปรึกษาที่ไม่มีคุณภาพ ละเลย เพิกเฉย ในการให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนเรื่องความแตกต่างหลากหลายของผู้มารับบริการ ทั้งอัตลักษณ์ ตัวตนทางเพศ และตัวตนด้านอื่นๆ

ทั้งนี้การมุ่งหวังผลให้มีจำนวนผู้ที่มาตรวจเลือดให้มาก ยังจะเป็นปัจจัยให้เกิดการละเลยเรื่องสิทธิการตัดสินใจบนหลักการได้รับข้อมูลที่รอบด้าน และสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลรักษาความลับอีกด้วย ดังเช่นที่เห็นและปรากฏอยู่ในการดำเนินและจัดบริการแบบ PICT ในการจัดบริการ PMTCT สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ที่มุ่งเน้นเรื่องการโน้มน้าวชักชวนให้หญิงตั้งครรภ์ตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวี เพื่อผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่บริการ PMTCT โดยไม่ได้ตระหนักเรื่องความสมัครใจ ส่งผลให้เกิดการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้านการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยการมองเนื้อตัวร่างกายและระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวีให้กลายเป็นเพียงกลไกในการรับ-ถ่ายทอดเชื้อ ซึ่งจะขอกกล่าวถึงรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนการวิเคราะห์นโยบายถัดไป ส่วนที่ภาคประชาสังคมกังวลเพิ่มเติมคือ อาจมีการนำเอาแนวปฏิบัติเดียวกันนี้มาใช้กับกลุ่มประชากรที่ถูกเพ่งมองทางระบาดวิทยาว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดด้วยเช่นกัน

ส่วนสำคัญที่ขาดหายไปสำหรับการดำเนินนโยบายดังกล่าว น่าจะอยู่ที่ การให้ความเคารพในเรื่องความพร้อม ความสมัครใจ (Voluntary) และการตัดสินใจของผู้คนอย่างแท้จริง โดยใช้การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวไปเพื่อการจัดบริการการปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในการประเมินพฤติกรรม โอกาส และทางเลือกในการจัดการกับความเปราะบางความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตของตนเอง และการเลือกรับหรือไม่รับบริการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะการมีเชื้อเอชไอวีนั้นให้ขึ้นอยู่กับมติตัดสินใจของคนนั้น ๆ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการรักษาความลับ (Confidentiality) อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับบริการนั้น

สิ่งที่สำคัญในการใช้มาตรการการจัดและพัฒนาบริการ VCCT ให้เป็นเครื่องมือหรือช่องทางในการส่งเสริมให้ผู้มารับบริการเข้าใจสภาวะความเปราะบาง และพฤติกรรมความเสี่ยงของตนได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องมีทัศนคติที่ดี เปิดกว้าง ในการทำความเข้าใจ และยอมรับ อัตลักษณ์/ตัวตนทางเพศที่แตกต่าง หลากหลาย และสิ้นไหลไปมา รวมทั้งเข้าใจเรื่อง อำนาจความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียมกันด้วย และพร้อมที่จะให้บริการโดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ จึงจะทำให้ VCT, VCCT, PIVCT, PICT กลายเป็นเครื่องมือ

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือการเข้าถึงและได้รับบริการ VCT ของเยาวชนที่อายุไม่เกิน 18 ปี ซึ่งแม้จะมีการรวมสิทธิในการเข้ารับบริการ VCT เข้าไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่การให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ก็ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากขัดกับ “แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเรื่องเอดส์” (แพทยสภา, 2545) ซึ่งระบุไว้ว่า ...ข้อ 2.4 การรักษาความลับของผู้รับการตรวจ และการแจ้งผลแก่ผู้เกี่ยวข้อง หากผู้รับการตรวจเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้ที่บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการปรึกษาก่อนตรวจ การขอความยินยอมในการตรวจ และการแจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ และการให้คำปรึกษาแนะนำหลังทราบผลการตรวจ ให้ดำเนินการดังกล่าวแก่ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับการตรวจแทน.....

ความท้าทายสำคัญประการหนึ่งจึงอยู่ที่ การร่วมกันพิจารณาแก้ไขแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เยาวชนได้เข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และนำไปสู่บริการอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อไป โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมาย และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กและเยาวชน ซึ่งภาคประชาสังคมโดยองค์การแพช ได้รวบรวมกฎหมายหรือหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องเสนอให้กับคณะกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแพทยสภาได้พิจารณาอยู่ในขณะนี้

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสำคัญอีกประการในเรื่องบริการ VCT คือ การที่กลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ ยังเข้าไม่ถึงบริการ VCT ซึ่งปัจจุบันสามารถกล่าวได้ว่า ยังไม่มีบริการ VCT ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอต่อการดำเนินนโยบาย VCCT ดังต่อไปนี้

1. ให้พิจารณาและจัดบริการ VCCT เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล การปรึกษา และทางเลือกในการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแล รักษาบนความสมัครใจ และการรักษาความลับ มากกว่าใช้มาตรการดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการเร่งรัดการตรวจหาบุคคลที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อการควบคุมและป้องกันโรค
2. ไม่มุ่งเน้นใช้มาตรการนี้กับคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง บนฐานอคติ ความเชื่อ/ความรู้ที่เดียว แต่ให้ใช้มาตรการนี้เป็นช่องทางในการจัดบริการให้กับทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม
3. มีระบบบริการที่เหมาะสม/ เป็นมิตร มีความครบวงจรทั้งในเรื่องของการให้บริการปรึกษา บริการถุงยางอนามัย บริการอนามัยเจริญพันธุ์ บริการเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ บริการยาต้านไวรัส บริการกลุ่มตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยให้มีระบบ VCCT กับทุกกลุ่มและให้บริการโดยมีความเข้าใจและคำนึงถึงความละเอียดอ่อน วัฒนธรรม วิถีชีวิต และวิถีชีวิตทางเพศ
4. เพื่อให้การเข้าถึง VCT ในคนทุกกลุ่ม ควรส่งเสริมให้มีกระบวนการทำงานในการให้ข้อมูล จัดบริการปรึกษาให้กับชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการเพิ่มบุคลากรในการทำงานให้คำปรึกษา ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาไม่จำเป็นต้องจำกัดอยู่ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ ควรหาแนวร่วมจากภาคประชาสังคม โดยพัฒนาศักยภาพให้กลุ่มคนเหล่านั้น ให้สามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาได้ตามมาตรฐานการให้คำปรึกษา รวมถึงการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ร่วมบริการในศูนย์องค์รวมของโรงพยาบาลกว่า 500 แห่ง

5. มีการให้บริการที่เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ กรณี อาสาสมัคร หรือเจ้าหน้าที่พัฒนาเอกชนที่ได้รับการอบรมในการให้บริการการปรึกษาที่ผ่านเกณฑ์ ก็ให้นับเป็นผู้ให้บริการด้วย โดยให้ร่วมจัดบริการ VCT ในกลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ อย่างมีความเป็นมิตร มีผู้ให้คำปรึกษาที่พูดภาษาเดียวกันกับแรงงานและกลุ่มชาติพันธุ์และมีความเข้าใจในวัฒนธรรมและสังคมของกลุ่มคนเหล่านั้นเป็นอย่างดี
6. ให้มีการติดตามและจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน VCCT VCT PICT เพื่อสรุปบทวนและปรับกลยุทธ์ กลวิธี ในแผนบูรณาการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี แผนอนามัยเจริญพันธุ์ แผนคุ้มครองสิทธิ เพื่อให้การดำเนินงานด้านนี้ส่งผลกระทบอย่างแท้จริงในการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่และการเข้าถึงบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ โดยความร่วมมือของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกับประชาสังคม

#### เรื่องที่สาม นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child Transmission/PMTCT)

มองย้อนไปนับแต่ปี 2542 ที่กรมอนามัย ได้ประกาศให้มีการดำเนินมาตรการ PMTCT ไว้เป็นนโยบายระดับชาติ จนถึงปัจจุบันนับเป็นเวลากว่า 10 ปีแล้ว ภาคประชาสังคมได้วิเคราะห์และมีความเห็นว่า นโยบาย PMTCT ดังกล่าว แต่เดิมเป็นนโยบายที่พัฒนาขึ้นมาจากฐานความรู้ทางการแพทย์ และทำให้เรื่องของการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกเกิดใหม่ กลายเป็นเรื่องเฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น เห็นได้จากการกำหนดชื่อเรียกนโยบายดังกล่าว ที่สะท้อนเฉพาะข้อเท็จจริงทางการแพทย์ แต่ละเลยผลกระทบด้านสังคม-วัฒนธรรมที่เกิดขึ้นกับตัวผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวี ที่จะถูกตีตราทางสังคมว่าเป็นผู้ที่แพร่เชื้อเอชไอวีให้กับทารกเกิดใหม่ จึงมีความเห็นว่า ควรมีการเปลี่ยนแปลงชื่อเรียกขานนโยบายดังกล่าวใหม่จาก การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ไปเป็นการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเกิดใหม่ อันเป็นชื่อที่ยังคงข้อเท็จจริงทางการแพทย์ไว้ แต่เพิ่มความตระหนักทางสังคม-วัฒนธรรม ที่จะไม่นำไปสู่การกล่าวโทษ ตีตราทางสังคมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อเอชไอวี

และเมื่อมองการพัฒนาของนโยบายดังกล่าวนี้ คู่ไปกับการพัฒนานโยบายการให้และขยายผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยกรมควบคุมโรค ที่เริ่มต้นพัฒนาขึ้นมาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน จะพบว่า การดำเนินนโยบายและการจัดบริการยังคงมีการแยกส่วน ไม่เชื่อมโยงกัน กลายเป็นช่องว่างในระดับของการประสานงานเพื่อการจัดบริการของกรมอนามัยที่ดูแลบริการแม่และเด็กในคลินิกแม่และเด็ก กับการจัดบริการของกรมควบคุมโรคที่ดูแลเรื่องบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในคลินิกการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้หญิงหลังคลอดที่มีเชื้อเอชไอวี แต่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงไม่ถึงเกณฑ์ในการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หลายราย ขาดการรับรู้ข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อใช้ประกอบในการวางแผนเรื่องทางเลือกในการดูแลสุขภาพในอนาคต ที่แม่ภายหลังก็มีความพยายามในการปรับปรุงการประสานงานส่งต่อให้ดีขึ้น แต่ก็ยังคงพบช่องว่างดังกล่าวในการประสานความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคและกรมอนามัยอยู่เช่นเดิม

ภาคประชาสังคมมองว่า นโยบาย PMTCT ยังเป็นเรื่องของการคุ้มครองการเกิดเป็นหลัก เพื่อให้ทารกที่เกิดใหม่มีความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี โดยละเลยไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวี

โดยความพยายามผลักดันของภาคประชาสังคม นำโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ประเทศไทยและภาคี ทำให้ในปี 2552 ได้มีข้อสรุปจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัยในการปรับเปลี่ยนสูตรยาในบริการ PMTCT ให้เป็นสูตรยา 3 ตัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในทารกเกิดใหม่และป้องกันการภาวะดื้อยาในแม่ตั้งครรภ์ด้วย โดยได้มีการให้บริการนำร่องและจะขยายทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2553

นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมยังมองว่า PMTCT ยังไม่ได้คุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ทั้งในด้านการตัดสินใจวางแผนการดำเนินครรภ์ต่อ การยุติการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ใหม่ และจำนวนบุตรที่หญิงและคู่ต้องการ ทั้งนี้การให้ข้อมูล การจัดบริการ และการตัดสินใจกรณีดังกล่าว ยังอิงอยู่กับอำนาจการตัดสินใจของแพทย์และพยาบาลอยู่มาก ซึ่งบุคลากรทางแพทย์ดังกล่าวยังมีทัศนคติต่อเอชไอวี และผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่แตกต่างหลากหลายกันไป และบางคนก็มีทัศนคติที่เป็นอคติต่อการให้และวางแผนการให้บริการ ทำให้หลายครั้งเกิดการละเมิดสิทธิทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีและคู่

นอกจากนี้ การจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวีในบางครั้งยังเป็นการละเมิดสิทธิทางเพศอีกด้วย ทั้งในเรื่องการดำเนินชีวิตทางเพศ การตัดสินใจมีคู่อื่นๆ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการมักถูกโน้มน้าวให้หยุดคิดเรื่องการมีคู่อื่นๆ ด้วยคำอธิบายว่า จะทำให้คู่อื่นๆ ได้รับเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการทำบาป ทำให้หญิงที่มาใช้บริการทั้งที่คลินิกแม่และเด็กและคลินิกยาต้านไวรัสต้องตกอยู่ในภาวะกดดันจากการรับบริการ

ภาคประชาสังคมมองว่านโยบายการจัดบริการ PMTCT จะต้องมองให้ครอบคลุมเรื่องการเคารพสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ บนการตัดสินใจของผู้หญิงด้วย โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการทำให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ และต้องมีการดูแลรักษาความลับเรื่องสถานะการมีเอชไอวีด้วย ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเสริมสร้างบริการการปรึกษาที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้หญิงมีการตัดสินใจวางแผนรองรับทั้งความต้องการหรือไม่ต้องการตรวจเลือดหาสถานะการมีเชื้อเอชไอวี รวมทั้งวางแผนรองรับในกรณีต่าง ๆ อาทิ

หากพบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ต้องการเข้าหรือไม่เข้ารับบริการ PMTCT รวมทั้งการตัดสินใจและวางแผนบอกสถานะการมีเอชไอวีกับคู่ การพาหรือไม่พาคู่มาใช้บริการตรวจหาเชื้อ

หากพบว่าตนเองไม่มีเชื้อเอชไอวีจะมีการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและลดภาวะความเปราะบางต่อความเสี่ยงในการได้รับเอชไอวีของตนเองและคู่ได้อย่างไร

บริการปรึกษาดังกล่าวต้องครอบคลุมเรื่องการวางแผนการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ซ้ำ และทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์เข้าไว้ด้วย

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะต่อบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกดังต่อไปนี้

