



รายงาน KPI E1 ประจำปี 2568

การประเมินตัวชี้วัด KPI E1 และการรายงานต่อกองทุนโลก (Global Fund) ในกรณีการขยายขอบเขตโครงการและความครอบคลุมเพื่อแก้ไขอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน

การดกแถลงเพื่อประเมินค่าฐานพื้นฐานสำหรับตัวชี้วัด KPI E1 ในพื้นที่การดำเนินงานโครงการวัณโรคและเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2568



RRTTPR

(Stop TB and AIDS through RRTTPR 2024-2026)

WORLD VISION FOUNDATION OF THAILAND

ผู้เขียน โดย

ศรุต มูลสาร
นิวัตร สุวรรณพัฒนา
นริศรา อารีรักษ์
อนุ สุราช
สุนนมาลย์ สิงหะ

ผลิตโดย: มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

809 ซ.ศุภนิมิต ถ.ประชาอุทิศ แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง
กทม 10310

02 - 022 - 9200

info@worldvision.or.th

<https://worldvision.or.th/>

สารบัญ

บทนำ	1
• ภาวะโรคฉี่หนู (TB) และวัณโรคร่วมเอชไอวี (TB-HIV) ของประเทศไทย พ.ศ. 2569 • มาตรการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อยุติวัณโรค พ.ศ. 2566–2570 • กลไกระดับชาติในการส่งเสริมสิทธิด้านเอชไอวี • ตัวชี้วัดผล การดำเนินงานของ กองทุนโลก (Global Fund KPI E1) การขยาย โครงการด้านสิทธิมนุษยชน	
ความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ของ KPI E1	2
• โครงการ “การทลายอุปสรรค (Breaking Down Barriers)” • วิกฤตเงินทุน: ผลกระทบ จากการระงับเงินทุนระหว่างประเทศ พ.ศ. 2568 • ความรับผิดชอบและการสอดประสานความร่วมมือระดับโลก	
กรอบการประเมินและระยะเวลา	3
• ระยะการดำเนินงาน: พ.ศ. 2566 ถึงการติดตามผล (Follow-up) พ.ศ. 2569 • แผนที่สู่ความความยั่งยืนด้านเอชไอวีระดับชาติ พ.ศ. 2570–2573 • การจัดสรรงบประมาณภายในประเทศ เทียบกับงบประมาณระหว่างประเทศ	
วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย	4
• วัตถุประสงค์หลักของการประเมิน KPI E1 • การออกแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods) • การคัดเลือกหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่าง (ภาคประชาสังคม หน่วยงานรัฐ และสถาบันวิจัย) • เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและองค์ประกอบของแบบสำรวจ	
องค์ประกอบวัณโรค : ผลลัพธ์และตารางคะแนน	5
• PA 1 การบริหารจัดการและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค • PA 2 การบริการด้านวัณโรคที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและยึดหลักสิทธิมนุษยชน • PA 3 การบังคับใช้กฎหมายที่ยึดตามหลักสิทธิมนุษยชน • PA 4 ความรอบรู้ด้านกฎหมาย “รู้สิทธิของคุณ” • PA 5 การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม • PA 6 การติดตามและการปฏิรูปกฎหมายและนโยบาย • PA 7 การตอบสนองต่อความต้องการในเรือนจำและสถานกักกัน • PA 8 การลดการเลือกปฏิบัติทางเพศที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค • PA 9 การระดมพลังชุมชนและการสนับสนุนเชิงนโยบาย • สรุปภาพรวมคะแนนระดับประเทศด้านวัณโรค	
องค์ประกอบเอชไอวี : ผลลัพธ์และตารางคะแนน	11
• PA 1 ขจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (S&D) ในทุกสถานบริการ • PA 2 การให้บริการสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ • PA 3 ความรู้ด้านกฎหมาย “รู้สิทธิของคุณ” • PA 4 การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม (ระบบตอบโต้ภาวะวิกฤต) • PA 5 แนวปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายที่ยึดหลักสิทธิ • PA 6 การปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ และนโยบาย • PA 7 ลดการเลือกปฏิบัติทางเพศที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี • PA 8 การระดมพลังชุมชนและการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชน • สรุปภาพรวมคะแนนระดับประเทศด้านเอชไอวี	
อภิปราย ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ	10,18
• ผลกระทบจากการถอนงบประมาณสนับสนุนของสหรัฐฯ และการปรับลำดับความสำคัญของงบประมาณ • ช่องว่างของการดำเนินงานและข้อจำกัดของข้อมูล • การปรับเชิงยุทธศาสตร์: การบูรณาการเชิงนโยบายและการลงทุนที่ยั่งยืน • ทิศทางในอนาคตสำหรับ พ.ศ.2569	
เอกสารอ้างอิง	20
• ภาคผนวก A: ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน (KPI) • ภาคผนวก B: คำอธิบายการแปลผลระดับคะแนนในตารางคะแนน • ภาคผนวก C: รายชื่อหน่วยงาน	

บทนำ

พ.ศ. 2568 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการโรคสูงทั้งวัณโรค (TB) และติดเชื้อวัณโรคร่วมกับเอชไอวี (TB-HIV)

สถานการณ์วัณโรคและเอชไอวีที่ดำเนินอยู่แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติปัญหาวัณโรคของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570 ประกอบด้วยมาตรการเชิงกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมมาตรการทางสังคมและ สิทธิมนุษยชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค การปกป้องและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความเท่าเทียม และการสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็งกับภาคประชาสังคมและชุมชน เป็นสองในสี่หลักการสำคัญของแผนปฏิบัติการนี้ แผนดังกล่าวมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมมาตรการทางสังคมและสิทธิมนุษยชนเพื่อลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยวัณโรค และ พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมและ เสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและชุมชนเพื่อลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติโดยใช้กฎหมายและกฎระเบียบที่เหมาะสม

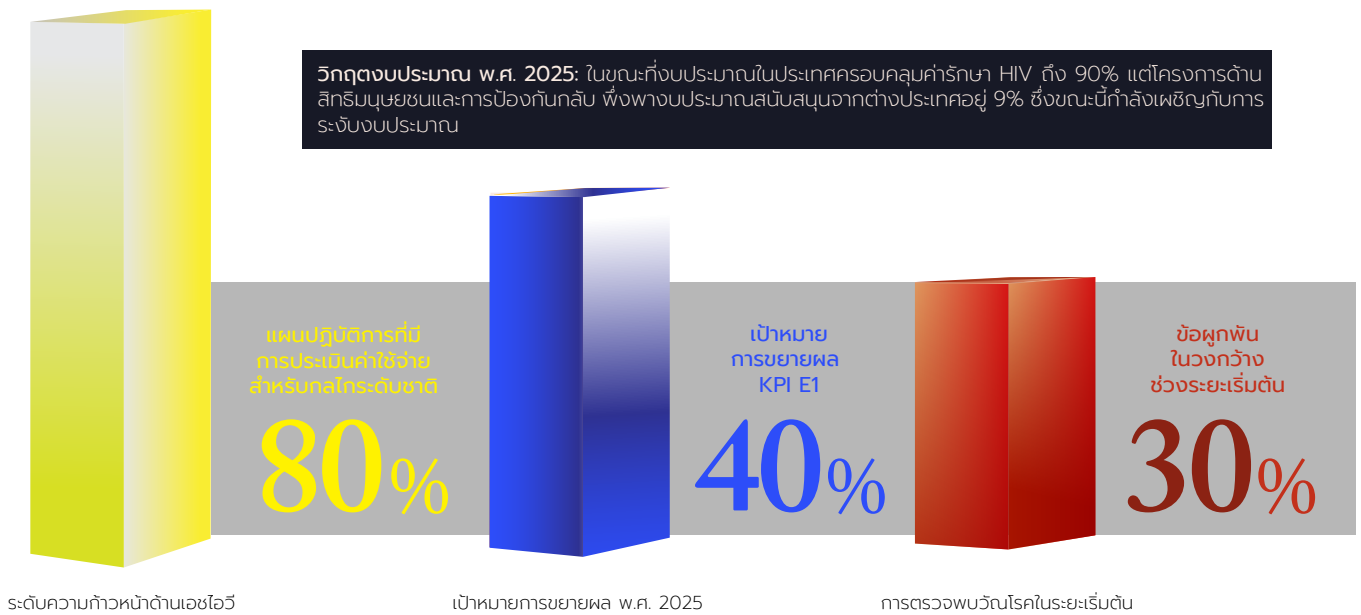
ประเทศไทยได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ เพื่อลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ที่มีการประเมินค่าใช้จ่าย (Costed Action Plan) พ.ศ. 2565 - 2569 ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของแผนปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อยุติเอดส์ พ.ศ. 2566 - 2569 นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ภายใต้คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ ยังทำหน้าที่เป็นกลไกระดับชาติในการติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

แผนดังกล่าวยังมุ่งเน้นการให้บริการแก่ประชากร ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค จนส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ประชากรข้ามชาติ โดยตระหนักว่าหากไม่จัดการปัญหาวัณโรคในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงนี้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มการแพร่เชื้อในกลุ่มพลเมืองไทย อย่างไรก็ตามการจัดการกับการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติ (S&D) ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคในประเทศไทย ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงานด้านเอชไอวีพันธุกรรมในภาพกว้างของแผนปฏิบัติการระดับชาติต่อประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนยังคงไม่ครอบคลุมถึงแผนระดับชาติที่มีรายละเอียดเชิงลึกตามที่กองทุนโลก (Global Fund) กำหนดเพื่อขจัดอุปสรรคด้านสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้การแก้ไขปัญหามารยาทการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค จะมุ่งเน้นไปที่บริบทของชุมชนและจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการขยายการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ (HRG) ในงานวัณโรครวมถึงการจัดทำรายงานต่อกองทุนโลก ซึ่งครอบคลุมถึงตัวชี้วัด KPI E1 การขยายการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน

ตัวชี้วัด KPI E1

การวัดร้อยละของประเทศที่มีการขยายการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในงานด้านเอชไอวีวัณโรค และมาลาเรีย ตัวชี้วัดนี้ทำหน้าที่ติดตามความก้าวหน้า ในการขยายขอบเขตการดำเนินงานเหล่านี้ซึ่งมีส่วนช่วยลดอุปสรรคดังกล่าวภายในกลุ่มงานภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลก KPI นี้ มุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและความครอบคลุม โดยให้ข้อมูลเชิงลึกที่ทันก่วงที่และสอดคล้องกับเป้าหมาย 10-10-10 ด้านปัจจัยเอื้อทางสังคม จากยุทธศาสตร์เอดส์โลก (Global AIDS Strategy) และปฏิญญาทางการเมือง พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ ยังมีภารกิจวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulate) ร่วมกับตัวชี้วัดความเสี่ยงด้านสิทธิมนุษยชนของกองทุนโลกเพื่อการติดตามประเมินผลอย่างครอบคลุม

