

การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์
ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็น
ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ.2544-2548



นางสาววิชนันทยา เรืองโพธิ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THAI GOVERNMENT IMPLEMENTATION IN SOLVING THE PROBLEMS OF
HIV/AIDS IN ACCORDANCE WITH “THE DECLARATION OF COMMITMENT
ON HIV/AIDS” IN HUMAN RIGHTS ASPECTS DURING 2001-2005

Miss Wichananya Ruengpho

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in International Relations

Department of International Relations

Faculty of Political Science


Chulalongkorn University

Academic Year 2007

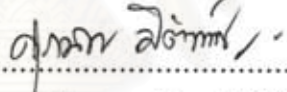
Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์	การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในการแก้ปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในประเด็นด้าน สิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548
โดย	นางสาววิชนันท์ยา เรืองโพธิ์
สาขาวิชา	ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระ สมบูรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์


คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

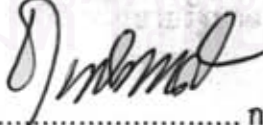

..... คณะบดีคณะรัฐศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.จรัส สุวรรณมาลา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภมิตร ปิติพัฒน์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระ สมบูรณ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูเกียรติ พันัสพรประสิทธิ์)

วิชานันท์ยา เรื่องโพธิ์: การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอ็ดส์ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548. (THAI GOVERNMENT IMPLEMENTATION IN SOLVING THE PROBLEMS OF HIV/AIDS IN ACCORDANCE WITH "THE DECLARATION OF COMMITMENT ON HIV/AIDS" IN HUMAN RIGHTS ASPECTS DURING 2001-2005) อ.ที่ปรึกษา: ผศ.ดร.วีระ สมบูรณ์ อ.ที่ปรึกษาร่วม: ผศ.ดร. ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์ ,299 หน้า.

วิทยานิพนธ์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือระหว่างประเทศของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอ็ดส์ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาความมั่นคงของโลกยุคใหม่ โดยมุ่งศึกษาความก้าวหน้าในการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ตลอดจนศึกษาถึงผลการดำเนินงานและอุปสรรคที่เกิดขึ้น กรอบความคิดที่ใช้ คือ แนวคิดความร่วมมือระหว่างประเทศในมุมมองของ Neoliberalism และแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของรัฐบาลมีความก้าวหน้าในเชิงนโยบายส่วนหนึ่ง สอดคล้องกับพันธกรณีในปฏิญญาฯ กล่าวคือ รัฐบาลมีนโยบายขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ 50,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และมีนโยบายปกป้องสิทธิแรงงานในสถานประกอบการ โดยมีประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ ในปี พ.ศ.2548 รวมทั้งการอนุมัติให้ยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเฉพาะ ในปี พ.ศ. 2548 อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานทางด้านสิทธิมนุษยชนของรัฐบาลยังไม่มีประสิทธิผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่รัฐบาลไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่เพื่อยับยั้งการละเมิดสิทธิ การส่งเสริมระบบเศรษฐกิจการค้าเสรีที่ไม่ส่งเสริมสิทธิ การจัดสรรงบประมาณไม่ทั่วถึงกลุ่มประชากรชายขอบ การขาดการมีส่วนร่วมของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจ การไม่มีข้อมูลที่ดีขึ้นเกี่ยวกับผลกระทบของประชาชนและสิทธิประชาชน เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยพบว่าอุปสรรคของดำเนินงาน คือ นโยบายรัฐบาล งบประมาณ ทัศนคติ และระบบราชการ

ภาควิชา ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ลายมือชื่อนิสิต..... วิชานันท์ยา เรื่องโพธิ์
 สาขาวิชา ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ปีการศึกษา 2550 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4781146024 : MAJOR INTERNATIONAL RELATIONS

KEY WORD: INTERNATIONAL COOPERATION / HIV/AIDS / HUMAN RIGHTS/

WICHANANYA RUENGPHO : THAI GOVERNMENT IMPLEMENTATION IN SOLVING THE PROBLEMS OF HIV/AIDS IN ACCORDANCE WITH "THE DECLARATION OF COMMITMENT ON HIV/AIDS" IN HUMAN RIGHTS ASPECTS DURING 2001-2005. THESIS ADVISOR : ASIST. PROF. VIRA SOMBOON Ph.D, THESIS COADVISOR : ASIST. PROF. PAVIKA SRIRATANABAN Ph.D, 299 pp.