1. เปลี่ยนชื่อมาตรการนี้จาก การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ไปเป็น “การลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกเกิดใหม่” บนหลักการที่ไม่ต้องการให้เกิดการตีตราและสร้างการรังเกียจกีดกัน
2. ให้ระบบบัตรทอง หลักประกันสุขภาพ ดูแลตามปกติ โดยไม่จำเป็นจะต้องเป็นโครงการ PMTCT ที่อยู่ภายใต้การดูแลของกรมอนามัย โดยที่
  - 2.1 ให้สูตรยาด้านไวรัส ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสูตรยา 3 ตัว
  - 2.2 ให้หญิงทุกคนที่มาฝากครรภ์ ได้รับบริการ VCCT ที่ไม่ใช่ โฉมหน้าให้ตรวจเลือด อย่างเดียว และไม่มีการบังคับว่า เอา สามี่ มาตรวจด้วย

- 2.3 ในการให้บริการ VCCT ต้องมีการให้ข้อมูลที่รอบด้าน อาทิ ข้อมูลความเสี่ยงในการตั้งครรภ์แต่ละครั้งของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคน ข้อมูลบริการยาต้าน ข้อมูลการดูแลหลังคลอด และข้อมูลว่าด้วยผลกระทบต่อตนเอง ความลับ ชีวิตคู่ ฯลฯ ให้เป็นส่วนหนึ่งที่ หญิงตั้งครรภ์ จะตัดสินใจรับบริการ ตรวจหรือไม่ตรวจเลือด และแม้จะตั้งครรภ์และคลอดแล้ว
- 2.4 ต้องมีการให้ข้อมูลบริการ VCCT ไปด้วยว่า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หญิงตั้งครรภ์และคู่ ก็เช่นเดียวกับทุกคนที่มีสิทธิประโยชน์ที่จะเข้ามาใช้บริการการปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ ได้ปีละสองครั้งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แม่เหล่านี้ก็เป็นแม่ตั้งครรภ์ที่ได้รับการ เช่นแม่ตั้งครรภ์ โดยทั่วไป
3. ผู้หญิงที่มีเอชไอวีทุกคน มีสิทธิดำเนินการขออนุญาตการเจริญพันธุ์ และสิทธิทางเพศ ในเรื่องการตัดสินใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การวางแผนการตั้งครรภ์/ยุติการตั้งครรภ์ การวางแผนคุมกำเนิด โดยต้องได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องทางเลือกต่าง ๆ ที่ครบถ้วนรอบด้าน เช่นเดียวกับการมีสิทธิเข้าถึงและได้รับการ ข้อมูล ข่าวสารเรื่อง บริการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยยืนยันว่าสิทธินี้ครอบคลุมการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเอชไอวี ว่าต้องการได้รับการบริการจากมาตรการการลดการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเกิดใหม่ด้วยหรือไม่
4. ควรคำนึงถึงโอกาสและทางเลือกของหญิงตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจาก ปัจจัยเรื่อง สถานะการมีเอชไอวี สถานะการมีคู่ สถานะความเป็นพลเมืองไทย (หรือเป็นแรงงาน/ผู้ติดตามแรงงาน/ผู้ที่ไม่มีเอกสารการเข้าเมืองตามกฎหมาย) ทางเลือกและโอกาสทางเศรษฐกิจและการยังชีพ ฯลฯ ซึ่งเรื่องดังกล่าวอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีความต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลที่แตกต่างกันไปด้วย
5. พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้เกิดความเข้าใจโดยเฉพาะในหลักสูตรการให้คำปรึกษา โดยเพิ่มประเด็น เพศสภาวะ และ เพศวิถี ตลอดจนสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อเจ้าหน้าที่สามารถให้การปรึกษา ให้ข้อมูลและ ทำกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยสามารถเข้าใจประเด็นเพศวิถี สนับสนุนให้มีการพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ความรุนแรง และ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้ติดเชื้อ สามารถสนับสนุนผู้หญิงที่ไม่สามารถเปิดเผยผลเลือด ถูกกระทำความรุนแรง และช่วยเหลือด้านจิตใจ สังคม หรือ กฎหมาย กับผู้หญิงที่ถูกกระทำความรุนแรง
6. ส่งเสริมความร่วมมือกับเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และเครือข่ายภาคประชาสังคมอื่นๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมกันทำงานอย่างเท่าเทียมแท้จริงในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์และแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
7. ผลักดันให้มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย เพื่อรองรับกับความจำเป็นที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงและผู้หญิงติดเชื้อ โดยอย่างน้อยที่สุดควรจัดให้มีสถานบริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย
8. สนับสนุนให้การอนามัย มีแผนงานอนามัยเจริญพันธุ์ในประชาชนทุกเพศ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในมุขสิทธิมนุษยชน นั่นคือ ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสถานะ สามารถเข้าถึงความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศ เพศสภาพ เพศวิถี ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน การให้บริการในสถานบริการเป็นบริการที่ทุกคนตระหนักและพร้อมจะเข้ารับบริการโดยสมัครใจ ผู้หญิง ผู้ชาย มีศักยภาพในการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง

## ส่วนที่สอง นโยบายด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้

ปัญหาการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชนนั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักว่า ส่วนหนึ่งของปัญหาคือการขาดความรู้ความเข้าใจอย่างรอบด้านในเรื่องเพศ แม้ว่าการส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ อาจมีเขียนไว้ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา เอ็ดส์ระดับชาติ หรือแผนงานอนามัยเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย ทว่า กว่าที่ประเทศไทยจะหาความลงตัวในด้าน หลักสูตรเพศศึกษาที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง หรือสร้างความเข้าใจและสอดคล้องกับปัญหาได้นั้นดูจะไม่ใช่ว่าจะง่าย

นอกจากปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจอย่างรอบด้านในเรื่องเพศแล้ว ยังพบปัญหาอื่นๆ อีกหลายประการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเยาวชนอันเนื่องมาจากเรื่องเพศศึกษานี้ เช่น การตั้งท้องโดยไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเรื่องความรุนแรงทางเพศ ดังนั้นการสอนเพศศึกษาอย่างรอบด้าน จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกนำมาพิจารณาเพื่อให้อำนวยความสะดวกในการทำงานเพื่อป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อช่วยแก้ปัญหาบางส่วนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นด้วย

ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาเนื้อหาเพศศึกษาและปรับปรุงให้มีความรอบด้านมากขึ้น และในช่วงที่มีการปฏิรูปการศึกษาก็นำเสนอเข้าไปให้กระทรวงศึกษาธิการเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการนำไปบรรจุอยู่ในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา และประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 โดยในหลักสูตรนี้ แบ่งการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ 6 ด้าน ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักในการสอนที่บ้านได้ด้วยเช่นกัน ดังนี้

1. พัฒนาการทางเพศ (Human sexual development) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการทางเพศตามวัย ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
2. สัมพันธภาพ (Interpersonal relation) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อนเพศเดียวกันและต่างเพศ การเลือกคู่ การเตรียมตัวก่อนสมรส และการสร้างครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยา พ่อ-แม่-ลูก
3. ทักษะส่วนบุคคล (Personal and communication skills) ความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เช่น ทักษะการสื่อสาร การสร้างความสัมพันธ์ และควบคุมความสัมพันธ์ให้อยู่ในความถูกต้องเหมาะสม ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการขอความช่วยเหลือ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ
4. พฤติกรรมทางเพศ (Sexual behaviors) การแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศหรือบทบาททางเพศ (Gender role) ที่เหมาะสมกับบทบาททางเพศและวัย เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่เกิดความเสียหายทางเพศ) เช่น เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เพศสัมพันธ์ที่ปราศจากการป้องกันการตั้งครรภ์หรือการติดเชื้อ (การสร้างเอกลักษณ์ทางเพศที่เหมาะสม ความเสมอภาคทางเพศ และบทบาททางเพศที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมอย่างสมดุล
5. สุขอนามัยทางเพศ (Sexual health) ความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศได้ตามวัย เช่น การดูแลรักษาอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ สังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และความผิดปกติในลักษณะและหน้าที่ของอวัยวะเพศ การหลีกเลี่ยงอันตรายจากการชอกช้ำบาดเจ็บ อักเสบ และติดเชื้อ รวมถึงการถูกล่วงเกินทางเพศ



6. สังคมและวัฒนธรรม (Society and culture) ค่านิยมในเรื่องเพศที่เหมาะสมสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย การให้เกียรติเพศตรงข้าม การรักษานวลสงวนตัว ไม่ปล่อยให้เกิดเพศสัมพันธ์ โดยง่าย การปรับตัวต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยเฉพาะจากสื่อที่ยั่วยู่ทางเพศ ต่างๆ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ

เมื่อพิจารณาหลักสูตรเพศศึกษาที่กรมอนามัยปรับปรุงให้มีความรอบด้านมากขึ้นนี้ จะพบความก้าวหน้าและประเด็นสำคัญที่ถกเถียงแลกเปลี่ยน อาทิ ในวัตถุประสงค์ที่ 4 ได้มีการระบุถึงเรื่อง ความเสมอภาคและการสร้างเอกลักษณ์/อัตลักษณ์ทางเพศที่เหมาะสม แม้ว่าจะยังไม่มีคำอธิบายขยายความคำว่า เหมาะสม ว่าหมายถึงอะไรได้บ้างก็ตาม หรือในวัตถุประสงค์ที่ 2 ที่กล่าวถึงการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพทางเพศ และวัตถุประสงค์ที่ 6 ที่ระบุถึงค่านิยมในเรื่องเพศที่เหมาะสมสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่มีนัยยะส่งเสริมให้เยาวชนละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ และมองการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของการส่งเสริมให้เกิดการแต่งงานสร้างครอบครัว ซึ่งเนื้อหาดังกล่าวนี้จะมีความก้าวหน้าและรอบด้านมากขึ้น หากมีการพูดถึงเรื่อง อัตลักษณ์ตัวตนทางเพศที่แตกต่างหลากหลาย และสิ้นไหล รูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศหลากหลายรูปแบบ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

อย่างไรก็ตามยังพบว่า หลักสูตรปี 2545 ก็ยังไม่มีผลการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาจึงไม่บรรลุผลตามคาดหวังด้วยสาเหตุปัจจัยหลายประการ อาทิ ทักษะคติของผู้สอน ประสิทธิภาพและทักษะการสอนเพศศึกษา หลักสูตรเพศศึกษาที่มีประสิทธิภาพ นโยบายและบรรยากาศในสถานศึกษา เป็นต้น (Health Counterparts Consulting, 2552)

ทั้งนี้ ก่อนหน้านั้นไม่นานนัก (2542-2544) ได้มีความพยายามขององค์กรแพช ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านเอดส์มาอย่างยาวนานและได้ทำการทดลองพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านขึ้นเป็นโครงการนำร่องในบางโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งต่อมาในปี 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ซึ่งทางองค์กรแพชได้รับเลือกให้เป็นภาคีองค์กรผู้รับทุนรองที่เข้ามาทำงานในเรื่องการป้องกันเอดส์ในเยาวชนในสถานศึกษา

จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาของทางแพชเองและจากสถานการณ์ปัญหาเรื่องเพศของกลุ่มเยาวชน รวมทั้ง การขาดความรู้ความเข้าใจในเพศศึกษา ทำให้ทางแพชจึงได้ทำโครงการ “ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางเพศของเยาวชน ให้เยาวชนมีความรู้ มีวุฒิภาวะและมีทักษะที่สร้างสัมพันธ์ภาพและใช้ชีวิตทางเพศอย่างปลอดภัย เพื่อลดปัญหาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และความรุนแรงทางเพศ โดยสนับสนุนให้เกิดการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสนับสนุนให้เยาวชนมีบทบาทในการจัดการการเรียนรู้และการสื่อสารทางเพศแก่สังคมอย่างสร้างสรรค์

ทั้งนี้ หลักสูตรเพศศึกษา “ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” อิงแนวคิดในทางเดียวกับกรมอนามัยในการเน้นการจัดการเรียนรู้แบบ “รอบด้าน” โดยใช้กรอบแนวคิด 6 มิติเรื่องเพศดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการทางเพศ สัมพันธ์ภาพทางเพศ ทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพทางเพศ และสังคมวัฒนธรรม ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยการเรียนรู้เพศศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวนี้ เน้น องค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) เพศวิถี โดยสร้างความเข้าใจเรื่องเพศในทุกๆ มิติในชีวิตมนุษย์ 2) การพัฒนาเยาวชนในเชิงบวก โดยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพเยาวชนว่าสามารถเรียนรู้และตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ตนเองได้ และ 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สร้างการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ( Health Counterparts Consulting,2552)

การเข้ามาดำเนินงานของ “โครงการก้าวอย่างเข้าใจ” ตลอดระยะเวลา 5 ปีนั้นนับว่าเป็นการเปิดแนวทางใหม่ในการสอนเรื่องเพศศึกษาในระบบการศึกษาของไทย โดยในการทำงานนั้นเน้นการอบรมครูผู้สอนเพศศึกษา การพัฒนาคู่มือการสอนเพศศึกษา การเปิดสอนเพศศึกษาในโรงเรียนนอกร่อง และสร้างเครือข่ายเพศศึกษาที่ประกอบด้วยครูผู้สอน และเยาวชนแกนนำ ในส่วนเนื้อหาที่ได้นั้นได้ให้ความหมายกับเพศศึกษาในเชิงบวกและขยายกว้างออกไปมากกว่าเรื่องสรีระและการรู้เท่าทันอารมณ์เพศที่มองจากสายตาของผู้ใหญ่ มาเป็นการมองจากสายตาของเยาวชน และให้เกียรติเยาวชนว่าต้องได้ฝึกรับผิดชอบในการตัดสินใจของตัวเองบนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน ยิ่งกว่านั้น เรื่องเพศก็ไม่จำกัดอยู่ที่มุมมองการแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีมิติด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และประวัติศาสตร์ เข้ามามีอิทธิพลอยู่ด้วย

จากการทำงานภายใต้ “โครงการก้าวอย่างเข้าใจ” นั้น นอกจากการเกิดขึ้นของหลักสูตรแล้ว ส่วนหนึ่งก็ได้ทำให้สังคมไทยได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับเพศศึกษาในแง่มุมที่หลากหลาย เช่น กิจกรรมค่ายเพศศึกษา การขยายเพศศึกษาจากโรงเรียนไปสู่สถานพินิจ การจัดเสวนา “เพศศึกษาเพื่อเยาวชน” ให้เด็กได้สะท้อนความเห็น “เพศศึกษาที่เยาวชนอยากเห็น” เป็นเช่นไร ไม่ใช่การกำหนดจากผู้ใหญ่ฝ่ายเดียวอีกต่อไป แต่เน้นความรู้ที่เยาวชนต้องพบเจอในโลกแห่งความเป็นจริง