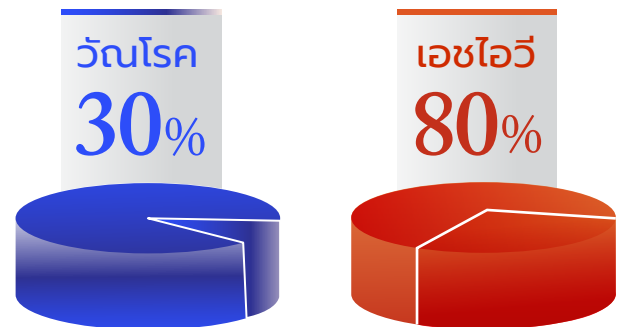
วิกฤตงบประมาณ พ.ศ. 2562: ในขณะที่งบประมาณในประเทศครอบคลุมค่ารักษา HIV ถึง 90% แต่โครงการด้านสิทธิมนุษยชนและการป้องกันกลับ พึ่งพางบประมาณสนับสนุนจากต่างประเทศอยู่ 9% ซึ่งขณะนี้กำลังเผชิญกับการระงับงบประมาณ



การประเมินผลตัวชี้วัด KPI E1

รับประกันความโปร่งใสและตรวจสอบได้ โดยเชื่อมโยงผลของการขยายการดำเนินงานโดยตรงกับแผนงานที่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก ซึ่งยังเป็นการสนับสนุนโครงการริเริ่มระดับชาติในวงกว้างอีกด้วย

ผลลัพธ์ที่ได้จะให้ข้อมูลที่ผ่านการตกแต่งเชิงลึกที่นำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการตอบสนองระดับชาติและมีส่วนสนับสนุนความร่วมมือระดับโลก เพื่อจัดการศัตรูและการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังช่วยในการกำกับดูแลและการดำเนินงานสำหรับแผนงานด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกความก้าวหน้าจะถูกประเมินเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงนับจากค่าฐานคะแนนและระบบโอกาสในการดำเนินการแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งข้อมูลพื้นฐานได้มาจากข้อเสนอโครงการขอรับทุน โดยมีการติดตามผลการดำเนินงานประจำปี ผ่านการประเมินความเสี่ยงด้านสิทธิมนุษยชน และรายงานจากผู้ให้บริการความช่วยเหลือทางวิชาการ ภายใต้แผนงานริเริ่มเชิงยุทธศาสตร์ ด้านสิทธิมนุษยชน (Human Rights Strategic Initiative)



ผลกระทบจากการระงับงบประมาณ พ.ศ. 2562

ความสำคัญของการประเมิน KPI E1 ในประเทศไทย

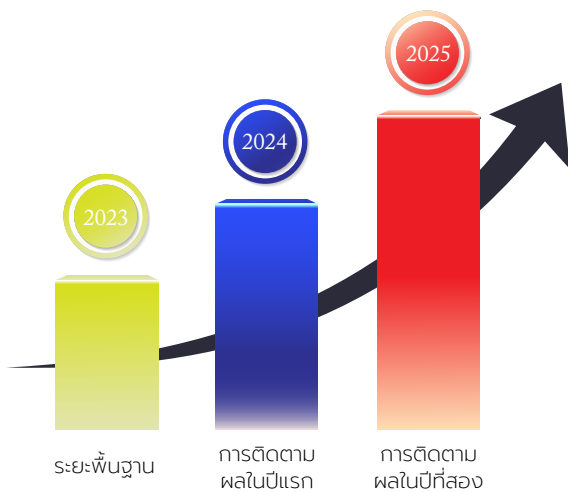
การประเมิน KPI E1 มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์อย่างยิ่ง เนื่องจากทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการติดตามความก้าวหน้าของแผนงานริเริ่ม “การกลายอุปสรรค” (Breaking Down Barriers : BDB) ถือเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับแผนงานด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะโดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 24 ประเทศทั่วโลกที่กองทุนโลกลงทุนเป็นการเฉพาะเพื่อดำเนินโครงการที่มุ่งจัดอุปสรรคเหล่านี้ แผนงานริเริ่มนี้ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า “ไวรัสและเอชไอวีเป็นโรคและความเจ็บป่วย แต่ยังมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ โครงสร้างทางสังคม และระบบวัฒนธรรมที่กีดกันผู้คนไม่ให้เข้าถึงบริการ” ดังนั้น การประเมินนี้ จึงไม่ใช่เพียงการวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็นการประเมินความพยายามของประเทศ ในการรื้อถอนอุปสรรคเชิงโครงสร้าง สิทธิมนุษยชน และเพศภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

1 องค์การอนามัยโลก. รายงานไวรัสโลก 2568. เจนีวา: องค์การอนามัยโลก; 2568.

2 กองทุนโลก แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติปัญหาไวรัสของประเทศไทย ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพมหานคร: กองทุนโลก; 2566.

3 กองทุนโลก. คู่มือตัวชี้วัดประสิทธิภาพหลัก (KPIs) สำหรับยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2566 - 2571. เจนีวา: กองทุนโลก; 2566.

ประเทศไทยได้รับเลือกให้เข้าร่วมในแผนงานริเริ่ม **"การกลายอุปสรรค" (BDB)** และได้รับเงินทุนสมทบ (Matching funds) ในรูปแบบของเงินทุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน (Catalytic funding) โดยเงินทุนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวีผ่านการบริหารจัดการที่ดีและการเลือกปฏิบัติ (S&D) และการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ (HRG) การสนับสนุนนี้มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคม กฎหมาย และฐานสิทธิมนุษยชน ตลอดจนส่งเสริมความร่วมมือของชุมชนในการตอบสนองต่อเอชไอวีและวัณโรค เป้าหมายสูงสุดคือการเพิ่มการเข้าถึง การรับบริการ และการคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างในครอบครัว ชุมชน และสังคม

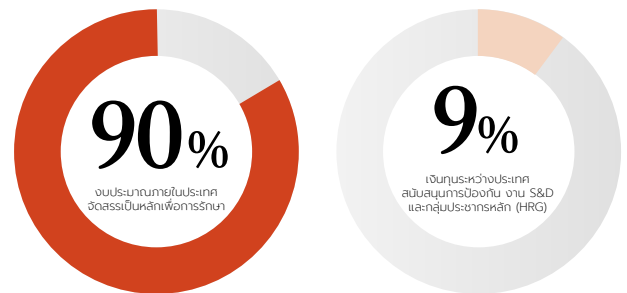


ประเทศไทยเริ่มดำเนินการตามกรอบแนวคิดและเครื่องมือของ KPI E1 เพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้าด้านการติดตามและการเลือกปฏิบัติตั้งแต่ พ.ศ. 2566 โดยใช้ พ.ศ. 2566 เป็นปีฐาน พ.ศ. 2567 เป็นการติดตามความก้าวหน้าในปีแรก และ พ.ศ. 2568 เป็นการติดตามผลในปีที่สอง การติดตามประเมินผลนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเกิดขึ้นในช่วงปีสุดท้ายของแผนปฏิบัติการระดับชาติ ซึ่งจะให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแผน ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแผนงานในระยะต่อไป ควบคู่ไปกับการจัดทำแผนงานความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านเอชไอวีระดับชาติ (National HIV Sustainability Roadmap) พ.ศ. 2570–2573 นอกจากนี้ ยังเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาข้อเสนอโครงการสำหรับรอบการรับทุนรอบที่ 8 (Grant Cycle 8 - GC 8) ของกองทุนโลกในประเทศไทย

การติดตามความก้าวหน้าด้าน S&D และ HRG กำหนดให้เป็นภาพสะท้อนของความเป็นจริงในการจัดการกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่ตีตราและการเลือกปฏิบัติในภาคส่วนต่างๆ และในสังคม ซึ่งครอบคลุมถึงการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม การปฏิรูปกฎหมายและนโยบาย การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ และการสนับสนุนโครงการริเริ่มที่นำโดยชุมชน ความพยายามเหล่านี้นำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรค ประชากรหลัก (Key populations) ประชากรกลุ่มเปราะบาง และประชากรที่ได้รับผลกระทบ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถอยู่ร่วมกันได้ในสังคม

พ.ศ.2568 เช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยกำลังเผชิญกับอุปสรรคสำคัญ อันเนื่องมาจากการระงับงบประมาณสนับสนุนด้านเอชไอวีและสุขภาพจากประเทศสหรัฐอเมริกา รวมถึงการระงับเงินทุนชั่วคราวจากกองทุนโลก ส่งผลให้การดำเนินงานด้าน S&D และ HRG หยุดชะงักโดยหลายแผนงานถูกบังคับให้ยุติหรือปิดตัวลง

ประเทศไทยใช้งบประมาณภายในประเทศประมาณร้อยละ 90 สำหรับการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี โดยเกือบทั้งหมดถูกจัดสรรให้กับการวินิจฉัยรักษา ในขณะที่เดียวกัน ประเทศยังคงพึ่งพาเงินทุนระหว่างประเทศประมาณร้อยละ 9 เพื่อสนับสนุนงานด้านการป้องกัน และโครงการริเริ่มด้าน S&D และ HRG ซึ่งแทบจะพึ่งพาแหล่งทุนระหว่างประเทศทั้งหมด



⚠️ **สัญญาณเตือน:** สถานการณ์ปี พ.ศ. 2575

- การระงับเงินสนับสนุนด้านเอชไอวีและสุขภาพจากสหรัฐอเมริกา ร่วมกับการระงับเงินทุนชั่วคราวจากกองทุนโลก (Global Fund: GF) ได้ส่งผลให้การดำเนินงานด้าน S&D และ HRG เกิดการหยุดชะงัก หลายโครงการถูกบังคับให้ยุติหรือปิดตัวลง

ในช่วงกลางของรอบการรับทุนรอบที่ 7 (พ.ศ. 2567–2569) ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ประเทศไทยต้องเผชิญกับการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมใหม่ และการปรับงบประมาณอย่างไม่คาดคิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อแผนงานด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมาก ในการขยายแผนงานริเริ่มเพื่อกลายอุปสรรคในพื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรคและเอชไอวี โดยดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้

นอกจากนี้ การประเมินนี้ยังมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะเครื่องมือเชิงกลยุทธ์สำหรับประเทศไทยในการ “ทบทวนตนเองและระบุดอุปสรรค” ซึ่งจะช่วยให้สามารถพัฒนาแผนปฏิบัติ การที่อิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ ดังนั้น กระบวนการนี้จึงช่วยแก้ไขช่องว่าง เสริมสร้างความเข้มแข็ง ของยุทธศาสตร์ระดับชาติสำหรับวัณโรคและเอชไอวี เพื่อการก้าวไปข้างหน้า และรับประกันความยั่งยืนในระยะยาว



ระเบียบวิธีวิจัย

การประเมินนี้ใช้การออกแบบการวิจัยแบบผสมผสานภาคตัดขวาง (Cross-sectional mixed-methods design) โดยบูรณาการทั้งแนวทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน

1. กระบวนการคัดเลือกหน่วยงานสำหรับการประเมิน KPI-E1 ประกอบด้วย

พื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรค มีองค์กรเข้าร่วมในคณะทำงานความร่วมมือด้านวัณโรค ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ **จำนวนทั้งสิ้น 14 องค์กร** โดยแบ่งเป็น: องค์กรภาคประชาสังคม (CSOs) 5 แห่ง หน่วยงานภาครัฐ (GOs) 6 แห่ง และสถาบันวิจัย 3 แห่ง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยอิงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกหน่วยงานทั้ง 14 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย:

- หน่วยงานมีพื้นที่ปฏิบัติการหรือ การดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับแผนงานระดับชาติ แผนงานระดับรองจากระดับชาติ (Sub-National) ระดับชุมชน/พื้นที่จริง และการสนับสนุนทางวิชาการ
- มีความสนใจในการเข้าร่วมกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

พื้นที่การดำเนินงานด้านเอชไอวี มีองค์กรและหน่วยงานรวม **36 แห่ง** เข้าร่วมในการพัฒนาแผนงานและ การประเมินความก้าวหน้าในปี พ.ศ. 2566 โดยในจำนวนนี้มีองค์กรที่ตอบแบบสำรวจจำนวน 33 แห่ง ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้: องค์กรภาคประชาสังคม 19 แห่ง หน่วยงานภาครัฐ 11 แห่ง และองค์กรอิสระ 2 แห่ง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยอิงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกองค์กรและหน่วยงานทั้ง 33 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย

- หน่วยงานดังกล่าวเป็นคณะอนุกรรมการ หรือ หน่วยงานความร่วมมือในคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ด้านเอชไอวี ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่า ด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
- มีความสนใจในการเข้าร่วมกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การประเมิน KPI E1 ในปี พ.ศ. 2568 หรือการประเมินปีที่ 2 ได้ดำเนินการดังนี้

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และหรือการใช้ข้อมูลกึ่งเชิงคุณภาพจากแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติปัญหาวัณโรค ระยะที่ 2, แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะ ที่มีการประเมินค่าใช้จ่าย (Costed Action Plan) พ.ศ. 2565-2569, แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2564, ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่า ด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2565-2569, การสำรวจในสถานพยาบาล พ.ศ. 2564, การสำรวจสถานการณ์การตีตราและ การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากวัณโรคในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เฝ้าระวังของ ประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564, รายงานฉบับสมบูรณ์ดัชนีการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Stigma Index 2.0) พ.ศ. 2566, การประเมินอย่างเร่งด่วนเกี่ยวกับอุปสรรคด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะในการเข้าถึงบริการเอชไอวีและวัณโรคในประเทศไทย และ การประเมิน KPI-E1 ประจำปีสำหรับตัวชี้วัด KPI E1 ในพื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรคและเอชไอวี ในประเทศไทย พ.ศ. 2566 และ 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านแบบสำรวจออนไลน์ที่ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเอง (Self-administered online survey) สำหรับองค์กร และหน่วยงานที่เข้าร่วม โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

องค์ประกอบด้านเอชไอวี: ขอบเขตงานตามแผนงาน (Programmatic Areas - PAs) 8 ด้าน ได้ถูกบูรณาการเข้ากับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติแบบสำรวจ ประกอบด้วย คำถามหลัก 6 ข้อ ได้แก่ 1) กลุ่มกิจกรรมหรือชุดการดำเนินงาน 2) พื้นที่เชิงแผนงาน (PA) ที่เกี่ยวข้อง 3) ความสอดคล้องกับเป้าหมาย 10-10-10 4) การจัดสรรงบประมาณและแหล่งทุน 5) ความครอบคลุมทางภูมิศาสตร์ 6) ความครอบคลุมของผู้ได้รับประโยชน์

หมายเหตุเกี่ยวกับการให้คะแนน: เฉพาะองค์กรที่ระบุว่าได้ดำเนินการจัดกิจกรรมภายในขอบเขตงานตามแผนงาน (PA) ที่กำหนดเท่านั้นที่มีสิทธิให้คะแนนตามลำดับฐาน (Scorecard) สำหรับพื้นที่นั้น ๆ ได้ หลังจากการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติ ผลลัพธ์ที่ได้ถูกนำมาใช้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussions - FGDs) ในภายหลัง

องค์ประกอบด้านวัณโรค: ขอบเขตงานตามแผนงาน (Programmatic Areas - PAs) 9 ด้านได้ถูกนำมาใช้ร่วมกับตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPIs) สำหรับยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2566–2571 ซึ่งประกอบด้วยแผนงานการดำเนินงานด้านวัณโรค 9 ด้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการสรุปข้อมูล (ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน) ในขณะที่การอภิปรายกลุ่มได้รับการวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

พื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรค:
ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 13 คน จาก 8 องค์กรเข้าร่วมในการอภิปรายกลุ่ม

พื้นที่การดำเนินงานด้านเอชไอวี:
ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 13 คน จากผู้รับทุนหลัก 3 แห่ง และผู้รับทุนรอง 2 แห่ง เข้าร่วมในการอภิปรายกลุ่ม



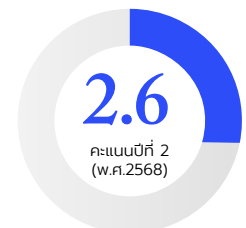
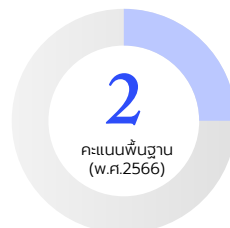
3. กระบวนการตรวจสอบยืนยันคุณค่าฐานคะแนนสำหรับพื้นที่การดำเนินงานด้านเอชไอวีได้รับการแจ้งและรับรองผ่านคณะทำงานวิชาการ ภายใต้คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในขณะที่ค่าพื้นฐานของคะแนนของพื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรคได้รับการแจ้ง และรับรองผ่านคณะทำงานความร่วมมือด้านวัณโรคด้วยการติดตามและการเลือกปฏิบัติ (S&D Working Group)



องค์ประกอบด้านวัณโรค

พื้นที่เชิงแผนงาน

การจัดการติดตามและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

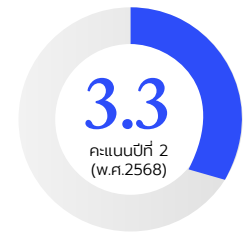
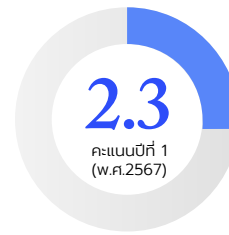
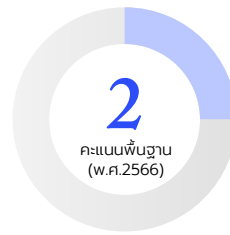


เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการมุ่งเน้นที่เข้มข้นขึ้นและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในประเด็นเหล่านี้ สิ่งนี้พิสูจน์ได้จากการดำเนินการสื่อสารที่หลากหลาย โดยเฉพาะ การมุ่งเน้นไปที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนให้ทำงานร่วมกันเป็นทีม และการรณรงค์ขับเคลื่อนนโยบายผ่านสื่อมวลชน แพลตฟอร์มออนไลน์ และการเข้าถึงชุมชนในพื้นที่ โครงการริเริ่มเหล่านี้ครอบคลุมทั้งการจัดการเลือกปฏิบัติในวงกว้างและการส่งเสริมสิทธิเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค เพศภาวะ และสิทธิด้านสุขภาพของประชากรข้ามชาติ
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดตั้งคณะทำงานความร่วมมือด้านวัณโรค (Collaborative TB Taskforce) เพื่อจัดการกับประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ รวมถึงการติดตามและการเลือกปฏิบัติ
- สนับสนุนกองทุนสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เช่น เอ็มฟันด์ (M-Fund) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในภาคสาธารณะและชุมชน
- ติดตามสถานการณ์ S&D และ HRG ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค
- ในส่วนของ S&D ไม่สามารถขยายพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ได้ เนื่องจากบางหน่วยงานไม่ได้บรรจขอบเขตของแผนงานที่ 1 (PA1) ไว้ในชุดกิจกรรมและกิจกรรมที่ชัดเจน ส่งผลให้ความครอบคลุมยังคงเท่าเดิมและไม่มีการขยายตัว

พื้นที่เชิงแผนงาน

การสร้างหลักประกันว่าบริการวัณโรคในสถานพยาบาล
ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงสิทธิเป็นฐาน

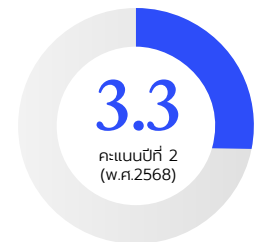
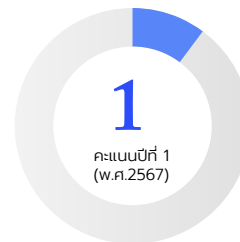


เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

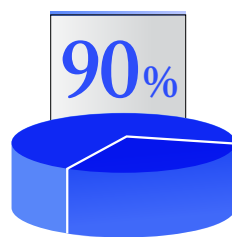
- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมุ่งเน้นที่เข้มข้นขึ้นและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน
- ประเทศไทยได้จัดทำแนวทางสำคัญสำหรับการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยวัณโรค แนวทางเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการวัณโรค ได้ทั่วประเทศผ่านแนวทางที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งเคารพสิทธิมนุษยชนในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ของประเทศ
- องค์การพัฒนาเอกชน นำไปสู่การขยายแนวทางการดำเนินงาน ดังนั้นขอบเขตการดำเนินงานจึงกว้างขึ้น
- เปลี่ยนจากการรักษาระบบการดูแลที่มีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการกินยา (DOTS) เป็นการดูแลที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (PCC) การเปลี่ยนแปลงนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อขับเคลื่อนการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การใช้เทคโนโลยี เช่น การสังเกตการกินยาผ่านวิดีโอ (Video DOTS) และแอปพลิเคชันต่าง ๆ

พื้นที่เชิงแผนงาน

การสร้างหลักประกันว่าการบังคับใช้กฎหมายยึด
ประชาชนเป็นศูนย์กลางและสิทธิเป็นฐาน



เงินทุนระหว่างประเทศ



งบประมาณภายในประเทศ

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการรณรงค์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและการสื่อสารเชิงนโยบายที่เข้าถึงหน่วยงานภาครัฐทั่วประเทศรวมถึงองค์กรภาคประชาสังคม
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรคและบูรณาการให้พวกเขากลับเข้าสู่แรงงานได้มากขึ้น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้ถอดวัณโรคออกจากรายชื่อโรคต้องห้ามสำหรับการสอบเข้ารับราชการพลเรือน หากผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง อาจสามารถได้รับการบรรจุ เป็นข้าราชการได้โดยกรณีของการส่งต่อผู้ป่วยข้ามพรมแดน มีความพยายามที่จะจัดประเภทผู้ป่วยวัณโรคให้อยู่ในกลุ่มโรคที่ไม่รุนแรง และควรมีการขยายแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ต่อไป
- ความพยายามต่างๆ รวมถึงการจัดทำร่างกฎหมายลำดับรองภายใต้ (ร่าง) พระราชบัญญัติบริหารจัดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการยุทธธรรม ควบคู่ไปกับการรณรงค์ขับเคลื่อนเพื่อผลักดันให้มีการประกาศใช้และบังคับใช้พระราชบัญญัติบริหารจัดการเลือกปฏิบัติอย่างเป็นทางการ
- การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงานจะต้องได้รับการแก้ไข และสิ่งนี้จะรวมถึงสถานที่ทำงานทุกประเภท ไม่ใช่เพียงสถานประกอบการเอกชนเท่านั้น กระทรวงแรงงานและนายจ้างควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยเช่นกัน