อีกทั้งยังมีความท้าทายในเรื่องการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่รอบด้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขยายออกจากสถานศึกษาไปสู่ครอบครัวและชุมชนด้วย ทั้งนี้แม้จะเห็นว่า การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษามีเงื่อนไขและโอกาสที่เปิดกว้างมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังคงต้องรอพิจารณาเรื่องคุณภาพ ที่เป็นเรื่องเนื้อหาที่รอบด้าน เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง เป็นเพศศึกษาเชิงบวกจากมุมมองของเยาวชนโดยมีเยาวชนเป็นศูนย์กลาง ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการควบคุม แต่มุ่งเสริมสร้างการเรียนรู้และการตัดสินใจที่รอบด้านในการดำเนินชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยและเป็นสุขของเยาวชน

หากมองถึงหลักสูตรการศึกษาของปี 2551 แล้วนับว่า หลักสูตรเพศศึกษาในโรงเรียนนั้นมี ความก้าวหน้าไปพอสมควร เพราะได้มีการระบุเนื้อหาที่รอบด้านและแบ่งตามลำดับการเรียนรู้ที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง ทว่า จากการสำรวจของกลุ่มคนทำงานด้านเยาวชนนั้นพบว่า อาจยังมีบางโรงเรียนที่ยังสอนเพศศึกษาแค่เรื่องสรีระเหมือนเดิม ในขณะที่บางโรงเรียนนั้นก็ได้นำเอาหลักสูตรใหม่ หรือหลักสูตร ก้าวอย่างเข้าใจไปใช้แล้ว และพบว่า ขณะนี้ปัญหาเรื่องการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนนั้นไม่ได้มีปัญหามากในเชิงนโยบาย เพราะตอนนี้หลักสูตรปี 2551 ที่มีความรอบด้านมากขึ้นนั้นได้ประกาศให้ใช้กับทุกโรงเรียน แต่ข้อจำกัดที่พบนั้น จะอยู่ที่การปฏิบัติ ทั้งระดับผู้บริหารการศึกษาและครูผู้สอนที่ยังไม่สามารถจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพได้

ทั้งนี้ ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษานั้น หลักสำคัญที่สุดอยู่ที่ตัวครูผู้สอนว่าจะมีความเข้าใจมากน้อยแค่ไหน และการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นต้องอาศัยความทุ่มเทอย่างยิ่งและความรอบด้านของครู ในขณะที่เดียวกันการสนับสนุนและให้ความสำคัญของสถาบันการศึกษาต่อเรื่องนี้ พบว่าแม้หลักสูตรและเนื้อหาที่มีอยู่นั้นจะมีความรอบด้านก็จริง แต่วิธีการสอนนั้นหากยังเป็นแบบเดิมโดยครูเป็นศูนย์กลางไม่ได้เอื้อให้นักเรียนได้มีโอกาสคิดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ตนเองสนใจอยู่ก็อาจทำให้การเรียนการสอนไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่แท้จริงได้

ในส่วนของภาคประชาสังคมอื่น ๆ ทางเครือข่ายเยาวชนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Youth for Change) (ชื่อเดิมคือเครือข่ายเยาวชนด้านต้านเอดส์ ประเทศไทย หรือ Youth Network on HIV/AIDS Thailand - Youthnet) ได้มีข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการศึกษาเรื่องเอดส์และเพศศึกษาดังนี้

1. รัฐควรเร่งสร้างความเข้าใจให้ผู้ใหญ่และผู้รับผิดชอบนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน ยอมรับความแตกต่างหลากหลายและเข้าใจธรรมชาติของเยาวชน ปราศจากการตัดสินแบบถูก ผิด เพื่อร่วมกันสร้างทางเลือกให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการจัดอบรมบุคลากร การรณรงค์ทางสังคม การใช้สื่อสารสาธารณะ สร้างกิจกรรมให้เยาวชนมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชนตลอดจนสังคมสาธารณะ
2. ต้องมีการสอนและมีระบบการให้ข้อมูลเรื่องเอ็ดส์ เพศศึกษา ที่รอบด้านแก่เด็กและเยาวชนทั้งในและนอกโรงเรียน อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง โดยมีหลักสูตรการเรียนการสอนเพศศึกษาที่ชัดเจน มีการพัฒนาความรู้ทัศนคติของผู้สอน ผู้ให้บริการ ให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการสื่อสารเรื่องเอ็ดส์ เพศศึกษา และมีทัศนคติที่ดีต่อถุงยางอนามัย เพื่อส่งเสริมทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และรับผิดชอบของเยาวชน
3. ต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการ ที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชน ที่มีบริการอุปกรณ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด เจลหล่อลื่น เข็มฉีดยาสำหรับผู้ใช้สารเสพติด และยาต้านไวรัส และสนับสนุนให้กลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เป็นผู้ดำเนินการหรือร่วมดำเนินการศูนย์การเรียนรู้เรื่องเอ็ดส์และเพศศึกษา ในโรงเรียนและชุมชน ทั้งนี้จำเป็นต้องสนับสนุนให้มีบริการเฉพาะวัยรุ่น อาจไม่ใช่ทั้งในรูปแบบคลินิกหรือที่โรงพยาบาลแบบเต็มรูปแบบ เช่น คลินิกพิเศษวันเสาร์อาทิตย์ คลินิกสุขภาพเคลื่อนที่ บริการปรึกษาแบบส่วนตัวและหลากหลาย เช่น โทรศัพท์ พบปะนอกสถานที่ อินเทอร์เน็ต หรือแม้แต่การมีบริการอื่นรองรับแม่วัยรุ่นและเด็ก เช่น เดย์แคร์สำหรับฝากลูก ฝากลูกชั่วคราว ครอบครัวอุปถัมภ์
4. รัฐควรเร่งจัดระบบการดูแลรักษาเยาวชนที่มีเชื้อเอชไอวี และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ให้เป็นบริการเฉพาะที่แยกออกมาจากงานด้านเด็กและผู้ใหญ่ เพราะเยาวชนเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง ที่ต้องการองค์ความรู้เฉพาะในการจัดบริการ ซึ่งองค์ความรู้เหล่านี้ ยังขาดแคลนเป็นอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการและปัญหาที่เยาวชนเผชิญอยู่
5. รัฐต้องสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานกับเยาวชนทั้งการป้องกันและการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น ได้แก่ ทุนในการทำกิจกรรม บุคลากรที่มีความรู้ ข้อมูลที่ทันต่อสถานการณ์ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ถุงยางอนามัย เข็มฉีดยา กิจกรรมส่งเสริมคุณค่า เช่น กลุ่มบำบัด ส่งเสริมหรือฝึกอาชีพ ส่งเสริมความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคม
6. รัฐต้องสนับสนุนให้เกิดสภาวะแวดล้อมและกลไกการทำงานที่เอื้อต่อการป้องกันเอ็ดส์ โดยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เช่น ความรู้ความเข้าใจต่อวัยรุ่น ทัศนคติที่เอื้อต่อการเข้าถึงตัวเด็ก การปรึกษาหรือเยี่ยมบ้าน ที่แสดงถึงความเข้าใจต่อวัยรุ่นและกระตุ้นให้บังคับใช้กฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้อง ให้นำไปสู่การปฏิบัติ ในการแก้ปัญหาเอ็ดส์ โดยมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
7. ควรมีการสร้าง ความเข้าใจในเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ ลดอคติและการตีตราในเรื่องเพศ อายุ ชาติพันธุ์ ศาสนา อย่างต่อเนื่อง และมีมาตรการที่เป็นจริงทางกฎหมาย เพื่อคุ้มครองการละเมิดสิทธิด้านเอ็ดส์ โดยเฉพาะการตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานและการศึกษาต่อ ในบางสาขา/อาชีพ

**ส่วนที่สาม นโยบายด้านการส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิมนุษยชนและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์**

จากประสบการณ์ในการทำงานของภาคประชาสังคมพบว่า รากเหง้าสำคัญหนึ่งของปัญหาการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เกิดขึ้นมาจาก ความรุนแรงและการกดขี่ทางเพศ ซึ่งมีที่มาจากความไม่เสมอภาคและอำนาจทางเพศที่ไม่เท่าเทียมกัน การไม่เคารพสิทธิทางเพศ สิทธินามัยเจริญพันธุ์ โดยแสดงให้เห็นผ่านรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ความรุนแรงในครอบครัว การบังคับค้าประเวณี การล่วงละเมิดทางเพศ ทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าวนี้จึงมีนัยสำคัญต่อการกระทำความรุนแรงทางเพศที่สัมพันธ์กับการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและปัญหาอื่นๆ ดังนั้นภาคประชาสังคมจึงได้หยิบเอา ตัวยกกฎหมายบางฉบับที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวนี้ขึ้นมาวิเคราะห์

ทั้งนี้ ตัวอย่างกฎหมายที่จะหยิบยกมาวิเคราะห์ในที่นี้มีทั้งกฎหมายที่มีผลบังคับใช้แล้ว เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 และร่างกฎหมายที่มีแนวโน้มที่จะมีการบังคับใช้ ได้แก่ (ร่าง) พระราชบัญญัติการคุ้มครองการอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ... (ร่าง) พระราชบัญญัติส่งเสริมโอกาสและความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ....

#### พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550

พ.ร.บ. นี้ได้สะท้อนถึงวิธีคิดที่เป็นมายาคติภายใต้คำว่า “ครอบครัว” และการเน้นย้ำคุณค่าของครอบครัวเป็นอย่างมาก จนทำให้ผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงและเด็กไม่สามารถมีทางออกจากสถานการณ์การถูกกระทำด้วยความรุนแรงได้ เพราะการเข้ามาดำเนินคดีกับสามีหรือบิดาของตนเอง อาจทำให้ถูกกล่าวหาว่าเป็นผู้ที่ไม่เห็น “คุณค่า” ของครอบครัวได้ แทนที่ผู้เสียหายจะได้รับการเยียวยาก็อาจกลับกลายเป็นการถูกตำหนิได้ นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะไกล่เกลี่ยเพื่อ “ให้ได้อยู่ในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ” โดยไม่ได้คำนึงว่าผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงจะรู้สึกเจ็บปวดสักแค่ไหน ที่จะต้องกลับไปเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัวอีกทั้ง ๆ ที่เพิ่งจะออกมาเรียกร้องขอความเป็นธรรม

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว 2550 นั้นไม่ได้มุ่งที่จะคุ้มครองผู้ได้รับความรุนแรงแต่คุ้มครอง “สถาบันครอบครัว” มากกว่า เพราะตามกฎหมายนี้ยังไม่เห็นการรับรองสิทธิในตัวตนของผู้หญิง หรือผู้ที่ถูกกระทำด้วยความรุนแรง การคุ้มครองตามกฎหมายนี้เน้นไปในเรื่องครอบครัว “เพื่อให้ครอบครัวเป็นสุข”

หากมองในกรณีของความรุนแรงที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ความรุนแรงในครอบครัวก็อาจส่งผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยเช่นกัน เช่น กรณีที่ผู้หญิงไม่สามารถต่อรองที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

จากการทำงานของมูลนิธิผู้หญิง พบกรณีตัวอย่างที่ผู้หญิงที่ได้รับความรุนแรงจากสามีที่มีเชื้อเอชไอวี โดยที่ฝ่ายหญิงไม่ได้มีเชื้อ ผู้หญิงถูกควบคุมและถูกทุบตี ด้วยความที่ฝ่ายชายกังวลว่าผู้หญิงจะจากไป ทั้งที่จริง ๆ แล้วฝ่ายหญิงนั้นก็ไม่ได้คิดที่จะจากไปเพราะมีลูกด้วยกัน เมื่อทราบว่าสามีมีเชื้อเอชไอวี เธอก็ไปรับบริการตรวจเลือด และพบว่าตนเองยังไม่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากสามี แต่ก็ไม่พบว่ามีการให้การปรึกษาใด ๆ แก่ผู้หญิงว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อไม่ให้มีการรับเชื้อเอชไอวีจากสามี และไม่มี การสอบถามเพิ่มเติมถึงสถานการณ์ที่ฝ่ายหญิงต้องเผชิญซึ่งอาจเป็นโอกาสเสี่ยงได้ สำหรับฝ่ายชายเองก็ไม่พบว่าจะมีกระบวนการที่จะทำให้ได้มีโอกาสมาเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนให้เขาได้เปิดโลกทัศน์ว่าจะสามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นสุขต่อไปได้อย่างไร

ทั้งนี้ ในกรณีดังกล่าวนี้อาจวิเคราะห์ได้ว่า การที่ผู้ชายใช้ความรุนแรงนั้นเนื่องจากเกิดความกดดันและไม่ มีทางออกเนื่องจากสภาพที่ตนเองทำงานได้บ้างไม่ได้บ้าง กรณีที่เกิดขึ้นนี้นอกจากผู้หญิงต้องตกอยู่ในสภาพการ

โอกาสเสี่ยงที่ผู้หญิงจะได้รับความรุนแรงในครอบครัวนั้นเกิดขึ้นได้ทั้งในกรณีที่ดินเองมีและไม่มีเชื้อเอชไอวี ในกรณีที่มีเชื้อเอชไอวีพบว่าผู้หญิงบางคนอาจถูกไล่ออกจากบ้าน หรือ ถูกดูหมิ่นดูแคลน ทำร้ายร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ ในสภาพการณ์เช่นนี้ การใช้กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ อาจจำเป็นต้องมีองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้สามารถลดความรุนแรงและคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงได้มากขึ้น เช่น การให้การปรึกษาที่ดี การหาทางออกหรือให้ทางเลือกแก่ผู้ถูกกระทำ แต่สิ่งเหล่านี้ไม่ถูกครอบคลุมเอาไว้ในมาตรการการคุ้มครองตาม พ.ร.บ. นี้

อย่างไรก็ตาม วิธีคิดเรื่องความเป็น “ครอบครัว” เองก็อาจเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคในการจัดบริการของสาธารณสุข เช่น ตัวอย่างว่า การให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัย เมื่อภรรยาบอกว่าสามีไม่ยอมใช้ ก็จบแค่นั้นเพราะไม่สามารถไปดำเนินการใดต่อได้ หรือในการทำงานพบว่า ผู้หญิงได้รับความรุนแรงจากสามี เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเองก็อาจไม่สามารถทำอะไรได้อีกเนื่องจากเกรงการก้าวล่วง “ความเป็นครอบครัว” ของเขา ในกรณีเช่นนี้หากมีการยอมรับได้แล้วให้ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. การคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถที่จะเข้าไปช่วยเหลือได้ ซึ่งคำว่า “เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง” นี้ควรจะรวมไปถึงเจ้าหน้าที่ที่จัดบริการอื่น ๆ ที่เข้าเกี่ยวข้องกับผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ด้วย เป็นต้น ทั้งนี้ หากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนั้นเห็นว่าเรื่องนี้เป็นหนึ่งในหน้าที่ และได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ได้เป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละคน ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขทำงานในเชิงลึกได้มากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องของการบริการให้การปรึกษา อันจะนำไปสู่ความช่วยเหลือและการเยียวยาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ดังนั้นด้วยจุดอ่อนในหลายๆ ประการที่กล่าวมานี้จึงอาจกล่าวได้ว่า พ.ร.บ. การคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 นั้น จึงเป็นเพียง พ.ร.บ. ที่มีความพยายามจะใช้แนวทางที่ครอบคลุมเพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิด แต่เนื่องจากกระบวนทัศน์ของกฎหมายไว้อย่างแจ่มชัดว่า “เพื่อดำรงไว้ซึ่งสถานภาพของการสมรสและความปรองดองในครอบครัว” โดยแนวคิดเรื่องครอบครัวยังเป็นไปในแนวทางอนุรักษ์นิยม พ.ร.บ. ฉบับนี้จึงยังไม่สามารถที่จะจัดการกับอาชญากรรมที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงในครอบครัวอันเกิดจากสัมพันธภาพเชิงอำนาจของชายที่อยู่เหนือหญิงได้ ดังนั้น พ.ร.บ. ดังกล่าวจึงยังคงเป็นเพียงเครื่องมือทางกฎหมายในอันที่จะแก้ไขความสัมพันธ์ที่รุนแรงในครอบครัว แต่ไม่ได้เป็นหลักประกันในการสร้างความยุติธรรมและความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย และหากมองในมุมที่เกี่ยวกับเอชไอวีแล้ว การที่ไม่ให้ความเสมอภาคทางเพศ ไม่สามารถคุ้มครองผู้ถูกกระทำจากความรุนแรงในครอบครัวได้ก็อาจส่งผลต่อการได้รับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี หรือส่งผลต่อการดูแลสุขภาพโรคได้เช่นกัน

ทั้งนี้จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นข้อจำกัดที่พบในพ.ร.บ. นี้สามารถสรุปออกมาได้ดังนี้

1. พ.ร.บ. ฉบับนี้ไม่ได้ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี
  - 1.1 ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศ (Sexual Violence) ในบริบทของครอบครัว เนื่องจากมองว่าเรื่องเพศในครอบครัวเป็นเรื่องที่มีหน้าที่ในการจรรโลงความเป็นครอบครัวเอาไว้ เมื่อเกิดการกระทำ ความรุนแรงทางเพศขึ้น จึงมองเป็นเรื่องภายในครอบครัว เป็นเรื่องระหว่างผิว-เมีย
  - 1.2 ความรุนแรงในครอบครัวที่สะท้อนผ่านความสัมพันธ์แบบพ่อแม่ลูก ที่กระทำ ความรุนแรงทางเพศต่อลูกหลาน หรือผู้ที่อยู่ใต้การปกครอง เพราะมองว่าเป็นอบรมสั่งสอน หรือ ช่วยเหลือลูกหลาน

ในทั้ง 2 กรณีนี้ ไม่เน้นการดำเนินคดีตามกฎหมาย แต่จะเน้นกระบวนการไกล่เกลี่ยยอมความเพื่อธำรงความเป็นครอบครัวเอาไว้ โดยไม่ได้มองความรุนแรงทางเพศในครอบครัว ว่าเป็นเรื่องที่มีที่มาจากความไม่เสมอภาคและอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ และการละเลย/เพิกเฉยกับ “สิทธิทางเพศ” ซึ่งไม่เป็นตามหลักการยอกยาร์การ์ต้า ข้อ 1. สิทธิในการใช้สิทธิมนุษยชนที่เป็นสากล ข้อ 2. มนุษย์ทุกคนสมควรได้รับความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างสมบูรณ์โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสาเหตุวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ ข้อ 3. สิทธิในการรับรองทางกฎหมาย ข้อ 5. สิทธิในหลักประกันของบุคคล และ ข้อ 6. สิทธิในความเป็นส่วนบุคคล รวมทั้งในคำประกาศสิทธิทางเพศของเครือข่ายสุขภาพผู้หญิงนานาชาติ (HERA)<sup>1</sup> ที่ระบุว่า สิทธิในการใช้ชีวิตด้วยเพศวิถีหนึ่ง ๆ ที่ปราศจากความรุนแรง การเลือกปฏิบัติ และการบังคับด้วยกำลัง ภายใต้กรอบการทำงานของความสัมพันธ์ที่มีพื้นฐานบนความเท่าเทียม ความเคารพ และเป็นธรรม

2. พ.ร.บ. ขาดความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี โดยเฉพาะการเคารพสิทธิทางเพศ ที่ใน พ.ร.บ. นี้ให้การคุ้มครองหรือมีการดำเนินคดีในรูปแบบเดียว โดยเน้นเพียงผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ และได้กำหนดมาตรการความช่วยเหลือแบบเดียวกันโดยมองไม่เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ เพศภาวะ เพศวิถี ของผู้ที่ถูกกระทำ ความรุนแรงที่มีความแตกต่างกัน
3. กระบวนการบังคับใช้กฎหมายเบื้องต้นที่การตัดสินใจมักอิงอยู่กับเจ้าพนักงาน เช่นเดียวกับ กฎหมายอื่น ๆ ที่ มิติหนึ่งของการบังคับใช้กฎหมายเบื้องต้นอิงอยู่กับการใช้ดุลยพินิจและการตีความของเจ้าพนักงาน ทำให้หลายครั้ง หลายกรณีที่เจ้าพนักงานไม่ได้มีความรู้ ความเข้าใจ และความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ เพศวิถี และเคารพสิทธิทางเพศ ก็จะทำให้กระบวนการใช้กฎหมายขึ้นอยู่กับเจ้าพนักงานที่ขาดความละเอียดอ่อนและเคารพในเรื่องสิทธิทางเพศ และมองว่าตนเองมีหน้าที่ต้องเชิดชูสถาบันครอบครัวเป็นลำดับสำคัญ ก็จะทำให้การบังคับใช้กฎหมาย นำไปสู่การเลือกปฏิบัติได้ ทั้งในส่วนของการเลือกใช้กฎหมาย (ฉบับใด) และการเลือกตีความการกระทำว่าเป็นเรื่องในครอบครัวของพ่อแม่ พี่น้อง จนนำไปสู่การโน้มนำให้ไกล่เกลี่ย ยอมความในที่สุด ทำให้ผู้ถูกกระทำ ความรุนแรง ถูกกระทำ ความรุนแรงซ้ำ ๆ ต่อไป
4. กระบวนการยุติธรรมชั้นศาลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับขั้นตอนการแจ้งความ คือเน้นยอมความ ท้ายสุดคือ กระบวนการที่ศาลเน้นการไกล่เกลี่ย ยอมความ ตามเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ก็แสดงให้เห็นว่าตัวเจตนาของกฎหมาย เน้นไปที่การธำรงไว้ซึ่งสถาบันครอบครัวเป็นสำคัญ ทำให้อาจจะเลยการให้ความคุ้มครองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งแม้จะตีความได้ว่า เป็นกระบวนการที่ดีในแง่ที่ไม่ใช้ความรุนแรงตอบโต้หรือแก้ไขความรุนแรงด้วยการตัดสินลงโทษ ซึ่งอาจมีการพิจารณา ภาคทัณฑ์ ฯลฯ แต่ก็พบว่ากระบวนการติดตามหลังจากการพิจารณาคดีเพื่อนำไปสู่การนำผู้กระทำ ความรุนแรงไปรับการรักษาบำบัด ฟื้นฟู เพื่อป้องกันมิให้กลับมากระทำ ความรุนแรงซ้ำ มักจะไม่เข้มงวด ส่งผลให้เกิดการกระทำ ความรุนแรงซ้ำ ๆ เกิดขึ้นหลายครั้งตามที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อสารมวลชนเป็นระยะเสมอมา

<sup>1</sup> HERA ( Health, Empowerment, Rights, Accountability) เป็นเครือข่ายนานาชาติที่รู้จักกันดีในฐานะนักกิจกรรมที่ทำงานด้านผู้หญิงและสิทธิมนุษยชนโดยเครือข่ายองค์กรสนับสนุนสุขภาพผู้หญิงนานาชาติเป็นสำนักงานเลขานุการ HERA ได้ที่ร่วมผลักดันให้มีการประชุมนานาชาติ และติดตามการทำงานให้เป็นไปตามข้อตกลงนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น ICPD, Beijing Declaration

5. ขาดมาตรการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว ตามหลักการของแนวปฏิบัติที่ดีตามมาตรฐานสากล กำหนดว่า มาตรการทางกฎหมายจะต้องรวมเรื่องการกำหนดวิธีการคุ้มครองและการป้องกันไว้ด้วยกัน กฎหมายไม่ควรจะบรรจุไว้เพียงเรื่องการลงโทษ แต่ต้องสร้างหลักประกันเรื่องการป้องกันโดยมีการรณรงค์เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงและการบริการให้ความช่วยเหลือต่างๆ แม้จะได้มีการระบุถึงศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงในครอบครัวไว้ในระเบียบกระทรวงฯ แต่ก็ได้มีการขยายความถึงขอบเขตอำนาจหน้าที่และองค์ประกอบของศูนย์นี้ไว้อย่างชัดเจน ทั้งที่ศูนย์นี้ควรจะต้องมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ในระดับชุมชน จังหวัดและระดับชาติ เพื่อระดมการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคมและชุมชน

ภาคประชาสังคมให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิของบุคคลที่จะมีอิสรภาพและได้รับการคุ้มครอง เพื่อให้มีเสรีภาพในการกำหนดทางเลือกเรื่องเพศ และมีสิทธิได้รับการคุ้มครองจากการกระทำความรุนแรงและอันตรายต่อทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นจึงควรมีการรับรองสิทธิของบุคคลที่กำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศ กับคู่ของตนตามที่ตนเองปรารถนา และไม่มีใคร แม้แต่คนในครอบครัว เครือญาติและชุมชน ที่จะเป็นเจ้าของเนื้อตัวร่างกายของผู้อื่น และนำไปใช้ในการล่วงละเมิด ชาย หรือชားระเห่ โดยเป็นอิสระจากการถูกแบ่งแยกกีดกัน การกระทำความรุนแรง การถูกจับกุม คุมขัง นอกจากนี้ รัฐเอง ก็ต้องไม่กระทำการอื่นใด ทั้งทางตรงและทางอ้อม อันจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อสิทธิทางเพศ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อ พ.ร.บ. นี้ ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ ทั้งในส่วนที่เป็นเจตนารมณ์ของกฎหมาย ตลอดจนกระบวนการบังคับใช้กฎหมายตั้งแต่เบื้องต้นจนถึงกระบวนการยุติธรรม ให้มีความละเอียดอ่อนในเรื่อง เพศภาวะ เพศวิถี และเคารพสิทธิทางเพศ โดยมุ่งปกป้องคุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรง มากกว่ามุ่งเน้นไปที่การตำหนิไว้ซึ่งสถาบันครอบครัว แต่ละเลย/เพิกเฉยกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งการพิจารณาความรุนแรงทางเพศในครอบครัวที่นอกเหนือจากหญิง ชาย แต่ควรสืบค้นไปถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับคนที่มียุติคุณทางเพศที่แตกต่างหลากหลายออกไป ความรุนแรงที่พ่อแม่กระทำต่อลูกที่เป็นเกย์ กระเทย คนข้ามเพศ ทั้งด้วยวาจา การหมิ่นแคลน การตีตรา รวมถึงการทำร้ายร่างกาย หรือการกระทำของคนอื่นๆ ในครอบครัวต่อวิถีทางเพศที่ต่างออกไป ความรุนแรงเหล่านี้ต้องได้รับการอธิบายขยายความ และกระตุ้นให้กฎหมายอธิบายอย่างครอบคลุม ผู้ใช้กฎหมาย ผู้ปฏิบัติการ ได้เห็นความรุนแรงเหล่านี้ด้วย เพื่อให้กฎหมายคุ้มครองคนในครอบครัวจากความรุนแรง ได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึงกัน เช่น การกระตุ้นให้คนที่มียุติคุณทางเพศ และวิถีทางเพศที่หลากหลายสามารถเข้าถึงและใช้กฎหมายนี้ได้ด้วย
2. ควรกำหนดมาตรการสำหรับการป้องกันความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดลงไป ใน พ.ร.บ. นี้ด้วย โดยเฉพาะเรื่องการรณรงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสาธารณะ ที่ทำให้เห็นว่า รัฐได้ตระหนักว่าความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดไม่ใช่เรื่องส่วนตัวอีกต่อไป และมีความจำเป็นที่ชุมชนต้องเข้าแทรกแซงเพื่อระงับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องมีการรณรงค์ให้เกิดการตระหนักในนโยบายนี้ เพื่อที่จะได้ระดมความร่วมมือจากชุมชนและภาคประชาสังคม ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนได้จัดตั้งการเฝ้าระวังของชุมชนในการตรวจตราความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และแจ้งให้ผู้ถูกกระทำได้ทราบถึงสิทธิทางกฎหมาย ที่รวมถึงการร้องทุกข์กล่าวโทษและการเข้าถึงมาตรการบรรเทาทุกข์ โดยที่

3. จัดตั้งระบบที่ดีในการติดตามประเมินผลที่มีความร่วมมือจากหลายหน่วยงานเพื่อประเมินการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ ระบบการติดตามนี้สามารถที่จะนำมาใช้ในการติดตามสถานการณ์เรื่องความรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดด้วย โดยเฉพาะระดับและรูปแบบของความรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัว

### พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป โดยยกเลิกพระราชบัญญัติมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 พ.ร.บ. นี้มีเป้าหมายเพื่อให้การป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ การปรับปรุงการช่วยเหลือ และคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ให้เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุด

จากประสบการณ์ขององค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือการค้ามนุษย์นั้นได้พบและเล็งเห็นปัญหาในบางประเด็นที่เกิดขึ้นจาก พ.ร.บ. นี้ในแง่ของการนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีข้อจำกัดบางประการที่อาจส่งผลในกรณีของการนำไปสู่การติดต่อเอชไอวี และหรือ การตัดโอกาสการเข้าถึงการดูแลสุขภาพกรณีที่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี

จากประสบการณ์การทำงานของมูลนิธิผู้หญิง ที่ได้เข้าไปให้ความช่วยเหลือกรณีเด็กสาวชาวลาวที่แต่เดิมเคยทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟอยู่ในร้านอาหารที่จังหวัดหนองคาย แต่ได้ถูกหลอกมาค้าบริการทางเพศที่จังหวัดสุพรรณบุรี โดยแม่ค้าจ้างจะทำบัตรแรงงานให้เธอก็ถูกบังคับให้ต้องไปทำงานขายบริการแทน และต้องเป็นหนี้แม่ค้าตั้งแต่เริ่มเข้ามาทำงาน และแม้ว่าเธอได้ทำงานจนใช้หนี้จนหมดแล้ว เธอก็ได้ถูกขายต่อให้ไปเป็นพนักงานที่อื่นและก็ต้องผูกพันเป็นหนี้ใหม่อีก เป็นอย่างน้อยถึง 3 ครั้ง ในตอนที่มูลนิธิ เข้าไปช่วยเหลือ ก็พบว่าเธอมีเชื้อเอชไอวีด้วย

กรณีดังกล่าวนี้ยืนยันได้ชัดเจนว่า เด็กสาวผู้นี้คือเหยื่อการค้ามนุษย์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเธอนั้นก็ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์นั้นอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี เพราะไม่มีอำนาจต่อรอง นอกจากนั้นหลังจากได้รับเชื้อแล้วก็ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้เพราะถูกควบคุมจากสถานะการเข้าเมืองผิดกฎหมาย

ประเด็นที่พบเพิ่มเติมจากกรณีดังกล่าวที่เป็นข้อจำกัดจาก พ.ร.บ. นี้คือ แม้จะมีเรื่องของการคุ้มครองผู้เสียหายดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่กรณีของผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีนั้น ก็ไม่พบว่า ตาม พ.ร.บ. นี้จะมีมาตรการใดๆ ที่จะให้การคุ้มครองหรือช่วยเหลือ ทั้งนี้ในมุมมองของภาคประชาสังคมเห็นว่า กรณีดังกล่าวนี้ผู้เสียหายได้รับเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยบนสถานการณ์ที่ผู้เสียหายนั้นอยู่ภาวะที่ไม่มีทางเลือก ดังนั้นประเทศไทยควรที่จะมีกระบวนการเพื่อช่วยเหลือและให้การดูแลสุขภาพ และในกรณีที่จะส่งกลับนั้นก็ต้องแน่ใจว่ามีระบบรองรับที่ปลายทางทั้งในด้านสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต้องมั่นใจว่าผู้เสียหายจะได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และมีระบบการส่งต่อที่ดี



ในขณะที่เดียวกัน พ.ร.บ. ดังกล่าวนี้อาจได้สร้างกังวลต่อกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ ซึ่งตัดสินใจเลือกทำงานอาชีพนี้ โดยกลุ่มพนักงานบริการพบว่า นับตั้งแต่ พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามค้ำมนุษย์ มีผลบังคับใช้นั้นได้เกิดผลกระทบมากมายต่อกลุ่มตนเอง เนื่องจากพรบ. ฉบับนี้ เป็นกฎหมายที่ให้อำนาจกับเจ้าหน้าที่มากเกินไป เช่น การที่ให้เจ้าหน้าที่เข้าไปค้นในสถานบริการได้โดยไม่ต้องมีหมายค้นจากศาล<sup>2</sup> จนหลายครั้งนำไปสู่การใช้อำนาจโดยมิชอบของเจ้าหน้าที่ เช่น การเข้าข่มขู่ว่าจะจับกุมพนักงานที่อยู่ในร้านในข้อหามั่วสุมค้าประเวณี หรือหากพบแรงงานต่างชาติหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายทำงานอยู่ เจ้าของร้านมักถูกข่มขู่ว่าจะถูกจับในข้อหาค้ำมนุษย์ซึ่งมีโทษร้ายแรง ส่วนผู้หญิงที่ทำงานส่วนใหญ่จะถูกจับและส่งกลับทั้งในฐานะเหยื่อการค้ามนุษย์และ/หรือ ในฐานะคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในลักษณะดังกล่าวยิ่งทำให้บรรดาพนักงานบริการต้องหลบซ่อนตัว ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านสาธารณสุข

#### ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะต่อ พ.ร.บ. ฉบับนี้ดังต่อไปนี้

1. ในส่วนเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการนั้นควรจะได้รับอบรมให้พิจารณาบังคับใช้กฎหมายที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การจับกุม คุ่มขัง ลงโทษ ผู้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ผู้ที่ถูกบังคับค้าบริการทางเพศ” แต่พิจารณาและบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดไปที่กระบวนการค้าและผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการค้ามนุษย์
2. ไม่ควรทำให้กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย กลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งในการบริการด้านการดูแลสุขภาพเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ โดยเฉพาะ “ผู้ที่ถูกบังคับค้าบริการทางเพศ” และไม่พิจารณาว่า “ผู้ที่ถูกบังคับค้าฯ” เป็นผู้ร่วมกระทำความผิดเพื่อให้ผู้ที่ถูกบังคับค้าฯ ได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแล และรักษาสุขภาพของตนเองได้
3. กฎหมายฉบับนี้ควรคุ้มครองผู้ที่ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ที่ครอบคลุมทุกเพศ โดยไม่ยึดติดอยู่กับกรอบเพศสรีระที่ระบุเพียง เพศชายและเพศหญิงเท่านั้น

นอกเหนือจากพระราชบัญญัติและกฎหมายต่างๆ ที่ได้มีผลบังคับใช้ตั้งที่ได้กล่าวไปข้างต้น ที่ดูเหมือนว่าเป็นเจตนาที่จะคุ้มครองสิทธิ แต่ทว่าด้วยเหตุผลประการใดก็ตาม ทำให้กฎหมายบางฉบับไม่สามารถคุ้มครองสิทธิทางเพศได้จริง อย่างไรก็ตามจะเห็นว่รัฐไทยได้พยายามที่จะปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายหรือพยายามที่จะออกกฎหมายใหม่ขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันและสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญหรือพันธกรณีต่างๆ ที่ประเทศไทยได้ให้การรับรองเอาไว้และจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อให้จะให้แก่ใจว่าสิทธิต่างๆ จะได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอภาค ทั้งนี้กรณีของสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์นี้ กำลังมีร่างกฎหมาย 2 ฉบับที่กำลังอยู่ระหว่าง

<sup>2</sup> มาตรา 27 เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (1) มีหนังสือเรียกให้บุคคลใดมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหรือพยานหลักฐาน (2) ตรวจตัวบุคคลที่มีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าเป็นผู้เสียหายจากการกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์เมื่อผู้นั้นยินยอม แต่ถ้าผู้นั้นเป็นผู้หญิงจะต้องให้หญิงอื่นเป็นผู้ตรวจ (3) ตรวจค้นยานพาหนะใดๆ ที่มีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่ามีพยานหลักฐานหรือบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อเสียหายจากการกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์อยู่ในยานพาหนะนั้น (4) เข้าไปในเคหสถานหรือสถานที่ใดๆ เพื่อตรวจค้น ยึด หรืออายัด เมื่อมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่ามีพยานหลักฐานในการค้ามนุษย์ หรือเพื่อพบและช่วยบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อเสียหายจากการกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์ และหากเห็นชัดว่าจะเอาหมายค้นมาได้ พยานหลักฐานนั้นอาจถูกโยกย้าย ซ่อนเร้น หรือทำลายไปเสียก่อน หรือบุคคลนั้นอาจถูกประทุษร้าย โยกย้าย หรือซ่อนเร้น

### ร่าง พ.ร.บ. คุ่มครองอนามัยเจริญพันธุ์

หากพิจารณาจากภาพรวมดูเหมือนว่า ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีความก้าวหน้าพอสมควรในแง่ของความพยายามที่จะคุ้มครองสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ จากการนิยามศัพท์ที่ครอบคลุมหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และการเลือกใช้คำที่ค่อนข้างระมัดระวัง มีความเป็นบวกมากกว่ากฎหมายอื่นๆ เช่น มีการใช้คำว่า ยุติการตั้งครรภ์ โดยให้ความหมายว่า ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งไม่ได้เป็นความหมายในเชิงตัดสิน หรือการให้ความหมายคำว่า “ผู้ให้การปรึกษา” หมายความว่า “บุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการให้การปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน” สังเกตว่ามีระบุ “โดยตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน” เอาไว้ด้วย รวมทั้งอาจจะเป็นครั้งแรกที่ได้มีการระบุว่าสิทธิทางเพศลงไปอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพทางเพศ พร้อมทั้งยอมรับถึงความหลากหลายของวิถีชีวิตทางเพศ โดยสนับสนุนให้มีบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่มคน ดังที่ได้ระบุไว้ในมาตราต่างๆ อาทิ มาตรา 24, 25 และ 26

สำหรับในส่วนของการส่งเสริมและสนับสนุน เพศศึกษานั้น ก็นับว่าสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ระดับชาติ ดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น ซึ่งหลักสูตรเพศศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการนั้น ได้ใช้หลักสูตรที่พัฒนาร่วมกันโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ โดยมีเนื้อหาที่ค่อนข้างรอบด้าน และใช้เป็นหลักสูตรแกนกลางที่ใช้ทั้งระบบ นอกจากนี้ร่าง พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวนี้เป็นกฎหมายที่กำหนดให้รัฐทำหลายประการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีและช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน กระนั้น ก็ยังมีหลายประเด็นที่ยังเป็นที่น่ากังวลหรือขาดหายไป เช่น

การไม่มีนโยบายการยุติการตั้งครรภ์ให้กับผู้หญิง และ ร่าง พ.ร.บ. นี้ยังเน้นการควบคุมเนื้อตัวร่างกายและจำกัดสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงไว้ โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์เป็นหลัก ดังที่ระบุไว้ในมาตรา 38 ว่า “การยุติการตั้งครรภ์จะกระทำได้เมื่อจำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพทางกายหรือจิตใจของผู้หญิงนั้น หรือเมื่อหญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญาตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 276 มาตรา 277 มาตรา 282 มาตรา 283 หรือ มาตรา 284 และต้องกระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการที่กำหนดในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548

แม้ในการนิยามศัพท์นั้นได้ครอบคลุมเพศวิถีที่หลากหลาย แต่ในการจัดระบบบริการสุขภาพกลับเน้นเพียงบริการอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อการให้กำเนิด ทำให้กลุ่มคนที่มีเพศวิถีที่หลากหลายหลุดหายไปจากการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ที่ไม่ได้กล่าวถึงผู้ที่จะมีผ่าตัดแปลงเพศ/ตบแต่งร่างกายในเรื่องเพศ ซึ่งรัฐต้องดูแลหรือกำหนดมาตรฐานที่จะต้องดูแลให้เหมือนคนอื่นๆ เช่น การให้ฮอร์โมน การผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าร่าง พ.ร.บ. คุ่มครองอนามัยเจริญพันธุ์ฉบับนี้ ยังคงมองมิติทางเพศภายใต้กรอบความหมายเพศสัมพันธ์เพื่อการสืบทอดเผ่าพันธุ์และเน้นการคุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มหญิงชายเป็นหลัก

นอกจากนี้ ข้อจำกัดของร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้อีกประการหนึ่งคือ แม้ตัว ร่าง พ.ร.บ. จะมีเนื้อหาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพียงมิติเดียว แต่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายที่ครอบคลุมมิติทางเพศของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพวัฒนธรรมและสิทธิมนุษยชน แต่การที่เจ้าภาพหรือหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบคือ กระทรวงสาธารณสุขเพียง

### ร่าง พระราชบัญญัติส่งเสริมโอกาสและความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. ...

สถานะของ ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ในปัจจุบัน คือได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา วาระที่ 3 ทั้งนี้ในกลุ่มภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านผู้หญิงนั้นได้มีข้อกังวลในหลายประเด็น ที่เรียกได้ว่ายังขาดตกบกพร่องอยู่ในบางจุด และได้นำเสนอร่าง พ.ร.บ. เข้าไปเปรียบเทียบเพื่อประกอบการพิจารณา เพื่อให้ ร่าง พ.ร.บ. นี้มีความชัดเจนและให้ความเสมอภาคทางเพศได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้ทำให้เป็นไปตามอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (CEDAW) ที่ประเทศได้เป็นประเทศภาคีอยู่

หากพิจารณา ถึงเจตนารมณ์หรือความตั้งใจแล้ว การมีร่าง พ.ร.บ. ความเสมอภาคทางเพศฯ ก็นับเป็นอีกหนึ่งความก้าวหน้าในกฎหมายไทย โดยตัวร่าง พ.ร.บ. มีจุดดี แสดงความก้าวหน้าในลักษณะที่หยิบเอาเรื่องโอกาสและความเท่าเทียมระหว่างเพศขึ้นมาพิจารณา และมีกระบวนกลไกที่จะส่งเสริมโอกาสและความเท่าเทียม รวมทั้งการวินิจฉัยการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมทางเพศ ซึ่งน่าจะเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เสมอภาค เท่าเทียมทางเพศ และส่งเสริมสิทธิทางเพศได้ดี หากแต่ในคำอธิบายเรื่องเพศทั้งหมด ยังคงอิงอยู่กับเพศสรีระทางชีววิทยา (Biological Sex) คือ เพศหญิงและเพศชายเท่านั้น ส่งผลให้การมองการกระทำความรุนแรงทางเพศและส่งเสริมการแก้ไขติดอยู่เพียงในกรอบนั้น ซึ่งควรที่จะมีการพิจารณาขยายกรอบการมองเรื่องเพศที่กว้างขวาง ครอบคลุมทุกเพศ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ความไม่เท่าเทียมและการเลือกปฏิบัติทางเพศนั้น เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางต่อโอกาสในการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้น หาก ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ จะมองเห็นปัญหาเรื่องเพศอื่นๆ ที่นอกเหนือจากเพศสรีระก็จะส่งผลให้ผู้ที่มีความแตกต่างออกไปจากเพศสรีระได้รับการคุ้มครองอย่างเท่าเทียมด้วย