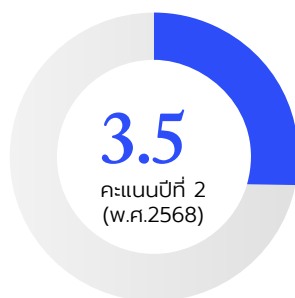
พื้นที่เชิงแผนงาน

ความรอบรู้ด้านกฎหมาย “สิทธิของคุณ”



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- การเพิ่มขึ้นของคะแนนความครอบคลุมเป็นผลมาจากการขยายกลไกการคุ้มครองสิทธิที่นำ โดยชุมชน โดยมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงเพื่อเพิ่มความรอบรู้ของผู้ป่วยภายในชุมชน เพื่อให้พวกเขามีความรอบรู้วิธีดูแลตนเอง ก่อนกลับเข้าทำงาน นายจ้างและสมาชิกในครอบครัว หรือญาติก็จำเป็นต้องมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับโรควันโรคเช่นกัน
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายขอบเขตการดำเนินงาน โดยมีหน่วยงานที่ให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยมากขึ้นซึ่งไม่จำกัดเฉพาะสิทธิการรักษาพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเปราะบาง เช่น ประชากรข้ามชาติ
- ความพยายามในการส่งเสริมการเข้าถึงการคัดกรองวันโรคและการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงนั้นครอบคลุมนอกเหนือไปจากบุคคลที่ได้รับสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ได้ดำเนินการจัดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม โดยอนุญาตให้หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถเบิกจ่าย ค่าใช้จ่ายสำหรับการคัดกรองวันโรค การค้นหาผู้ป่วย และบริการดูแลรักษาการติดเชื้อวันโรคระยะแฝง (LTBI) สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงได้ สิทธิประโยชน์เหล่านี้ครอบคลุมพลเมืองไทยทุกคน ไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เป็นผู้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย
- ความพยายามมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมข้อมูล เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันวันโรคสำหรับประชากรหลักในทุกสภาพแวดล้อม ตั้งแต่ระยะที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผ่านการรักษาวันโรคระยะลุกลามจนกว่าจะหายขาด และสร้างหลักประกันว่าข้อมูลนี้จะถูกเผยแพร่อย่างกว้างขวางไปยังประชากรเป้าหมายในทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ



พื้นที่เชิงแผนงาน

การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

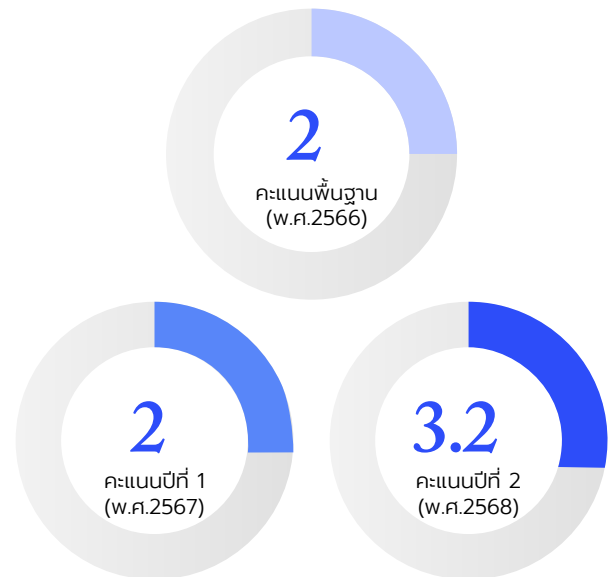
- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พ.ศ. 2568 โดยได้รับการสนับสนุนจากความพยายามของประเทศไทย ในการบูรณาการและขยายบริการด้านสิทธิมนุษยชนที่นำโดยชุมชนไปยังสภาพแวดล้อมอื่นๆ เช่น บริการสุขภาพที่นำโดยประชากรหลัก (KPLHS), ศูนย์บริการชุมชน (DIC), สถานีอนามัย และอื่น ๆ
- การขยายการดำเนินงานเพื่อจัดการกับการละเมิดสิทธิด้านวันโรคในระบบจัดการภาวะวิกฤต (CRS)
- ระบบการตอบสนองและรับฟังความคิดเห็นของชุมชน (CFRS) เกี่ยวข้องกับการติดตั้งระบบรับข้อร้องเรียนของชุมชนซึ่งครอบคลุมหลายประเด็น เช่น การกระทำของเจ้าหน้าที่หรือเพื่อนร่วมงานที่ละเมิดสิทธิในชุมชนประชากรข้ามชาติ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การร้องเรียนอย่างเดียว
- การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยวันโรคให้สอดคล้องกับกรอบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ เพื่อให้มั่นใจว่าพลเมืองทุกคนจะได้รับสิทธิที่เท่าเทียมกันในการควบคุมและป้องกันวันโรค

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน พ.ศ. 2568 โดยได้รับการสนับสนุนกำลัง จากความพยายามของประเทศไทย ในการผลักดันกฎหมายที่ถอดวันโรค ระยะแพร่เชื้อออกจากรายชื่อโรคที่เป็นลักษณะต้องห้าม ในการจ้างงานข้าราชการพลเรือน เพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลที่มีความประสงค์จะเข้ารับราชการจะได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกัน
- กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับวันโรคได้รับการติดตาม ตรวจสอบ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้มีการกำกับดูแลทางกฎหมาย แต่ยังคงขาดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ
- สนับสนุนให้มีการให้มีการขยายความคุ้มครองการเข้าถึง บริการสุขภาพผ่านการประกันสุขภาพ สำหรับผู้ที่ไม่ใช่ สัญชาติไทยและ การส่งเสริมร่างพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งจะครอบคลุมในทุกพื้นที่
- ส่งเสริมสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค โดยจ่ายตามรายการบริการ โรงพยาบาล สามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) สำหรับบริการคัด กรองการติดเชื้อวันโรคระยะแฝงสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ เกี่ยวข้องทั้งหมด

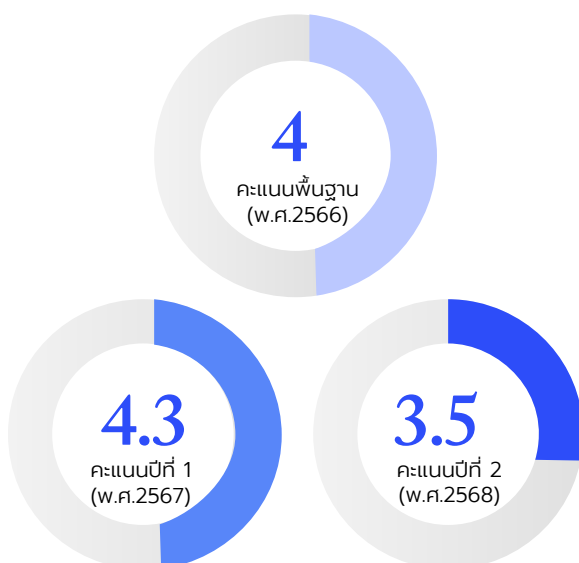
พื้นที่เชิงแผนงาน

การติดตามและการปฏิรูปกฎหมาย
กฎระเบียบ และนโยบาย



พื้นที่เชิงแผนงาน

การตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของ
ผู้อยู่ในเรือนจำและสถานที่ปิดอื่น ๆ

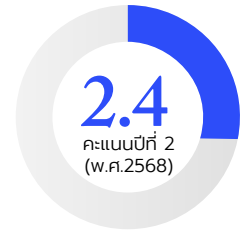


เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2567
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมวันโรคในเรือนจำและพื้นที่ปิดโดยมุ่งเป้าไปที่กลุ่มเปราะบาง โดยเน้นที่การคัดกรองและการค้นหาผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกในการวินิจฉัยรักษาซึ่งรวมถึงการดูแลหลังการปล่อยตัว โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกัน วันโรค ตลอดจนการสนับสนุนและ ส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านวันโรคในกลุ่มเปราะบาง
- เรือนจำมีแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและดำเนินการได้ โดยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ การศึกษา การจ้างงาน และการกลับคืนสู่สังคมของครอบครัว
- กองวันโรค ร่วมกับ กรมราชทัณฑ์กำลังดำเนินการมาตรการควบคุมวันโรคในเรือนจำ รวมถึงการจัดตั้งระบบติดตามผลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยวันโรคที่กลับคืนสู่สังคม จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะหายขาด

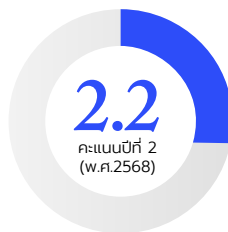
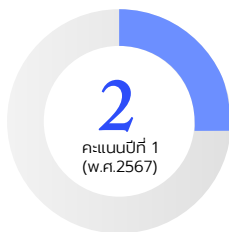
พื้นที่เชิงแผนงาน

การลดการเลือกปฏิบัติทางเพศภาวะ ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค
บรรทัดฐานทางเพศที่เป็นอันตราย และความรุนแรง



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พ.ศ. 2568 โดยได้รับการสนับสนุนกำลังความพยายามของประเทศไทในการขยายแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันการแสวงหาประโยชน์การล่วงละเมิด และการคุกคามทางเพศ (PSEAH) ของกองทุนโลก ไปยังพื้นที่ที่ครอบคลุมโดยผู้รับทุนรอง (SRs) ของกองทุนโลก ในขณะเดียวกัน กฎหมายสมรสเท่าเทียมของไทยได้รับการรับรองและประกาศใช้ ส่งผลด้านบวกและการขยายพื้นที่ดำเนินการ โครงการริเริ่มเหล่านี้ส่งเสริมให้องค์กรต่าง ๆ พัฒนาแผนปฏิบัติการที่มุ่งลดการเลือกปฏิบัติทางเพศที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศภาวะ
- ประเทศไทยได้ดำเนินการประเมินด้านเพศภาวะ (Gender Assessment) พ.ศ. 2568 ทางมูลนิธิริษัทไทย (PR-RTF) ในขณะที่การดำเนินงานด้านการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับวัณโรคในระดับชุมชน (TB O-9 S&D) กำลังดำเนินการโดยมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (PR-WVFT) ข้อค้นพบจากการประเมินทั้งสองส่วนจะนำมาใช้เพื่อระบุข้อจำกัดและช่องว่างในการออกแบบมาตรการแก้ไขปัญหารวมถึงการประมาณการงบประมาณที่จำเป็นในการลดการเลือกปฏิบัติทางเพศที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค บรรทัดฐานทางเพศที่เป็นอันตราย และความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศภาวะ
- มีความพยายามในการบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพจิตและ สังคมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาวัณโรค
- จัดให้มีการฝึกอบรมด้านการปกป้องคุ้มครอง (Safeguarding) ภายในองค์กรเพื่อลดความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศและส่งเสริมความเท่าเทียม



พื้นที่เชิงแผนงาน

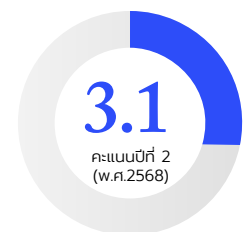
การระดมความร่วมมือทางสังคมและการขับเคลื่อน
นโยบาย รวมถึงการสนับสนุนประสบการณ์วัณโรค