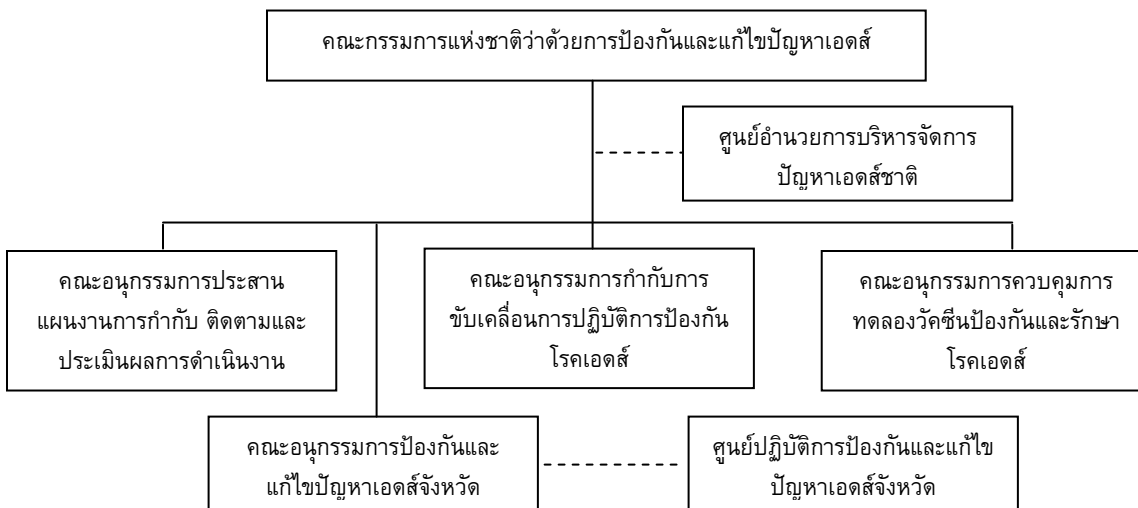
หากพิจารณาถึง ร่าง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเพศ ทั้ง 2 ฉบับข้างต้นนี้พบว่า มีบางอย่างที่เหมือนกันคือ ยังมีจุดอ่อนในการให้ความเสมอภาคทางเพศที่หลากหลายนอกเหนือไปจากหญิง ชาย กระนั้นก็สามารถมองได้ว่ารัฐและสังคมไทยได้มีความก้าวหน้าขึ้นในการที่ได้เริ่มความสำคัญกับพันธกรณีว่าด้วยสิทธิของผู้หญิง ทว่ายังไม่มีการพิจารณาสีทธิของเพศอื่นๆ ตาม หลักการยกยอการร์ตา (Yogyakarta Principles) ซึ่งได้ให้ความหมายเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศ วิถีชีวิตทางเพศ ซึ่งก็คือเป็นสิทธิมนุษยชน

ทั้งนี้ ในการจัดทำกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องเรื่องสิทธิทางเพศ โดยเฉพาะที่กล่าวมาแล้ว 2 ฉบับข้างต้น ควรตั้งอยู่บนหลักการสิทธิมนุษยชน และเป็นสิทธิทางเพศของทุกเพศ ดังนั้นจึงควรมีการนำร่าง พ.ร.บ. ทั้งสอง มาพิจารณาให้รอบด้านโดยเฉพาะประเด็นสิทธิทางเพศที่หลากหลาย เพื่อให้กฎหมายสามารถใช้เป็นประโยชน์ได้กับทุกเพศ ช่วยยกระดับสิทธิทางเพศของทุกคน

### **ส่วนที่สี่ ด้านโครงสร้างและกลไกการพัฒนานโยบาย แผน และการดำเนินงาน**

ในการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของประเทศไทยนั้น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ หรือ “คณะกรรมการเอ็ดส์ชาติ” ถือเป็นกลไกหลักของชาติในการขับเคลื่อนนโยบาย

ปัจจุบัน ประเทศไทยใช้โครงสร้างและกลไกที่ขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศซึ่งแสดงได้ดังผังนี้



#### การดำเนินงานและข้อจำกัดของคณะกรรมการเอดส์ชาติ

ในรายงานการทบทวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ. 2550 จัดพิมพ์โดยคณะกรรมการเอดส์ชาติ จำแนกให้เห็นถึงการดำเนินการ และข้อจำกัดของการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยตลอดช่วงที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานเอดส์ เริ่มตั้งแต่เรื่องการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการปฏิรูประบบราชการ ตามด้วย การบริหารจัดการระบบงบประมาณโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Government Fiscal Management Information System : GFMS) ตลอดไปจนถึง ปัจจัยทางการเมือง

ในส่วนของกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” (มีผลบังคับใช้วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542) นั้นได้ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณใหม่ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินการด้านเอดส์ด้วย ทั้งนี้ เนื่องจาก พ.ร.บ.ดังกล่าวนี้ได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่า ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จากข้อกำหนดดังกล่าว รัฐจึงต้องจัดสรรงบประมาณให้ อปท. โดยตรง มีผลให้หน่วยงานส่วนกลางได้รับงบประมาณลดลง และหน่วยงานต่าง ๆ ในภูมิภาคที่เคยได้รับงบประมาณจากส่วนกลางต้องไปขอรับการสนับสนุนจาก อปท. แทน ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับ อปท.ว่าจะให้การสนับสนุนหรือไม่ ข้อกำหนดดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วย กล่าวคือ จากเดิมที่งบประมาณ

สำหรับกรณีการปฏิรูประบบสาธารณสุขซึ่งในรายงานดังกล่าวได้ระบุว่า ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการการดำเนินการด้านเอตส์นั้น เนื่องจาก การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care Coverage) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 นั้นทำให้งบประมาณสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประมาณ 480 ล้านบาท/ปี ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถูกตัดไปรวมกับงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา

การจัดสรรงบประมาณ ให้โรงพยาบาลจัดสรรค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวอัตราเท่ากันทั่วประเทศ มิได้จัดสรรตามสภาพปัญหาสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันโรค เพราะมีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นกว่าเดิมแต่เก็บเงินได้ครั้งละ 30 บาท/คน/ครั้งเท่านั้น จึงมีผลกระทบต่อการทำงานด้านการป้องกันเอตส์ด้วยส่วนหนึ่งเนื่องจากงบประมาณที่น้อยลง

ส่วนการปฏิรูประบบราชการตาม “พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545” นั้นทำให้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 หน่วยงานราชการต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ บทบาท ภารกิจ กรอบโครงสร้าง อัตรากำลัง และการจัดสรรงบประมาณ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอตส์ และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างเดิมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น งานด้านเอตส์และกามโรคมีบุคลากรโดยเฉพาะตั้งแต่ 8-12 คน แต่ในโครงสร้างใหม่นั้นเอตส์เป็นเพียงโรคติดต่อโรคหนึ่งอยู่ภายใต้งานควบคุมโรคและมีผู้รับผิดชอบโดยตรงเพียง 1 คนซึ่งคนๆ นั้นก็ยังคงรับผิดชอบโรคติดต่ออื่นๆ ด้วยไม่ใช่เรื่องโรคเอตส์เพียงอย่างเดียว ดังนั้นภายใต้โครงสร้างใหม่นั้นจึงส่งผลให้งานเอตส์ถูกลดความสำคัญลงไป

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานอีกประการหนึ่ง ก็คือ การบริหารจัดการระบบงบประมาณโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Government Fiscal Management Information System : GFMS) จากเดิมที่กรมควบคุมโรคเคยตั้งงบประมาณด้านการป้องกันเอตส์ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมากระทรวงการคลังมีโครงการเปลี่ยนระบบการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) ทำให้กรมควบคุมโรคไม่สามารถตั้งงบประมาณด้านการป้องกันเอตส์ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ได้ ทำให้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 แต่ละหน่วยงานต้องตั้งค่าของงบประมาณผ่านกระทรวงเจ้าสังกัด ที่พบว่าในภาพรวมแล้วลดลงกว่าเดิม โดยในปีงบประมาณ 2549 ตั้งรวมไว้ที่กรมควบคุมโรค ได้ประมาณ 55 ล้านบาท และบางหน่วยงานไม่มีค่าของงบประมาณการป้องกันเอตส์มายังสำนักงานงบประมาณ แต่ทั้งนี้ก็ไม่มีข้อมูลว่าอันที่จริงหน่วยงานเหล่านี้ตั้งค่าขอแล้วแต่กระทรวงเจ้าสังกัดไม่เห็นชอบหรือไม่ จึงไม่ผ่านค่าขอไปยังสำนักงานงบประมาณ (คณะกรรมการเอตส์ชาติ, 2550b)

หากพิจารณาการรายงานทบทวนที่นำมาเสนอในข้างต้นนั้น อาจพอสรุปได้ว่า แม้ว่าการกระจายอำนาจ และการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น น่าจะส่งผลด้านบวกทำให้การดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอตส์ในพื้นที่ เกิดความชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของพื้นที่ แต่ปรากฏว่าผลที่ออกมากลับไม่เป็น เช่นนั้น แต่กลับกลายเป็นว่าในส่วนของงานเอตส์นั้นกลับถูกลดความสำคัญลง จากรายงานการทบทวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ ปี 2550 ที่กล่าวมา ประกอบกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การกระจายอำนาจ การปรับบทบาทของสำนักงานส่วนกลางให้มีภาระเพิ่มมากขึ้น ด้านวิชาการ การติดตามหนุนเสริมและประเมินผล ตลอดจนงานป้องกันด้วยการณรงค์ทางสังคม ล้วนส่งผลต่อการดำเนินงานเอตส์ของประเทศ โดยมีสาเหตุหลักคือ

1. การให้ความสำคัญกับปัญหาเอชไอวี/เอตส์ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ทั้งการดำเนินการในระดับจังหวัด ระดับชุมชน ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานด้านเอตส์มากน้อยเพียงใดมาก่อนหรือไม่ เมื่อขาดแรงกระตุ้นหนุนเสริมจากกลไกรัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนจังหวัด ยิ่งทำให้บางพื้นที่ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้เลย
2. การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดการจัดปรับอัตรากำลัง ทำให้เจ้าหน้าที่ด้านงานวิชาการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีประสบการณ์ทำงานด้านเอตส์ทั้งในระดับเขต และจังหวัด ต้องถูกโยกย้าย ถ่ายเท และบางรายได้ทำเรื่องขอเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด ทำให้พื้นที่ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และความเข้าใจในการทำงานตอบสนองต่อปัญหาเอตส์ ที่จะคอยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการทำงาน
3. การจัดปรับโครงสร้างส่วนกลางที่จะเป็นกลไกสนับสนุนด้านวิชาการยังไม่สามารถแสดงศักยภาพในการกระตุ้น หนุนเสริมการทำงานของแต่ละจังหวัดได้ การสนับสนุนการทำงานส่วนกลาง เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบทำให้การตอบสนองต่อปัญหาเอตส์ของพื้นที่และในภาพรวมของประเทศอ่อนกำลังลง อันเนื่องมาจากช่วงเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูป และการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

นอกจากนี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (2550-2551) ไม่มีการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ (คช.ปอ.) แม้แต่ครั้งเดียว กระทั่งเมื่อกลางปี 2552 นี้เองจึงได้มีการประชุม คช.ปอ. อีกครั้งหนึ่งโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในฐานะประธานคณะกรรมการได้ดำเนินการประชุมด้วยตนเอง และยืนยันที่จะให้มีการประชุมคณะกรรมการเอตส์ชาติให้มีความสม่ำเสมอมากกว่านี้ เพื่อให้การขับเคลื่อนการทำงานเอตส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานเอตส์นี้ ในส่วนของคนทำงานในภาคประชาสังคมที่มีความเข้าใจและใกล้ชิดกับกลไกการขับเคลื่อน ทั้งในฐานะที่ทำงานในประเด็นเอตส์ และในฐานะที่เป็นตัวแทนจากภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพบว่า สิ่งที่ทำให้การดำเนินงานด้านเอตส์ไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ อย่างเต็มที่หรือขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งก็เกิดจากการที่ไม่ได้มีการเตรียมบุคลากรให้ปรับตัวเพื่อทำบทบาทใหม่ ตัวอย่างเช่น การปรับระบบจากการที่สำนักโรคเอตส์ซึ่งอยู่ในตำแหน่งเลขานุการกรมการเอตส์ชาติ ที่แต่เดิมมีบทบาทในการเป็นหน่วยงานที่จัดสรรงบประมาณไปยังคณะอนุกรรมการเอตส์จังหวัด ซึ่งต่อมามีงบประมาณนั้นถูกกระจายอำนาจไปสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ทั้งในระดับพื้นที่และส่วนกลางต้องปรับบทบาทมาทำงานสนับสนุนทางวิชาการ แทนการติดตามเรื่องงบประมาณ ทว่าเจ้าหน้าที่เหล่านี้กลับไม่ได้รับการเตรียมการ การอบรม การหนุนเสริมเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ทำหน้าที่ในบทบาทใหม่ ในขณะเดียวกัน ประจวบเหมาะกับการที่งบประมาณกองทุนโลกได้เข้ามาสนับสนุนการทำงานเอตส์ของประเทศไทย

### ความพยายามจัดการเพื่อให้กลไกทำงาน

จากการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ระดับชาติฉบับปัจจุบันมีลักษณะเป็นเพียงแผนที่ทิศทางให้หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เพื่อใช้เป็นกรอบการพิจารณาในการจัดทำแผนงานหรือโครงการในพื้นที่ ซึ่งแตกต่างจากที่ผ่านมา ที่มีการกำหนดแผนและงบประมาณจัดสรรจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น เพื่อให้สามารถเร่งรัดและติดตามการดำเนินการดำเนินงานเอ็ดส์ได้ จึงมีการผลักดันให้รัฐบาลได้กำหนดให้เอ็ดส์เป็นเรื่องหนึ่งของการตรวจราชการแบบบูรณาการ ซึ่งรัฐบาลก็เห็นชอบจึงได้มีการแต่งตั้งคณะดำเนินงานตรวจราชการโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ระดับเขตตามแผนการตรวจราชการแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามนโยบายของรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำเขตตรวจราชการเป็นหัวหน้าคณะสาธารณสุขนิเทศก์และผู้ช่วยผู้ตรวจประจำเขตตรวจราชการ เป็นรองหัวหน้าคณะผู้แทนจากสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้แทนสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเลขานุการ ออกตรวจราชการในเขตสาธารณสุข 13 เขตๆ ละ 1 จังหวัด รวม 13 จังหวัด (คณะกรรมการเอ็ดส์ชาติ, 2550a:2550b)

หน่วยที่รับการตรวจ ได้แก่ ผู้แทนจังหวัดคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ จังหวัด ผู้แทนภาคประชาชนในคณะอนุกรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จังหวัด การมีนโยบายให้โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เป็นโครงการร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการ นั้นได้ช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานในภูมิภาคให้ความสำคัญต่องานเอ็ดส์มากขึ้น

นอกจากนั้นเพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการและการประสานงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ได้มีคำสั่งที่ 1/2550 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550 แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์” โดยมีอนุกรรมการทั้งหมด 24 คน มีนายมีชัย วีระไวทยะ เป็นประธาน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นรองประธาน ผู้แทนจากภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และผู้เกี่ยวข้อง ฯลฯ เป็นกรรมการ มีนายวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ เป็นเลขานุการ นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี และผู้แทนสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวทางที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เห็นชอบ กำหนดกลไกรูปแบบการบริหารจัดการและขับเคลื่อนกลยุทธ์การป้องกันโรคเอดส์ให้มีผลในทางปฏิบัติ และมีประสิทธิภาพ โดยเน้นกระบวนการทำงานที่เปิดเผย โปร่งใสปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน ติดตามผลการดำเนินงานและนำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งของคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ คือ การมีสำนักงานเลขานุการ ที่ทำหน้าที่ดูแลและบริหารจัดการงบประมาณจำนวนหนึ่ง โดยได้สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา นับประมาณปีกว่า นับตั้งแต่จัดตั้งคณะอนุกรรมการฯ ขึ้นมา ก็ได้เห็นผลคืบหน้าบางประการ อาทิ การพัฒนาและจัดทำยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการตอบสนองต่อการป้องกันขึ้นมา 4 ยุทธศาสตร์ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณ

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ รวมทั้งกลไกของคณะอนุกรรมการชุดนี้ ซึ่งแม้จะเป็นกลไกใหม่ แต่ก็นับว่ามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันของประเทศ นอกจากนี้จะมีการพัฒนาโลก จัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานตามที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น ส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งคือ การจัดทำมีกระบวนการทบทวน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้เกิดการร่วมกันตรวจสอบ แสดงความคิดเห็นเรื่องการทำงานของคณะอนุกรรมการฯ ชุดนี้ด้วย

กลไกสำคัญอีกส่วนคือ คณะอนุกรรมการประสานแผนงาน การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ภาคประชาสังคมเห็นด้วยกับทิศทางในการสร้างและพัฒนาให้เกิดกลไกการติดตามที่กระจายลงไปในระดับพื้นที่ ทั้งในระดับเขต และจังหวัด ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาในช่วงก่อนหน้านี้ และกำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่องอยู่ในปัจจุบัน ผ่านกระบวนการจัดทำรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ภาคประชาสังคมเห็นว่า กลไกส่วนนี้ ควรให้ความสำคัญกับเรื่องการติดตาม หนุนเสริม และการประเมินผลในเรื่องการทำงานและการจัดบริการสุขภาพ การจัดการความรู้ และการเรียนรู้ รวมทั้งการส่งเสริมสิทธิ เพิ่มเติมเข้าไปในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ และกลไกต่าง ๆ ของคณะอนุกรรมการชุดนี้

ในขณะที่เดียวกันภายใต้คณะกรรมการเอดส์ชาตินั้นก็ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (คณะอนุฯเอดส์จังหวัด) เป็นหน่วยขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานในขณะที่ส่วนใหญ่แล้วจะมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยเลขานุการในการดำเนินงานโดยยึดหลักให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม ก็พบว่าคณะอนุฯเอดส์จังหวัด ไม่สามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะโครงสร้างส่วนใหญ่ผูกติดอยู่กับระบบราชการและหัวหน้าหน่วยงานราชการ กล่าวคือหากในจังหวัดที่ผู้ว่าราชการจังหวัดไม่ได้ให้ความสำคัญหรือไม่กระตุ้นให้มีการทำงานเรื่องเอดส์ คณะอนุฯ ชุดนี้ก็ได้ดำเนินการใดๆ จึงมีไว้เพียงในนามเท่านั้น ดังนั้นจึงมีความพยายามคิดค้นกลไกขับเคลื่อนในระดับจังหวัดขึ้นมาใหม่ คือศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ซึ่งอาจเป็นโครงสร้างใหม่ที่มาแทนอนุฯ เอดส์จังหวัด หรือว่าเป็นกลไกที่จะไปขับเคลื่อนให้อนุฯเอดส์จังหวัดทำงานก็ได้

มีข้อสังเกตจากตัวแทนของภาคประชาสังคมที่มีความใกล้ชิดกับการทำงานในระดับโครงสร้าง คณะกรรมการเอดส์ชาติว่า นอกจากปัญหาการที่บุคลากรไม่ได้รับการหนุนเสริมในการเปลี่ยนแปลงบทบาทแล้ว การที่ฝ่ายเลขาคือ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติไม่สามารถขับเคลื่อนให้เป็นไปตามแผนได้นั้นก็อาจมีผลส่วนหนึ่งมาจาก ตัวผู้บริหารในอดีตเองก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานเอดส์และขาดการชี้แนะทิศทางที่ชัดเจนให้กับเจ้าหน้าที่ด้วย

นอกจากนั้นในการที่ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ขึ้นมานั้น แม้จะแสดงให้เห็นถึงความความพยายามที่จะผลักดันในการขับเคลื่อนงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภาคประชาสังคมตั้งข้อสังเกตว่า การตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ขึ้นมานั้นดูเหมือนตั้งใจจะให้ปลดล็อกเรื่องการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ของประเทศซึ่งเรียกได้ว่าเป็นงานที่ใหญ่มาก แต่คณะอนุกรรมการชุดนี้ อาจยังไม่สามารถดำเนินการเรื่องใดๆ ได้มากนัก เนื่องจากพบว่า ถึงตอนนั้นกลไกในการติดตามและประเมินผลซึ่งเป็นภารกิจหลักนั้นก็ยังไม่ชัดเจนนักว่าจะมีทิศทางไปทางใด ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ทางคณะอนุกรรมการฯ เอง ก็อาจจะยังไม่แน่ใจ



อย่างไรก็ตาม ทางภาคประชาสังคมได้ตั้งข้อสังเกตว่า ปัญหาที่กลไกการทำงานเกิดการติดขัดไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างสิ้นไหล่นั้นไม่ได้เป็นปัญหาที่ถูกละเลยเสียทีเดียว เพราะในช่วงที่นายแพทย์มงคล ณ สงขลาได้เข้ามาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้มีแนวคิดที่จะตั้งหน่วยงานใหม่ให้ขึ้นตรงกับสำนักนายกรัฐมนตรี โดยได้ดึงบุคลากรจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้งานเอดส์สามารถขับเคลื่อนไปได้ โดยจะใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพมาเป็นงบบริหารจัดการ แต่ปรากฏว่าพบอุปสรรค คือมีระเบียบของสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ห้ามมีการตั้งหน่วยงานใหม่หรือมีการเพิ่มเติมกำลังคนด้วยประการทั้งปวง จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถจะแก้ปัญหาคือการติดขัดในการขับเคลื่อนงานได้จนถึงขณะนี้ ทั้งนี้จึงเท่ากับว่าปัญหาเรื่องนี้ได้เป็นที่รับรู้แต่ไม่สามารถจะหากลไกใดมาเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนได้

กระนั้น ในมุมมองของภาคประชาสังคมก็เห็นว่า อาจจะไม่ใช้ทางตันเสียเลยทีเดียวในการใช้กลไกเดิม เนื่องจากในขณะนี้ก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ซึ่งทำหน้าที่เลขาคณะกรรมการเอดส์ชาติไปแล้ว แต่เพื่อให้สามารถดำเนินการได้จริงก็จำเป็นต้องเพิ่มเติมงบประมาณและกำลังคนลงไปเพิ่มเติมให้เพียงพอที่จะขับเคลื่อนงานได้จริง นอกจากนี้ในชุดของคณะกรรมการขับเคลื่อนนั้น มีข้อสังเกตเพิ่มเติมอีกว่า ปัจจุบันนั้นยังติดอยู่กับการดำเนินงานติดตามโครงการ ทั้งๆ ที่ความจริงแล้วควรจะต้องคิดงานเชิงโครงสร้างให้มากขึ้น

#### ผลกระทบจากกลไกอื่น ๆ ในการดำเนินงานเอดส์

เริ่มตั้งแต่ปี 2546 ประเทศไทยได้รับงบประมาณจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย (GFATM) ทำให้ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) ขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกในประเทศไทย สามารถดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของกองทุนโลกและเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานในประเทศไทยและกองทุนโลก ดังนั้น CCM จึงกลายเป็นอีกหนึ่งกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานเอดส์ของประเทศไทย

คณะกรรมการ CCM ได้จัดตั้งคณะทำงานวิชาการ (Technical Committee: TC) เพื่อทำหน้าที่ในการวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอ ประเด็น และแนวทางการจัดเตรียมโครงการ ที่เสริมการดำเนินงาน และสอดคล้องกับนโยบายของประเทศไทย เพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก หรือแหล่งทุนอื่น รวมทั้งประสานการพัฒนาโครงการที่มีคุณภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งนี้ภายใต้ CCM ก็มีสำนักงานเลขานุการ CCM ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการและทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงาน และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการกองทุนโลก ทั้งภายในและต่างประเทศ รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนประสานความร่วมมือ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานวิชาการ (TC)

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยได้รับงบประมาณดำเนินการภายใต้การพิจารณาของกองทุนโลกในรอบที่ 8 และกองทุนโลกรอบ RCC (Rolling Continuing Channel) อันเป็นการสนับสนุนต่อเนื่องจากการดำเนินโครงการในรอบที่ 1 ที่สิ้นสุดไป

ในส่วนของกองทุนโลกรอบที่ 8 ได้ให้งบประมาณในการดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มได้แก่ หญิงบริการ (Female Sex Worker-FSW) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who has Sex with Men -MSM) ผู้ใช้สาร

ในขณะเดียวกันในกองทุนโลกในรอบที่ 1 คือ ปี 2546 – 2551 นั้นประเทศไทยได้รับงบประมาณในการทำงานเพื่อป้องกันในกลุ่มเยาวชน และการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยในส่วนของงานป้องกันนั้น ดำเนินงานมุ่งเน้นดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนในวัยเจริญพันธุ์อายุ 12 – 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะเปราะบางและมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง โดยจะทำงานกับกลุ่มเยาวชนในชุมชน โรงเรียนและสถานที่ทำงาน

ซึ่งภายหลังสิ้นสุดโครงการแล้วมีการประเมินผลความสำเร็จว่าเป็นไปได้ด้วยดี จึงมีการพิจารณาให้ทุนการดำเนินต่อในรอบ RCC หรือ Rolling Continuing Channel ซึ่งก็ได้รับการอนุมัติให้ต่ออีก 6 ปีโดย แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะละ 3 ปี จึงเรียกโครงการนี้ว่า เป็นโครงการรอบ RCC - Round 1 โดยทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเดิม และมีกิจกรรมที่เพิ่มเติมในเรื่องการผสมผสานงานด้านการดูแลและการป้องกันเข้าด้วยกัน และให้ศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชนผู้ติดเชื้อ (Youth PLHA Friendly Services -YPFS) โดยจะดำเนินการใน 43 จังหวัด

ทั้งนี้ การดำเนินงานโครงการดังกล่าวนี้ จะขับเคลื่อนโดยกลไกประสานงานระดับจังหวัด ที่มีโครงสร้างรูปแบบการบริหารจัดการของ ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ. หรือ Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ในการประสานงานและการผลักดันกลยุทธ์ของโครงการ เข้าสู่แผนการปฏิบัติงานปกติในพื้นที่ดำเนินการ (แผนพัฒนาจังหวัด) และจัดหาทรัพยากรมาใช้ในการดำเนินงาน รวมทั้งกำกับและประเมินยุทธศาสตร์จังหวัด

สำหรับโครงสร้างของ PCM นั้นอาจแตกต่างจากคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดตรงที่ ได้มีการระดมกรรมการไว้ที่ไม่เกิน 15 คนเพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามในบางจังหวัดก็มองว่า อาจสามารถใช้โครงสร้างศูนย์เอดส์จังหวัดที่มีอยู่เดิมได้ แต่เนื่องจากการเกิดขึ้นของ PCM ตอนนี้เป็นช่วงเพิ่งเริ่ม อาจยังไม่สามารถมองผลกระทบชัด ๆ ได้ว่าจะดีหรือไม่ ซึ่งโครงการรอบ RCC จะมีการดำเนินการ PCM ใน 43 จังหวัดเต็มพื้นที่โครงการ และยังคงมีการดำเนินการ PCM ในส่วนของจังหวัดที่เหลือนด้วย โดยใช้งบประมาณดำเนินงานจากโครงการฯ รอบ 8 ของประเทศ โดยหวังว่า รูปแบบ PCM ของ GFATM นี้จะช่วยขับเคลื่อนเพิ่มเติมการตอบสนองของประเทศได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนกลไกระดับจังหวัด ในยุคกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ดังนั้น PCM อาจกลายเป็นกลไกหลักที่จะเข้ามาดำเนินงาน และสามารถทำงานควบคู่ไปกับกลุ่มที่ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นกลไกที่ขับเคลื่อนงานเอดส์ของจังหวัดให้ดำเนินไปได้ดียิ่งขึ้น เพราะจะสามารถตอบโจทย์เรื่องการจัดสรรงบประมาณ พัฒนาศักยภาพคนได้

ในขณะเดียวกันภาคประชาสังคมเองก็เห็นว่า การขับเคลื่อนการทำงานในระดับจังหวัดน่าจะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ในยุคที่กลไกชาติเป็นอัมพาตรักษาไม่หาย ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าวนี้ได้ถูกนำเสนอในวาระเอดส์ของภาคประชาชนที่ได้จัดทำขึ้นเมื่อปี 2550 โดยได้มีข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานในระดับพื้นที่และมีข้อเสนออย่างเป็นรูปธรรมที่จะให้งานเอดส์สามารถขับเคลื่อนไปได้ โดยระบุว่า “รัฐต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกลไกภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่ เช่น คณะกรรมการเอดส์ตำบล หรือ หมู่บ้าน มีศักยภาพสามารถจัดทำแผนแม่บทชุมชนด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยประสานความร่วมมือกับกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อขององค์กร พัฒนาเอกชน ตลอดจนหน่วยงานของรัฐที่มีหน่วยปฏิบัติการประจำอยู่ในท้องถิ่นและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดสรรรายได้ขององค์กรจำนวน 10% มาสนับสนุนการทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน”