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากชุมชนพยายามที่จะพลิกโฉมการทำงานด้านวัณโรคในยุคหลังโควิด
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดตั้งแผนงานกลุ่มสนับสนุนด้านวัณโรค อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงไม่ถาวรหรือยั่งยืน อาจจำเป็นต้องมีความพยายามที่เข้มแข็งขึ้นเพื่อบูรณาการแผนงานกลุ่มสนับสนุนเหล่านี้เข้ากับเครือข่ายเอชไอวีที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนมากขึ้น
- ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบาย การสื่อสาร และการระดมความร่วมมือทางสังคม (ACSM) เพื่อขับเคลื่อนความพยายาม ในการควบคุมและป้องกันวัณโรค โดยสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาเครือข่ายในทุกระดับและทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน

พื้นที่เชิงแผนงาน

คะแนนระดับประเทศ
(ค่าเฉลี่ยของพื้นที่เชิงแผนงานทั้ง 9 ด้าน)



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของขอบเขตงานตามแผนงาน (PAs) ทั้ง 9 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงสามปีที่ผ่านมา ซึ่งบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าในเชิงบวกในการขยายความครอบคลุมระดับประเทศและ การรวมกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาเงินอุดหนุนระหว่างประเทศอย่างมากสำหรับการดำเนินงานเหล่านี้ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ ควรมีการสนับสนุนความร่วมมือข้ามภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมการพัฒนาแผนปฏิบัติการที่จัดการมากกว่าแค่ด้านสุขภาพ ด้วยเงินอุดหนุนภายในประเทศ เพื่อให้มั่นใจถึงความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาวัณโรค

การอภิปรายและข้อจำกัด

พ.ศ. 2568 ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ เนื่องจากการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมใหม่และการปรับงบประมาณที่ไม่คาดคิด การถอนงบประมาณสนับสนุนของสหรัฐอเมริกา คำสั่งระงับการปฏิบัติงาน และการปรับปรุงงบประมาณกลาง ปีในช่วงไตรมาสที่ 6–7 (เมษายน ถึง กันยายน) ได้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ รวมถึงการติดตามและการเลือกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ แต่ก็พบความคืบหน้าในความพยายามด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการขยายการมีส่วนร่วมครอบคลุม 14 องค์กรจากหลากหลายภาคส่วนภายใต้คณะทำงานความร่วมมือด้านวัณโรค (Collaborative TB Task Force) ที่เป็นตัวแกนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและการเลือกปฏิบัติ สิ่งนี้นับเป็นการพัฒนาที่โดดเด่นเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2567 ที่การมีส่วนร่วมจำกัดอยู่เฉพาะหน่วยงานภายใต้โครงการกองทุนโลก แต่ พ.ศ. 2568 นี้ผู้ตอบแบบสอบถามมาจากองค์กรหลากหลายภาคส่วน ส่งผลให้คะแนนในภาพรวมสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม จาก 14 องค์กรที่ได้รับคัดเลือกในตอนแรก มี 4 องค์กรที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ทำให้เหลือเพียง 11 องค์กรที่ให้ข้อมูลที่จำเป็น

ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่การดำเนินงานด้านวัณโรค ทั้ง 9 ด้าน มีการพัฒนาที่ดีขึ้น สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า แม้จะมีข้อจำกัดด้านเงินทุน แต่ประเทศไทยได้พยายามขยายแผนงานริเริ่มด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ และการติดตามและการเลือกปฏิบัติ เพื่อจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการวัณโรคสำหรับกลุ่มประชากรหลัก นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมอย่างสมดุลของทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม ตลอดจนความร่วมมือของสถาบันวิจัยในการให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดบางประการ เช่น แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ของประเทศไทย ที่ไม่ได้ระบุแนวทางด้าน HRG และ S&D ไว้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังไม่มีแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านชุมชน สิทธิมนุษยชน และมีทิศทางเพศสำหรับวัณโรคที่มีการประเมินค่าใช้จ่าย (TB CRG National Costed Action Plan) สำหรับผู้ป่วยวัณโรค และงบประมาณที่จัดสรรแบบเฉพาะเจาะจงตามโครงการ ซึ่งไม่ครอบคลุมภาพรวมทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. ประเด็นด้าน HRG และควรถูกบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านวัณโรคฉบับถัดไป เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติ
2. ควรมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านชุมชน สิทธิมนุษยชน และเพศภาวะ สำหรับวัณโรคที่มีการประเมินค่าใช้จ่ายโดยกำหนดกรอบงบประมาณและส่งเสริมการลงทุนภายในประเทศให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อรับประกันความยั่งยืนของการดำเนินงาน

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

1. เพิ่มความชัดเจนของแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติเพื่อให้ครอบคลุมในหลายมิติรวมถึงด้านการศึกษาสุขภาพชุมชน (ที่เชื่อมโยงกับแรงงาน) กระบวนการยุติธรรมกฎหมายและสถานที่ทำงานเป้าหมายคือเพื่อขยายความร่วมมือเชิงกลยุทธ์ข้ามภาคส่วน และส่งเสริมการพัฒนาแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมนอกเหนือจากมิติด้านสุขภาพ
2. นำมุมมองแบบองค์รวมเกี่ยวกับวัณโรคมาใช้ซึ่งขยายขอบเขตเกินกว่ามิติโรคภัยไปสู่มิติทางสังคม พร้อมเน้นย้ำแนวทางที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered approach) ซึ่งคำนึงถึงกลุ่มเฉพาะ เช่น ประชากรที่ไม่ใช่คนไทย
3. สนับสนุนการรักษาที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้และสร้างไว้ “รัฐสิทธิของคุณ” ซึ่งสิทธิในการดูแลสุขภาพของแรงงาน รวมถึงการบูรณาการประเด็นเหล่านี้เข้าสู่วงจรการพิจารณาทุกวงงบประมาณ
4. ส่งเสริมการขับเคลื่อนชุมชนและการรณรงค์ระดับนโยบาย (Advocacy) รวมถึงการสนับสนุนกลุ่มผู้รอดชีวิตจากวัณโรค เช่น ขอบเขตงานตามแผนงานที่ 9 (PA9) การจัดตั้งโครงการรังสรรค์นวัตกรรม (Innovation sandbox) ในระดับ ชุมชน เป็นเครื่องมือสร้างต้นแบบเพื่อให้ชุมชนมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการวัณโรค
5. สนับสนุนการจัดตั้งรูปแบบการติดตามกำกับที่นำโดยชุมชนด้านวัณโรคในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรข้ามชาติ และบูรณาการเข้ากับการติดตามกำกับที่นำ โดยชุมชนด้านเอชไอวี
6. เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างผู้รับทุนหลัก (PRs) ทั้ง 3 หน่วยงาน เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านสิทธิและเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมซึ่งรวมถึงการติดตามร่วมกับผู้รับทุนหลัก กรมควบคุมโรคและผู้รับทุนรองในการบูรณาการข้อร้องเรียนด้านวัณโรคเข้าสู่ระบบการคุ้มครองสิทธิระดับชุมชน (CRS) ตลอดจนการใช้กลไกสหวิชาชีพด้านเอชไอวีระดับจังหวัดเพื่อจัดการกับประเด็นเหล่านี้ นอกจากนี้ ยังรวมถึงการร่วมมือกับผู้รับทุนหลักมูลนิธิรักไทย (PR-RTF) ในแผนงานการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะที่นำโดยชุมชน (CLHRG) และการติดตามกำกับที่นำโดยชุมชน (CLM) เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมชุมชนและกลไกของรัฐในการคุ้มครองสิทธิ



องค์ประกอบด้านเอชไอวี

พื้นที่เชิงแผนงาน
การจัดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติ
ในทุกบริบท



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นเนื่องจากการมุ่งเน้นที่เข้มข้นขึ้นและ การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของภาคประชาสังคมในพื้นที่เหล่านี้ ซึ่งเห็นได้ชัดจากการดำเนินกิจกรรมการสื่อสารและ การรณรงค์ระดับนโยบายที่หลากหลายผ่านสื่อมวลชน แพลตฟอร์มออนไลน์ และการเข้าถึงในระดับท้องถิ่น แผนงานริเริ่มเหล่านี้ครอบคลุมทั้งการจัดการเลือกปฏิบัติในวงกว้าง และการส่งเสริมสิทธิเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี มีทิศทางเพศ การใช้ยา การค้าประเวณี และสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีการมุ่งเน้นเชิงยุทธศาสตร์ไปที่กลุ่มประชากรเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติด (PUD) และกลุ่มประชากรข้ามชาติ ในช่วงวันรณรงค์สำคัญต่าง ๆ และการเปิดตัวโครงการในระดับท้องถิ่น
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมไปทั่วทั้ง 77 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 46,175,578 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มีหน่วยงาน 17 แห่งที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างเข้มข้น ยิ่งไปกว่านั้น แผนงานริเริ่มเหล่านี้ยังได้จัดการกับบริบทต่าง ๆ รวมถึงชุมชนและสังคม สุขภาพ การศึกษา และสถานที่ทำงาน หนึ่งในจุดเด่นสำคัญคือ โครงการนำร่องความร่วมมือ (ทองกุนโลก และ Focal Countries Collaboration (FCC)) ว่าด้วยสถานที่ทำงานที่ปราศจากการตีตราในกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมพื้นที่ 10 แห่ง โดยมุ่งเป้าไปที่การจัดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน (ภาคส่วนสุขภาพ การศึกษา และการทำงาน ในหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน และบริษัทเอกชน) รวมถึงการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อผลักดันร่างพระราชบัญญัติจัดการ เลือกปฏิบัติผ่านการเคลื่อนไหวร่วมกันระหว่าง “MovED” (เครือข่ายภาคประชาชนเพื่อการจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ) และ “GO-MovED” (การขับเคลื่อนของภาครัฐ)
- ความพยายามด้าน S&D และ HRG ได้ถูกบูรณาการเข้ากับการดำเนินการดำเนินงาน RRTTPR (การเข้าถึง-ค้นหาและชักชวน-ตรวจ-รักษา-ป้องกัน-ติดตามการรักษาหายดีและคงอยู่ในระบบบริการ) ใน 27 จังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึง การเข้ารับบริการ และการคงอยู่ในระบบบริการ ป้องกันและรักษาเอชไอวีและวัณโรค ตลอดจนปรับปรุงการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม สำหรับผู้ใช้สารเสพติดและแรงงานข้ามชาติ

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

1

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ยกระดับความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐ(โดยใช้ประโยชน์จากจุดแข็งด้านความครอบคลุมพื้นที่และการเข้าถึงประชาชนทั่วไป) และภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาแผนการสื่อสารผลลัพธ์และการติดตามอย่างเป็นระบบ แผนงานริเริ่มนี้ครอบคลุม 6 ภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ/สังคม สาธารณสุข การศึกษา สถานที่ทำงาน กระบวนการยุติธรรม และชุมชน สิ่งนี้จะถูกขับเคลื่อนโดยความร่วมมือของผู้รับทุนหลัก (PRs) ทั้ง 3 หน่วยงานและภาคีเครือข่ายร่วมกับคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์

2

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ทบทวนและนำบทเรียนที่ได้จากแผนงานริเริ่ม“สถานที่ทำงานที่ปราศจากการตีตรา” ในกรุงเทพมหานคร ไปปรับใช้กับจังหวัดต่างๆ ภายใต้รูปแบบระดับจังหวัด (Provincial Model) ที่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณของสหรัฐฯ และจังหวัดอื่น ๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก

3

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมความร่วมมือที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้นระหว่างผู้รับทุนหลัก (PRs) ทั้ง 3 หน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และคณะทำงานวิชาการ ของคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ โดยความร่วมมือนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานด้าน S&D ในทั้ง 6 ภาคส่วน รวมถึงการร่วมกันทบทวนแผนงานเมื่อสิ้นสุดรอบการรับทุนที่ 7 (Grant Cycle 7: GC7) และแผนปฏิบัติการที่กำลังจะมาถึง

พื้นที่เชิงแผนงาน

การรับประกันการให้บริการดูแลสุขภาพที่
ปราศจากการเลือกปฏิบัติ



ความท้าทายในอนาคต ปี พ.ศ. 2569

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมยังคงที่ เนื่องจากการดำเนินงานภายใต้แผนงานที่มีอยู่แสดงให้เห็นถึงความคืบหน้าอย่างสม่ำเสมอ มีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการยกระดับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี โดยการขยายขอบเขตให้ครอบคลุมถึงการป้องกันและการรักษาโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 42 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 24,052 คน จาก 33 องค์การที่ตอบแบบสำรวจ มี 7 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขัน นอกจากนี้แนวคิด P=U (ตรวจไม่พบเชื้อเท่ากับไม่แพร่เชื้อ) ได้ถูกบูรณาการเข้ากับ “ชุดบริการ 3x4” ควบคู่ไปกับการส่งเสริมหน่วยบริการสาธารณะและหน่วยบริการชุมชน
- การดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติตามแนวทาง “3x4” ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความก้าวหน้าตามแผนงาน คาดว่าจะบรรลุเป้าหมายความครอบคลุมร้อยละ 80 ของสถานพยาบาลใน 77 จังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์
- ในขณะเดียวกันมีการดำเนินงานของภาคประชาชน สังคมเพิ่มขึ้นในบริการสุขภาพทั้งของรัฐและ บริการสุขภาพที่นำโดยชุมชน (CLHS) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจัยบริบทและระดับภูมิภาค คะแนนเฉลี่ยโดยรวมจึงยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ความพยายามเหล่านี้มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมการจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติผ่านบริการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus) และการติดตามคุณภาพบริการผ่านการติดตามกำกับที่นำโดยชุมชน (CLM)

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

1

ขยายขอบเขตบริการและการดำเนินงานด้าน S&D และ HRG ให้ครอบคลุมโรคไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C Virus) การบำบัดทดแทนด้วยเมทาโดน (MMT) สารทดแทนอื่น ๆ ยาต้านโรคจิตเวช และการรักษาด้วยฮอร์โมนในสถานพยาบาลภายในเรือนจำ

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

2

ต่อยอดการดำเนินงานตามชุดบริการ 3x4 โดยส่งเสริมสถานพยาบาลที่ปราศจากการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการบูรณาการแผนงานลด S&D เข้ากับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA)

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

3

ขยายมาตรการลด S&D เป็นระยะโดยใช้ “แนวทางการดำเนินงานแบบองค์รวมระดับจังหวัด (Whole-Province Approach)” เริ่มต้นจาก 15-20 จังหวัดที่มีความสำคัญในลำดับต้น

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

4

แก้ปัญหาค่าความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง - UC) และสิทธิประกันสังคม ในส่วนของสิทธิประโยชน์ด้านยาต้านไวรัส(โดยเฉพาะการจัดยาต้านไวรัสให้ครอบคลุมระยะเวลา 6 เดือน

คะแนนความครอบคลุมลดลงการวิเคราะห์โดยละเอียดพบว่าสาเหตุนี้มาจากการเปลี่ยนความสนใจไปที่พื้นที่การดำเนินงานอื่น ๆ (เช่น PA 1, 4 และ)

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

5

นอกจากนี้ ยังเป็นไปได้ว่าผู้ปฏิบัติงานบางส่วนมองว่าการสร้างความตระหนักรู้ด้านสิทธิเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพื้นที่การดำเนินงานอื่น ๆ เช่น การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม



พื้นที่เชิงแผนงาน

ความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย "สิทธิของคุณ"

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 41 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 119,299 คน จากองค์ 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 6 หน่วย งานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างเข้มข้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในช่วงปีที่ผ่านมายังคงเผชิญกับข้อจำกัดในแง่ของความชัดเจนและการลงทุนในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายและความตระหนักด้านสิทธิ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดจากผู้บริหารระหว่างประเทศ เช่น คำสั่งระงับการปฏิบัติงานจากสหรัฐฯ ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมใหม่และการปรับงบประมาณโดยกองทุนโลก ส่งผลให้การขยายความครอบคลุม พ.ศ. 2568 หยุดชะงัก ซึ่งขัดขวางไม่ให้อาจขยายกิจกรรมในวงกว้างได้
- องค์การภาคประชาสังคมได้บูรณาการความรู้ความเข้าใจด้านสิทธิสำหรับเจ้าหน้าที่และแกนนำเข้าสู่กระบวนการฝึกอบรมด้านเอชไอวีและวัณโรค อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่ชัดเจนว่ามีการวัดผลหรือกลไกการติดตามที่มีประสิทธิภาพเพื่อตรวจสอบว่าผู้รับประโยชน์มีความเข้าใจในสิทธิของตนเองดีขึ้นอย่างแท้จริงหรือไม่
- สำนักงานอัยการสูงสุด (OAG) ได้เผยแพร่ความรู้ด้านสิทธิ โดยผนวกข้อความรณรงค์การไม่เลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีไปยังประชาชนใน 77 จังหวัด
- องค์กรอัยการภาคประชาสังคมและภาครัฐกำลังจัดแคมเปญอย่างเข้มข้น เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย สิทธิ และการป้องกันความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ (GBV)

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

1

พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสิทธิที่ชัดเจนยิ่งขึ้นพร้อมผลลัพธ์ที่วัดได้ เพื่อให้ประเมินประสิทธิภาพของกลไกที่ใช้และผลลัพธ์ที่ได้รับได้ดียิ่งขึ้น

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

2

เสริมสร้างศักยภาพในการบูรณาการงานด้านความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายและนโยบายสำหรับชุมชนเอชไอวีและวัณโรค รวมถึงคลินิกเคลื่อนที่ เพื่อส่งเสริมการ "รู้สิทธิของคุณ" ในระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมความตระหนักด้านสิทธิในระดับชุมชนผ่านแผนงานที่ยั่งยืน

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

3

ขยายแผนงานที่นำโดยชุมชน เช่น คลินิกเคลื่อนที่เพื่อส่งเสริมการ "รู้สิทธิของคุณ" เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและมีส่วนร่วม

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

4

กลับมาดำเนินงานและขยายกิจกรรมที่ถูกระงับ พ.ศ. 2568 โดยให้ความสำคัญกับจังหวัดและประชากรที่ได้รับผลกระทบจากช่องว่างของการบริการมากที่สุด





พื้นที่เชิงแผนงาน

การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการขยายกลไกการคุ้มครองสิทธิที่นำโดยชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้ไร้สารเสพติด (PUD) และประชากรข้ามชาติ
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 43 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 279,793 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 7 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขัน
- มีกลไกระบบการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต (CRS) ในรูปแบบทีมสหวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นและพร้อมดำเนินการใน 50 จังหวัด โดยมีการเชื่อมโยงกับทีมเจ้าหน้าที่กฎหมายชุมชนในบางระดับและบางพื้นที่
- โครงการนำร่อง HRG ที่นำโดยชุมชนด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาพจิต และสิทธิและกฎหมายสำหรับผู้ไร้สารเสพติดและแรงงานข้ามชาติได้รับการพัฒนาและดำเนินงานในหลายจังหวัด รวมถึงกรุงเทพมหานครและชลบุรี

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

1

ยกระดับระบบ CRS ใน 50 จังหวัด โดย

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพใน 50 จังหวัด
- เสริมความเข้มแข็งและขยายกลไกการประสานงานระหว่างรัฐบาลและภาคประชาสังคมเพื่อจัดการข้อร้องเรียน แก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ และรับประทันการติดตามผล

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

2

ประเมินโอกาสในการขยายความครอบคลุมของระบบ CRS ไปยัง 77 จังหวัด (รวมถึงการติดตามผลใน 50 จังหวัด) เพื่อให้มั่นใจว่า "การคุ้มครอง" กลายเป็นแผนงานหลักในการรับเรื่องร้องเรียนและทำหน้าที่เป็นกลไกการคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงกับกลไกท้องถิ่นอื่นๆ

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

3

การพัฒนาและเผยแพร่แนวทางสำหรับกลไกการร้องเรียนและการคุ้มครองจากการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี วัณโรค มีติทางเพศ และกลุ่มประชากรเปราะบาง

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

4

การอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินงานด้าน S&D และ HRG ในโปรแกรม C-FREE

พื้นที่เชิงแผนงาน

การรับประกันการบังคับใช้กฎหมายบนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการรณรงค์ระดับสาธารณะและการสื่อสารเชิงนโยบายที่เข้าถึงหน่วยงานภาครัฐทั่วประเทศ
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมไปทั่วทั้ง 77 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 121,485 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 3 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขันโดยความพยายามประกอบด้วยการพัฒนาร่างกฎหมายลำดับรองภายใต้พระราชบัญญัติจัดการเลือกปฏิบัติผ่านกระทรวงยุติธรรมควบคู่ไปกับการรณรงค์เพื่อผลักดันให้มีการตราและบังคับใช้พระราชบัญญัติจัดการเลือกปฏิบัติอย่างเป็นทางการ

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (กระทรวงแรงงาน) ได้เน้นย้ำประกาศกระทรวง 2 ฉบับที่เกี่ยวกับการไม่เลือกปฏิบัติด้านเชื้อชาติไปยังสำนักงานแรงงานจังหวัดทั่วประเทศ

ความท้าทายในอนาคต ปี พ.ศ. 2569

1

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ผลักดันการบังคับใช้พระราชบัญญัติจัดการเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติในระดับนโยบายและระดับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพในทุกบริบท

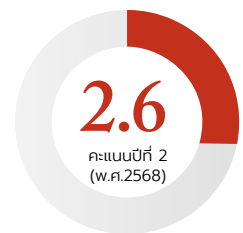
2

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การขยายการดำเนินงานไปยังเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เจ้าหน้าที่ภาคประชาสังคม และแกนนำเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้แน่ใจว่าการปฏิบัติงานตั้งอยู่บนหลักการสิทธิมนุษยชน

พื้นที่เชิงแผนงาน

การปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติและเชื้อชาติ/วัฒนธรรม



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมลดลงเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2567 แต่ยังคงสูงกว่าใน พ.ศ. 2566
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 31 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 240,631 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 4 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขัน
- แม้ว่าจะมีความพยายามในการปฏิรูปกฎหมายและนโยบายที่สร้างผลกระทบเชิงลบ เช่น การปฏิรูปกฎหมายยาเสพติดเพื่อลดการบังคับใช้ที่ละเมิดสิทธิ การตราพระราชบัญญัติสมรสเท่าเทียม การสนับสนุนการร่างพระราชบัญญัติจัดการเลือกปฏิบัติรวมถึงความก้าวหน้าในการขึ้นทะเบียน CLHRG เป็นหน่วยบริการตามมาตรา 3 ของ สป.สช. (NHSO) และการผลักดันให้บรรจุชุดบริการด้าน HRG ไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของ สป.สช. อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดยังคงมีอยู่เนื่องจากเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับความมั่นคงมากกว่าสุขภาพ



ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

ความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปฏิรูปกฎหมายและนโยบาย ได้แก่

1

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การยกเลิกความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติด ควบคู่กับการส่งเสริมมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) ที่อิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การยกเลิกความเป็นอาชญากรรมของการค้าประเวณี และการรับรองการคุ้มครองแรงงานและ สวัสดิการสังคมสำหรับพนักงานบริการทางเพศ

3

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การรณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติจัดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งครอบคลุมบริบทที่หลากหลายและรวมถึงกลไกการสืบสวนและการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนบทลงโทษและมาตรการบังคับใช้ในกรณีที่มีการละเมิด

4

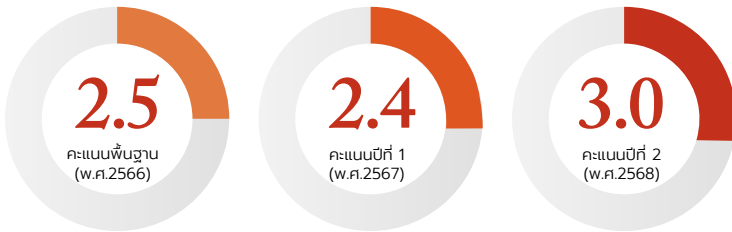
เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การปรับปรุงการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ ของประชากรข้ามชาติ

5

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การผลักดันให้มีการรับรองอัตลักษณ์ทางเพศตามกฎหมาย



พื้นที่เชิงแผนงาน

การลดการเลือกปฏิบัติทางเพศ
ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 73 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 170,104 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 6 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขัน
- ความพยายามประกอบด้วยความร่วมมือกับเครือข่าย MovED ในการเผยแพร่ความรู้ด้านเอชไอวี ลดการตีตราตนเอง และพัฒนาสื่อสารพิทักษ์สิทธิ์ ที่ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในกลุ่มที่มีอัตลักษณ์กับซ่อน มีการจัดบริการฮอร์โมนสำหรับหญิงข้ามเพศ (TGW) นอกจากนี้ ยังมีการเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างองค์กรภาคประชาสังคม (CSOs) และหน่วยบัญชาการรักษาดินแดน (รับผิดชอบการเกณฑ์ทหาร) เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRH) การรักษาด้วยฮอร์โมน และความหลากหลายทางเพศ

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

1

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

พิจารณาบูรณาการกิจกรรมต่างๆ เข้าสู่แผนระดับชาติ เช่น แผนปฏิบัติการด้านเอชไอวีและสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (SRH) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดโครงการ

2

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

พัฒนาสื่อและวัสดุการสื่อสารที่ปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มที่มีอัตลักษณ์กับซ่อน เช่น หญิงข้ามเพศ (TGW) ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และบุคคลในพื้นที่ชนบท เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลเข้าถึงประชากรทุกกลุ่ม

พื้นที่เชิงแผนงาน

การขับเคลื่อนชุมชนและการรณรงค์ระดับนโยบายด้านสิทธิมนุษยชน



เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- คะแนนความครอบคลุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566–2567 โดยมีข้อสังเกตว่าการลดลงนี้อาจเป็นเพราะผู้ปฏิบัติงานหลักในชุมชน เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (TNP+) ไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินในครั้งนี้ได้
- พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ใช้ความพยายามอย่างมากในการขยายความครอบคลุมใน 71 จังหวัด โดยเข้าถึงประชากรประมาณ 333,510 คน จากองค์กร 33 แห่งที่ตอบแบบสำรวจ มี 10 หน่วยงานที่กำลังดำเนินแผนงานในด้านนี้อย่างแข็งขัน
- มีความพยายามในการบูรณาการงานด้านการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เข้าสู่รูปแบบการให้บริการ RRTTPR และ RR (การเข้าถึงและค้นหาเพื่อส่งต่อสู่ระบบบริการ) สำหรับองค์กรภาคประชาสังคม พัฒนาหลักสูตร S&D สำหรับกลุ่มประชากรหลัก เช่น ผู้ใช้เสฟติด (PUD) และแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจควบคู่กับการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้เข้าร่วมกับเอชไอวีและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ
- การพัฒนา "เซียงใหม่โมเดล" ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รูปแบบการจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัตินี้เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของการบูรณาการการลด S&D เข้าสู่ระบบสาธารณสุขการศึกษา สถานที่ทำงาน และการสื่อสารสาธารณะ

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

- การประเมินผลการดำเนินงานด้าน S&D และ HRG ของกองทุนสุขภาพประชากรข้ามชาติ ที่เกี่ยวข้องกับ PA 3-6 และ 8 การประเมินนี้มุ่งเน้นไปที่สิทธิความยุติธรรมครอบคลุมและนโยบายและการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อพิจารณาผลกระทบในการเพิ่มการเข้าถึง การเข้ารับบริการ และการคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ (หมายเหตุ: การติดตามความก้าวหน้าในปี พ.ศ. 2568 ยังไม่ครอบคลุมการดำเนินงานของ M-Fund)

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

1

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

การเข้าถึงแหล่งทุนภายในประเทศ เพื่อสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคม (CSOs)

2

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ติดตามการดำเนินงานด้าน S&D และ HRG ผ่านการให้บริการแบบ RRTTPR เพื่อประเมินผลกระทบที่สามารถวัดผลได้โดยได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการบริการที่อิงหลักสิทธิมนุษยชนและ/หรือบริการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

3

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

ระดมความร่วมมือและทรัพยากรจากกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงที่รับผิดชอบด้านการศึกษา การจ้างงาน กระทรวงการยุติธรรม และสวัสดิการสังคม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานที่นำโดยชุมชน ซึ่งรวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี การลดอันตราย และสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมกับเอชไอวี ประชากรหลัก แรงงานข้ามชาติ และสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

4

เหตุผล/ข้อเสนอแนะ

สนับสนุนบริการด้านเอชไอวี สุขภาพ และสิทธิที่นำโดยชุมชน รวมถึงกลไก CLM โดยมุ่งเน้นที่แผนงานริเริ่มที่นำโดยเยาวชนสำหรับผู้ที่มีอัตลักษณ์กับซ้อน

2.57

คะแนนพื้นฐาน
(พ.ศ.2566)

2.71

คะแนนปีที่ 1
(พ.ศ.2567)

2.91

คะแนนปีที่ 2
(พ.ศ.2568)

พื้นที่เชิงแผนงาน

คะแนนระดับประเทศ (ค่าเฉลี่ยของคะแนนพื้นที่การดำเนินงานทั้ง 8 ด้าน)

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของขอบเขตการดำเนินงาน (PAs) ทั้ง 8 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา สิ่งนี้ถือเป็นสัญญาณเชิงบวกเกี่ยวกับการขยายความครอบคลุมระดับชาติและการรวมกลุ่มผู้รับประโยชน์เข้าไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาเงินทุนระหว่างประเทศอย่างหนักสำหรับการดำเนินงานเหล่านี้ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ



การอภิปรายและข้อจำกัด

พ.ศ. 2568 ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ เนื่องจากการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมใหม่และการปรับงบประมาณที่ไม่คาดคิด การถอนงบประมาณสนับสนุนของสหรัฐอเมริกา คำสั่งระงับการปฏิบัติงานและการปรับปรุงงบประมาณกลางปีในช่วงไตรมาสที่ 6-7 (เมษายน ถึง กันยายน) ได้ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ รวมถึงการติดตามและการเลือกปฏิบัติ แม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ แต่ก็พบความคืบหน้าในความพยายามด้านการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยมีการขยายการมีส่วนร่วมไปยังหน่วยงานกว่า 36 แห่งซึ่งเป็นตัวแทนจากหลากหลายภาคส่วนภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (กชอ.) สิ่งนี้นับเป็นการพัฒนาที่โดดเด่นเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2567 ที่การมีส่วนร่วมจำกัดอยู่เฉพาะหน่วยงานภายใต้โครงการกองทุนโลก

การมีส่วนร่วมที่กว้างขึ้น ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับแนวทางที่ยึดหลักสิทธิมนุษยชนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างในการปฏิบัติงานในพื้นที่การดำเนินงานหลายด้าน โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่ปราศจากการเลือกปฏิบัติ ความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายการปฏิรูปนโยบาย และการขับเคลื่อนชุมชน พื้นที่เหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาความก้าวหน้า ในการขจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ตลอดจนการรับประกันการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีอย่างเท่าเทียม

นอกจากนี้ เรายังมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนี้

- **ความไม่มั่นคงด้านเงินทุน:** การถอนการสนับสนุนจากแหล่งทุนอย่างกะทันหันและการปรับงบประมาณส่งผลกระทบต่อกิจกรรมที่วางแผนไว้ ทำให้ความต่อเนื่องและการขยายผลลดลง
- **ช่องว่างด้านแผนงาน:** ขอบเขตงานสำคัญ เช่น พื้นที่การดำเนินงานที่ 2 (PA2: การดูแลสุขภาพที่ปราศจากการเลือกปฏิบัติ), PA3 (ความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย), PA6 (การปรับปรุงนโยบาย) และ PA8 (การขับเคลื่อนชุมชน) เผชิญกับความท้าทายในการดำเนินงาน ซึ่งลดทอนผลกระทบโดยรวม
- **ขอบเขตของข้อมูล:** แม้ว่าการมีส่วนร่วมจะขยายไปยังหน่วยงาน 33 แห่งสำหรับงานด้านเอชไอวี และ 11 แห่ง สำหรับงานด้านวัณโรค แต่การเก็บรวบรวมข้อมูลยังคงต้องพึ่งพาข้อมูลที่รายงานด้วยตนเอง (Self-reported information) เป็นหลัก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องแม่นยำและความสามารถในการเปรียบเทียบ
- **ข้อจำกัดด้านเวลา:** การจัดลำดับความสำคัญของงานใหม่ในช่วงกลางปี ทำให้รอบเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการติดตามผลถูกบีบให้สั้นลงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความลึกซึ้งของมาตรการดำเนินงาน

ความท้าทายในอนาคต พ.ศ. 2569

1. ความร่วมมือที่สอดคล้องกันระหว่างผู้รับทุนหลัก ทั้ง 3 หน่วยงาน และคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอชไอวี ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมที่สำคัญระหว่างการทำงานและการดำเนินนโยบายระดับชาติ
2. การสร้างความชัดเจนถึงความเชื่อมโยงระหว่างงานด้าน S&D และ HRG กับมาตรการช่วยชีวิต (Life-Saving Interventions)
 - ระบุว่ากิจกรรมใดบ้างที่ถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบการป้องกันและการรักษา กำหนดว่ากิจกรรมด้าน S&D ใดที่ต้องได้รับการเน้นย้ำเพื่อสร้างความตระหนักรู้ รับประกันความสำคัญและ รักษาการดำเนินงานในระยะยาว
3. การพึ่งพาเงินทุนภายในประเทศที่เพิ่มขึ้น
4. การทบทวนแผนงาน (Program Review) ของแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติปัญหายาเสพติด และการพัฒนาแผนที่นำทางเพื่อความยั่งยืนของการทำงานด้านเอชไอวีระดับชาติ (The National HIV Sustainability Road Map - Part B)
 - การทบทวนจะครอบคลุมถึงการดำเนินงานที่ดำเนินการไปแล้ว ประเด็นที่ยังค้างอยู่ และกิจกรรมที่ยังไม่ได้ดำเนินการ
 - สำหรับประเด็น S&D และ HRG มีหลายองค์ประกอบที่มีความท้าทายแตกต่างกัน เช่น การมุ่งเน้นที่เพิ่มขึ้นในการสื่อสารสาธารณะ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับตัวชี้วัด KPI E1 พ.ศ. 2569

เราตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินการประเมินตัวชี้วัด KPI E1 ประจำปี พ.ศ. 2569 ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการติดตามความก้าวหน้าและรับประกันความยั่งยืนของงานด้านสิทธิมนุษยชน ที่เกี่ยวข้องกับวันโรคและเอชไอวีในประเทศไทย เหตุผลสนับสนุนที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

01

การติดตามความก้าวหน้าของแผนงานด้านสิทธิมนุษยชนและ (HRG) ในระดับชาติ

- การประเมิน KPI E1 เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาตารางคะแนนระดับชาติ (National Scorecard) ที่สะท้อนผลลัพธ์ของกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดอุปสรรคด้านสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงบริการวันโรคและเอชไอวี
- ข้อมูลจากการประเมินจะช่วยสื่อสารความก้าวหน้าและความคุ้มค่าของการลงทุน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

02

ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ระดับโลก

- การดำเนินงานตามตัวชี้วัด KPI E1 เป็นองค์ประกอบสำคัญของรอบการรับทุนที่ 8 (GC8) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจระดับโลกในการจัดการตีตราและ การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวันโรคและเอชไอวี
- การประเมิน พ.ศ. 2569 จะยืนยันว่าประเทศไทยยังคงปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ

03

ความสอดคล้องกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับชาติทั้งสองฉบับ

- พ.ศ. 2569 เป็นปีสุดท้ายของ "แผนปฏิบัติการระดับชาติว่าด้วยการจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีทุกรูปแบบที่มีการประเมินค่าใช้จ่าย" และ "แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2567 - 2569" ดังนั้น การประเมิน KPI E1 ในปีนี้จึงเป็นโอกาสสำคัญในการ
 - 1.สรุปผลลัพธ์ของแผนปฏิบัติการ 5 ปีที่มีการประเมินค่าใช้จ่าย
 - 2.เน้นย้ำความก้าวหน้าและระบุช่องว่างที่ยังคงอยู่
 - 3.วางรากฐานสำหรับการออกแบบแผนงานและกลไกความยั่งยืนในอนาคตด้าน S&D และ HRG

04

การเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบการติดตามและประเมินผล

- การประเมินอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างศักยภาพของ หน่วยงานระดับชาติในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำไปใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
- อีกทั้งยังส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในระบบสุขภาพและสิทธิมนุษยชน

05

- ผู้รับทุนหลักทั้ง 3 หน่วยงานได้แสดงความกังวลว่า เครื่องมือการให้คะแนนทำให้เกิดคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำ เนื่องจากเป็นการรวมข้อมูลจากระดับต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยพวกเขาเสนอแนะให้จัดหมวดหมู่ผู้ตอบแบบสอบถามออกเป็น 3 ระดับ (ระดับอนุภูมิภาค ระดับภูมิภาค และระดับชาติ) เพื่อให้สะท้อนถึงความก้าวหน้าในแต่ละระดับได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน จำนวนผู้เข้าร่วมประเมินที่มีจำกัด ทำให้ยากต่อการแบ่งรายละเอียดในลักษณะดังกล่าว



เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานวันโรคระดับโลก ปี 2568. เจนีวา: องค์การอนามัยโลก; 2568.
2. กองวันโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อยุติวันโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570). กรุงเทพมหานคร: กองวันโรค; 2566.
3. กองทุนโลก. คู่มือตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักสำหรับยุทธศาสตร์ ปี 2566-2571. เจนีวา: กองทุนโลก; 2566.
4. การประเมินและรายงาน KPI-E1 ประจำปีต่อกองทุนโลก (การขยายแผนงานเพื่อจัดการกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ
5. การประเมินอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับอุปสรรคด้านสิทธิมนุษยชนและมีทิศทางเพศต่อบริการด้านเอชไอวีและวันโรคในประเทศไทย 2566. กรุงเทพมหานคร: โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS); 2566.
6. การทบทวนแผนงานสำหรับความพยายามในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาลของไทย. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขและโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ, 2568. รายงานฉบับสมบูรณ์ ดัชนีการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2.0 ปี 2566.
7. แผนที่นำทางเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับชาติ - ส่วนที่ ก, 2567.

ภาคผนวก ก: คู่มือตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPIs) สำหรับยุทธศาสตร์ ปี 2566-2571

พื้นที่การดำเนินงานด้านวันโรค

1. การจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับวันโรค
2. การรับประกันบริการด้านวันโรคที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและในสถานพยาบาล
3. การรับประกันการปฏิบัติงานบังคับใช้กฎหมายที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลางและยึดตามสิทธิ
4. ความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย “รู้สิทธิของคุณ”
5. การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม
6. การติดตามและปฏิรูปกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และนโยบาย
7. การจัดการความต้องการ ของผู้ต้องขังในเรือนจำและสถานที่ปิดอื่น ๆ
8. การลดการเลือกปฏิบัติทางเพศ บรรทัดฐานทางเพศที่เป็นอันตราย และความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับวันโรค
9. การขับเคลื่อนชุมชนและการรณรงค์ระดับนโยบายรวมถึงการสนับสนุนกลุ่มที่นำโดยผู้รอดชีวิตจากวันโรค

พื้นที่การดำเนินงานด้านเอชไอวี

1. การจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในทุกบริบท
2. การรับประกันการให้บริการดูแลสุขภาพที่ปราศจากการเลือกปฏิบัติ
3. ความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย “รู้สิทธิของคุณ”
4. การเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม
5. การรับประกันการบังคับใช้กฎหมายที่ยึดตามสิทธิ
6. การปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอชไอวี/วันโรค
7. การลดการเลือกปฏิบัติทางเพศที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีบรรทัดฐานทางเพศที่เป็นอันตรายและความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กหญิงในทุกความหลากหลาย
8. การขับเคลื่อนชุมชนและการรณรงค์ระดับนโยบายด้านสิทธิมนุษยชน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการผ่านการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussions) กับผู้ให้ข้อมูลหลักจากหลากหลายภาคีเครือข่ายแผนงานด้านเอชไอวีและวันโรค ทั้งในภาครัฐ สถาบันวิจัย และภาคประชาสังคม รวมถึงผู้รับทุนหลักและผู้รับทุนรองภายใต้โครงการ STAR4 ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

ภาคผนวก ข: คำอธิบายสำหรับการตีความผลลัพธ์ตารางคะแนน
KPI E1: การขยายแผนงานเพื่อจัดการกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับประเมินพื้นที่ดำเนินงาน

ระดับคะแนน	ความหมาย
0	ไม่มีแผน
1.0	ทำครั้งเดียวในพื้นที่เฉพาะ
2.0	ครอบคลุมจังหวัด <20 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย < 35%
2.3	ครอบคลุมจังหวัด <20 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย 35- 65%
2.6	ครอบคลุมจังหวัด <20 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย > 65%
3.0	ครอบคลุมจังหวัด 20-50 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย < 35%
3.3	ครอบคลุมจังหวัด 20-50 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย 35-65%
3.6	ครอบคลุมจังหวัด 20-50 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย >65%
4.0	ครอบคลุมจังหวัด 50-90 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย < 35%
4.3	ครอบคลุมจังหวัด 50-90 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย 35-65%
4.6	ครอบคลุมจังหวัด 50-90 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย > 65%
5	ครอบคลุมจังหวัด > 90 % ของ 77 จังหวัดและเข้าถึงประชากรเป้าหมาย > 90%
โปรแกรมจะได้รับการประเมินว่าบรรลุเป้าหมาย เมื่อเกิดผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการบริการ	
เป้าหมาย	ก) แผนงานด้านสิทธิมนุษยชนที่ขยายผลครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ข) ความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลที่สมเหตุสมผลระหว่าง: แผนงานต่างๆ, การลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้าน HIV/TB

ภาคผนวก ค: องค์กรที่ให้คำปรึกษาผ่านแนวทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

พื้นที่การดำเนินงานด้านวัคซีน

1. ผู้รับทุนหลัก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (PR-DDC)
2. กองวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. กองโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
4. มูลนิธิเพื่อสิทธิความหลากหลาย (SR-FAIR)
5. ผู้รับทุนหลัก มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (PR-WVFT)
6. ผู้รับทุนหลัก มูลนิธิรักไทย (PR-RTF)
7. มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
8. สำนักงานวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
9. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (PRI)
10. กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข
11. สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI)

พื้นที่การดำเนินงานด้านเอชไอวี

1. เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (TNCA)
2. สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI)
3. เครือข่ายผู้ให้บริการประเทศไทย (TDN) ภายใต้ผู้รับทุนรอง มูลนิธิรักไทย (RTF-SR)
4. มูลนิธิแคร์แมท (CAREMAT Foundation)
5. องค์กรแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านเอดส์ (TBICA)
6. ศูนย์สร้างโอกาส สงขลา (Center for Opportunity in Songkla)
7. มูลนิธิเพื่อสิทธิและความเป็นธรรมทางเพศ (FOR-SOGI)
8. มูลนิธิเพื่อสิทธิความหลากหลาย (FAIR) ภายใต้ผู้รับทุนรอง มูลนิธิศุภนิมิตฯ (WVFT-SR)
9. มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย (TNAF)
10. มูลนิธิซิสเตอร์ (SISTER) ภายใต้ผู้รับทุนรอง มูลนิธิรักไทย ระยอง
11. เครือข่ายสุขภาพและโอกาส (HON)
12. เครือข่ายเยาวชนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประเทศไทย (TNY+)
13. มูลนิธิเครือข่ายผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (TWLHF)
14. มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (WVFT)
15. ผู้รับทุนรอง ศูนย์คากอลิกเพื่อแรงงานข้ามชาติ Stella Maris สงขลา (SR-STM)
16. มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
17. มูลนิธิเอ็มพลัส (Mplus)
18. มูลนิธิดรีมลอปเมนต์ (Dreamlopment Foundation)
19. มูลนิธิรักไทย (PR-RTF)
20. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- โครงการ S&D ชุดบริการ 3x4 โครงการ S&D การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) และชุดบริการ 3x4 ในเรือนจำ โครงการระบบการตอบสนองต่อวิกฤต (CRS)
- กลุ่มการสื่อสารสาธารณะ
21. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
22. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (BMA)
23. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (BMA)
24. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม
25. กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม
26. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
27. กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี
28. กองสวัสดิการแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน
29. สำนักเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์สิทธิมนุษยชน (สำนัก 14) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
30. สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) สำนักงานอัยการสูงสุด
31. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
32. สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร
33. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