### กลไกภาคประชาสังคม: การขับเคลื่อนที่อ่อนแรงลง

เป็นที่รับรู้กันดีว่า ในการขับเคลื่อนการทำงานด้านเอตส์ในส่วนของภาคประชาสังคมนั้นมี คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอตส์ ( กพอ. ) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานเอตส์ในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี 2536 โดยมี กพอ. ส่วนกลางหรือเรียกว่า กพอ. ชาติเป็นกลไกหลักในการดำเนินการประสานไปยังกพอ. ระดับภาคและองค์กรสมาชิก และตลอดระยะเวลาของการทำงานที่ผ่านมาอันเรียกว่า กพอ. ชาติ นั้นมีบทบาทหลักในการส่งเสริมความร่วมมือกันในกลุ่มคนทำงานและผลักดันการดำเนินงานในการตอบสนองต่อปัญหาเอตส์ของประเทศมาได้ดีโดยตลอด

ที่ว่า มาถึงตอนนี้เองนั้นทางภาคประชาสังคมเองได้มองเห็นว่ากลไกดังกล่าวนี้ได้เริ่มอ่อนแอ และมีบทบาทน้อยลงไปเรื่อย ๆ นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา โดยได้มีการตั้งข้อสังเกตว่าเห็นได้จากปรากฏการณ์ดังต่อไปนี้

1. การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การปฏิรูปของภาคส่วนต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการลดงบประมาณจากส่วนกลางในการสนับสนุนการดำเนินงานของ NGO ลงไป จากเคยสูงสุด 90 ล้านบาทต่อปี เหลือเพียง 40 – 50 ล้านบาทปี และ กพอ. ชาติ ก็ไม่สามารถพลิกสถานการณ์ในการเข้าถึงงบประมาณขององค์กรสมาชิกได้
2. การดำเนินงานโครงการขนาดใหญ่ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ( GFATM ) ทำให้องค์กรสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญ ๆ จำนวนหนึ่ง สามารถเข้าถึงทุนขนาดใหญ่ที่มีความต่อเนื่องได้ จึงหันไปหาทิศทางส่วนนี้แทน เพราะสามารถผลักดันภารกิจที่ตนเองต้องการได้ ทั้งในส่วนของการทำงานในพื้นที่ และการผลักดันนโยบาย จึงส่งผลให้ความจำเป็นในการใช้บทบาทและพื้นที่ของ กพอ. ชาติลดลง
3. การเติบโตของเครือข่ายและองค์กรต่าง ๆ อาทิ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ที่เริ่มมีบทบาทและขบวนการที่เข้มแข็งขึ้น เห็นได้จากการดำเนินงานเรื่อง การเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้หลังปี 2547 เป็นต้นมา เห็นได้ชัดว่า มีเครือข่ายย่อย ๆ อยู่ในขบวน กพอ. ชาติ ถึง 15 - 18 เครือข่าย และเริ่มทยอยกันพัฒนาโครงการ เพื่อเข้าถึงแหล่งงบประมาณ GFATM เรื่อยมาเป็นลำดับเช่นกัน แม้ว่าจะดูเสมือนจะดี แต่การเกิดขึ้นของเครือข่ายย่อย ๆ ที่เข้าถึงแหล่งสนับสนุนงบประมาณได้เอง เครือข่ายต่าง ๆ ไม่ได้ให้ความสำคัญกับพื้นที่ของ กพอ. ชาติ เหมือนเช่นเคย
4. กลไกการขับเคลื่อนของ กพอ. ทั้งในระดับชาติและภาคคือ คณะกรรมการฯ ก็เริ่มไม่ทำงาน เพราะคณะกรรมการมาจากผู้แทนขององค์กรต่าง ๆ ที่เริ่มมีภารกิจในการบริหารงานโครงการของตน โดยเฉพาะโครงการที่ได้เงินจากกองทุนโลก ที่ต้องการเวลาในการบริหารงานเอกสารค่อนข้างมาก ทำให้ กลไกของ กพอ. ในหลาย ๆ ภาค รวมทั้ง กพอ. ชาติ เริ่มเป็นอัมพาต ขับเคลื่อนได้ไม่เต็มที่ เห็นได้จากการไม่สามารถประชุมคณะกรรมการ กพอ. ชาติ ได้เต็มคณะมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว
5. นอกจากบทบาทในการระดมทุน บทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายของ กพอ. ชาติ ก็ลดลงไปด้วย เนื่องจากบทบาทของ กพอ. ชาติ ในการสนับสนุนด้านวิชาการให้กับเพื่อนสมาชิกก็ลดทอนลง กพอ. ชาติ ไม่ได้คงสภาพการเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับเพื่อนสมาชิก ในขณะที่บุคลากรอาวุโสที่มีประสบการณ์ของ กพอ. ชาติ และภาคประชาสังคมอื่น ๆ โดยรวม ที่มีบทบาทในการเป็นผู้แทนภาคประชาสังคมในกลไกความร่วมมือกับภาครัฐ หลาย ๆ กลไก ก็ไม่สามารถเป็นผู้แทนที่มีความหมายได้อย่างมีนัยสำคัญ อันเนื่องมาจาก การขาดการสนับสนุน ทำให้หลาย ๆ คน ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้เข้าร่วมรับฟังในที่ประชุม ในขณะที่บางคนแม้จะมีความคิดเห็น แต่ก็ขาดกลไกในการสนับสนุน

เหตุดังกล่าวข้างต้น แม้จะยังไม่สามารถระบุออกมาชัด ๆ ว่า ส่งผลให้ขบวนการภาคประชาสังคมโดยรวมอ่อนแอลงหรือไม่ เพราะในบางจุด บางส่วน บางช่วงเวลา ก็ยังคงมีกลุ่มภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนงานของตนเองได้อยู่ แต่ก็ได้เป็นภาพขบวนการรวมเช่นที่เคยเป็นในอดีต อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2552 นี้ กพอ. ชาติ กำลังพยายามพลิกวิกฤตของตนเองอีกครั้ง ด้วยการฟื้นฟูบทบาทให้กพอ. เป็นพื้นที่กลางในการผลักดันทางนโยบายโดยรวมของภาคประชาสังคมอีกครั้ง ซึ่งยังคงต้องติดตามต่อไปว่า จะสามารถทำให้ขบวนการภาคประชาสังคมโดยรวมเข้มแข็งขึ้นหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เข้มแข็งนำการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมาสู่ประเทศชาติและบ้านเมืองได้ต่อไป

อย่างไรก็ตาม คงต้องยอมรับว่าการเข้ามาของงบประมาณจากกองทุนโลกนั้น ได้มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องงานเอดส์เกิดขึ้นอย่างแข็งขันและมีการสร้างงานป้องกันเกิดขึ้นได้ในระดับชุมชน หลายองค์กรที่เคยขาดงบประมาณสนับสนุนได้มีโอกาสขับเคลื่อนงานได้มากขึ้น แต่กระนั้นก็ตามภาคประชาสังคมได้ตั้งข้อสงสัยเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องคัดค้านต่าง ๆ ที่ปัจจุบันหันไปทำงานโดยตรงกับกองทุนโลกฯ จะยิ่งเป็นการลดทอนความเข้มแข็งในการทำงานในลักษณะเครือข่ายลงไปเรื่อยๆ ด้วยหรือไม่ ทั้งนี้ มีการมองว่า การดำเนินงานภายใต้กลไกของกองทุนโลกนั้นมีลักษณะต่างคนต่างทำไม่ได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันขององค์กรภาคประชาสังคม โดยได้ตั้งข้อสังเกตว่า สาเหตุนั้นอาจเป็นเพราะการดำเนินงานและบริหารจัดการโครงการโดย PR เองที่ยังไม่ได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างแต่ละ SR ที่ส่งผลให้ไม่เกิดการนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มอื่นๆ ด้วย

นอกจากนี้ ข้อกังวลใจอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ทางภาคประชาสังคมเห็นว่า ทั้งรัฐไทยและรวมภาคประชาสังคมเองเองน่าจะนำมาพิจารณาก็คือ ทุกวันนี้ดูเหมือนการทำงานด้านการป้องกันเอดส์ของประเทศไทยจำนวนมากนั้นอิงอยู่กับงบประมาณของกองทุนโลกเป็นหลัก ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำคือควรจะเริ่มคิดและร่วมหาทางออกร่วมกันแต่เนิ่นๆ ว่า ในอนาคตกรณีที่ไม่มียุทธศาสตร์แล้วการทำงานเอดส์ในประเทศไทยจะเป็นอย่างไร ทั้งภาครัฐและเอกชนเองควรจะเตรียมรับมือและมีแนวทางในการทำงานต่อไปอย่างไรเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาและวางแผนไว้อย่างรอบคอบ

ภาคประชาสังคมมองเห็นประเทศไทยควรมีการจัดปรับโครงสร้างและกลไกการพัฒนา นโยบาย แผนงานและการดำเนินงานดังนี้

1. ภายใต้การเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูปในทุกภาคส่วน กลไกหลักเดิมทั้งในระดับชาติ คือ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และในระดับจังหวัด คือ คณะอนุกรรมการป้องกันและ

2. ในส่วนของกลไกสนับสนุนในระดับชาติ และจังหวัด ทั้งในส่วนของคณะกรรมการประสานแผนงานฯ คณะอนุกรรมการกำกับกรับเคลื่อนฯ คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนฯ และคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จังหวัดนั้น ภาคประชาสังคมเห็นว่า มีส่วนสำคัญยิ่งในการสนับสนุนการตัดสินใจกำหนดแผนและนโยบายที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการขับเคลื่อนร่วมไปกับกลไกหลักด้านการตัดสินใจอย่างมีเอกภาพ และที่สำคัญยิ่งกว่าคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และภาคส่วนต่าง ๆ ตามทิศทางการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ที่มีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง
3. พันธุ์สำคัญอีกอันหนึ่งในการขับเคลื่อนกลไก/โครงสร้างต่าง ๆ คือ พันธุ์ในสวนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการ ทั้งในส่วนของ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานควบคุมโรคเขตต่าง ๆ และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จังหวัด รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีบทบาทหน้าที่สร้างเสริมและผลักดันให้เกิดการจัดการความรู้ การจัดบริการ และการส่งเสริมสิทธิให้เกิดขึ้นในการดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ของประเทศนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนและหนุนเสริมให้เกิดศักยภาพและมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีกว่านี้
4. ในส่วนของอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ภาคประชาสังคมมองเห็นว่า จำเป็นต้องมีการมองเรื่องการป้องกันที่คำนึงถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะสิทธิทางเพศ เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกัน ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความละเอียดอ่อนเรื่องความแตกต่างหลากหลายทางเพศ อันจะทำให้การพัฒนามาตรการดำเนินงานและการจัดบริการด้านการส่งเสริมการป้องกันไม่ได้เป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน แยกคนเป็นกลุ่ม ๆ มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้เรื่องเอ็ดส์ การแจกจ่ายถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น แต่คำนึงถึงการเคารพสิทธิ การจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมทางเลือกและโอกาสในการจัดการกับความเหลื่อมล้ำทางสังคมในเรื่องเพศ เพื่อทำให้คนทุกคนสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองในการมีสุขภาวะทางเพศที่ดีและปลอดภัยได้
5. บนความพยายามของ กพอ. ที่จะขับเคลื่อนนโยบาย และผลักดันขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในเรื่องสิทธิทางเพศ ซึ่งถือเป็นเรื่องท้าทาย และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างการเรียนรู้ร่วมกันกับสังคม เพื่อนำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เข้าใจในความแตกต่างหลากหลายเรื่องเพศ เพื่อขยายมิติการทำงานตอบสนองต่อปัญหาเอ็ดส์ออกไปให้กว้างไกลกว่าเรื่อง เชื้อโรค ความเจ็บป่วย เพื่อไปให้ถึงการสร้างสังคมที่มีสุขภาวะนั้น ในส่วนของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะส่วนของคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์เอง จำเป็นต้องมีการทบทวนในสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้

- การทบทวนตรวจสอบความจำเป็นในการมีอยู่ของ “พื้นที่ส่วนรวม” ในลักษณะของขบวนการแบบ กพอ. ว่ายังคงมีความจำเป็น ในฐานะที่เป็นขบวนการหนึ่งของภาคประชาสังคมเพื่อการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในประเทศต่อไปหรือไม่
- ถ้าควรมี ควรอยู่อย่างไร จึงจะเป็นการมีอยู่อย่างมีความหมาย ในสภาวะแวดล้อมที่มีเครือข่าย และพื้นที่โครงการขนาดใหญ่เกิดและแตกตัวมากขึ้น กพอ.จะมีบทบาท หน้าที่สำคัญในเรื่องใดบ้าง อาทิ บทบาทในการเชื่อมร้อยขบวนการของเครือข่ายต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นขบวนการเดียวกันของภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนทางนโยบายและการรณรงค์สังคม
- กพอ.จะต้องมีการปรับปรุง กลไกการขับเคลื่อนให้มีความหมายมากยิ่งขึ้นได้อย่างไร เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ และการดำเนินงานของสมาชิกในขบวนการทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม/องค์กร เครือข่าย และขบวนการเคลื่อนไหวต่าง ๆ

#### รายชื่อคณะทำงานจับตามโยบาย กพอ.ชาติ

1. น.ส.สุรรัตน์ ตรีมรรคา กพอ.เหนือ
2. นายนิวัตร สุวรรณพัฒนา กพอ.เหนือ/นักวิชาการอิสระ
3. น.ส.อุษา เลิศศรีสันทัต มูลนิธิผู้หญิง
4. น.ส.สุพีชา เบาทิพย์ มูลนิธิรักษ์ไทย
5. น.ส.สุไลพร ชลวิไล นักวิชาการอิสระ/เครือข่ายผู้หญิง
6. นายนิมิตร เทียนอุดม กรรมการกพอ./มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
7. น.ส.สุภัทรา นาคะผิว ประธาน กพอ./มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
8. น.ส.กาญจนา แถลงกิจ ผู้ประสานงาน