The aim of this thesis is to study the international cooperation in solving the problem of HIV/AIDS which a global security issue in the contemporary world. The study emphasizes on the progress of the implementation of the Thai government in compliance with the Declaration of Commitment on HIV/AIDS during 2001-2005 especially in human rights aspects, including its results and obstacles. The conceptual frameworks for the study are based on the Neoliberalism concept of international cooperation and rights-based approach.

The study finds that Thai government has improved the policy implementation in compliance with the declaration in certain areas such as providing ART to 50,000 people living with HIV/AIDS through the NAPHA by the end of the year 2004, initiating the policy to protect labour's rights in working places by notification of the Ministry of Labour on the code of practice on prevention and management of HIV/AIDS in the establishment in 2005, and drafting the code to protect the rights of people living with HIV/AIDS and AIDS patient as well. However, the implementations of the Thai government in human rights aspects were quite inefficient particularly in terms of the government's legal enforcement against violations of rights, free trade policies affecting human rights promotion, insufficient allocation of the budgets and resources for marginalized people, lack of participation of rights holder in decision-making process, lack of the information about how the problems affect people and their rights, etc. This study also finds that the obstacles were due to government policies, budgets, attitudes, and the bureaucratic system.

Department International Relations Student's signature.....*Wichananya Ruengpho*.....

Field of study International Relations Advisor's signature.....*Vira Sombon*.....

Academic year 2007 Co-advisor's signature.....*Pavika*.....

กิตติกรรมประกาศ

กว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องใช้เวลาในการศึกษาถึง 2 ปีเต็ม ตลอดระยะเวลาในการศึกษานั้นผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีระสมบูรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ เป็นอย่างสูงสำหรับความเมตตาและอดทนกับความไม่รู้ของศิษย์คนนี้ และสละเวลาให้คำปรึกษาคอยแนะนำการเขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภมิตร ปิติพัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูเกียรติ พันธ์พรประสิทธิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคณาจารย์ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอขอบคุณการสนับสนุน การอนุเคราะห์ข้อมูลวิจัยจากหน่วยงานราชการ และองค์กรต่างๆ มากมาย ได้แก่ พี่กมล อุปแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ พี่จารุณี ผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และพี่ๆผู้ติดเชื้อเครือข่ายผู้ติดเชื้อ พี่สุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และเจ้าหน้าที่ พี่ภัทร กพอ. คุณกนิษฐา คุณสุรศักดิ์ คุณสุธิตา กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คุณอรวรรณ UNAIDS ประเทศไทย คุณจิระเจต กองการสังคม กรมองค์การระหว่างประเทศ คุณป้องพล คุณอดิศักดิ์ ฝ่ายแผนฯ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด และอาจารย์รุจยา อากาศ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณเจ้านายที่ทำงาน พี่ๆ และเพื่อนร่วมงานทุกคนที่คอยช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจให้ ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษสำหรับพี่ธนิดา พี่กาญจนา พี่อชิปติ พี่พิมพรรณ และวันวิสา ขอขอบคุณฮาฟิสและเพื่อนร่วมรุ่นที่เรียนมาด้วยกันทุกคนที่คอยช่วยกระตุ้น ให้คำแนะนำ และช่วยตรวจงานให้ ตลอดจนถึงขอขอบคุณพี่วางคณากับการคอยให้สติ พี่มัชฌิมาและรุ่นพี่ทุกท่านที่คอยห่วงใย ขอขอบคุณมิตรแท้ของผู้วิจัยทุกคนที่มีน้ำใจช่วยเหลือ ขอขอบคุณวิชุดาเพื่อนรักที่ส่งหนังสือมาให้จากแดนไกลและคอยเคี่ยวเข็ญให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์ให้เสร็จ ขอขอบคุณมีนาสารเถื่อนเก่งของผู้วิจัย ขอขอบคุณภัทรสำหรับกำลังใจ ความอดทนและคอยช่วยเหลือผู้วิจัยทุกอย่างเท่าที่ทำได้

และสุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัยคุณพ่อ คุณแม่ และพี่สาวกับการสนับสนุนผู้วิจัยทุกด้านตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ซึ่งถือเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้มีพลัง สมาธิ และสติปัญญา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญคำย่อ.....	ฎ
สารบัญตาราง.....	ฏ
สารบัญแผนภาพ.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
สารบัญกล่องข้อความ.....	ด
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	11
1.3 ขอบเขตการศึกษา.....	11
1.4 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	12
1.5 สมมติฐานของการศึกษา.....	16
1.6 วิธีการวิจัยและเก็บข้อมูล.....	17
1.7 เอกสารที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	18
1.8 แหล่งศึกษาค้นคว้าที่สำคัญ.....	18
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
1.10 เนื้อหาของงานวิจัย.....	19
2 สํารวจวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	20
2.1 สํารวจวรรณกรรม.....	20
2.1.1 งานเขียนที่เกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ.....	20
2.1.2 งานเขียนที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์.....	22
2.1.3 งานเขียนที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์.....	24
2.2 กรอบความคิดในการศึกษา.....	27
2.2.1 แนวความคิดความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation) ในมุมมอง Neoliberalism.....	27
2.2.2 แนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights-Based Approaches).....	29

บทที่	หน้า
3	52
3.1	52
3.2	56
3.3	60
3.3.1	61
3.3.2	62
3.3.3	63
3.4	63
3.4.1	64
3.4.2	64
3.4.3	65
3.4.4	66
3.5	70
3.5.1	70
3.5.2	74
3.6	79
3.6.1	84
3.6.2	85
3.6.3	87
3.7	90
3.7.1	90
3.7.2	90
3.7.2.1	90
3.7.2.2	91
3.7.2.3	91
3.7.3	92
สรุปท้ายบท	95

บทที่	หน้า
4 ประเทศไทยภายใต้ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์: การดำเนินงานของ รัฐบาลไทยในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548.....	97
4.1 ภูมิหลังการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศไทย.....	97
4.1.1 สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย.....	102
4.1.2 สถานการณ์สิทธิมนุษยชนด้านโรคเอดส์ในประเทศไทย.....	107
4.2 การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของ รัฐบาลไทย.....	108
4.2.1 องค์การสหประชาชาติ.....	109
4.2.2 องค์การอนามัยโลก.....	109
4.2.3 โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.....	110
4.2.4 โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ	110
4.2.5 กองทุนโลก.....	112
4.2.6 องค์การสาธารณสุขประโยชน์นานาชาติ.....	113
4.2.7 รัฐต่าง ๆ.....	114
4.3 การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของประเทศไทย.....	116
4.4 การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์.....	120
4.5 การดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544 – 2548.....	124
4.5.1 การเคารพสิทธิ.....	125
4.5.2 การปกป้องสิทธิ.....	128
4.5.3 การดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ.....	139
สรุปท้ายบท.....	141
5 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง โรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548.....	143
5.1 สรุปภาพรวมการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง โรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544 – 2548.....	143
5.1.1 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการเคารพสิทธิ.....	143
5.1.2 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการปกป้องสิทธิ.....	146
5.1.3 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุ ผลสำเร็จ.....	150
5.2 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลในทางปฏิบัติตามกรอบแนวคิด การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน.....	155

บทที่	หน้า
5	5.2.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย กฎหมายและโครงการต่าง ๆ.....155
	5.2.1.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านสาธารณสุข.....155
	5.2.1.2 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านเอดส์ในการปกป้องสิทธิ และคุ้มครองสิทธิแรงงาน..... 160
	5.2.2 การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิ... 162
	5.2.3 การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพิ่มขึ้นแก่ประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบ และกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง..... 165
	5.2.4 การเปลี่ยนแปลงในด้านการตระหนักรู้ ทศนคติ พฤติกรรม แนวปฏิบัติ บรรทัดฐาน และคุณค่า (ค่านิยม)..... 173
	5.2.5 การปรับปรุงในด้านคุณภาพและการตอบสนองต่อปัญหาของสถาบัน และหน่วยงานที่ให้บริการต่าง ๆ..... 179
	5.2.6 ระบบเศรษฐกิจที่ส่งเสริมสิทธิ..... 181
	5.2.7 การมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจ และในการเรียกร้องสิทธิของตน..... 184
	5.2.8 ข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับประชาชนและสิทธิของประชาชน..... 189
5.3	สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของรัฐบาล..... 196
	5.3.1 นโยบายรัฐบาล..... 196
	5.3.2 งบประมาณ..... 197
	5.3.3 ทศนคติที่ยังไม่เปลี่ยน..... 199
	5.3.4 ระบบราชการ.....201
	สรุปท้ายบท.....202
6	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 204
	6.1 สรุปผลการวิจัย..... 204
	6.2 ข้อเสนอแนะ..... 214
	รายการอ้างอิง.....216
	บรรณานุกรม.....228
	ภาคผนวก235
	ภาคผนวก ก ลำดับเหตุการณ์ความเป็นมาของเอชไอวี/เอดส์และการต่อสู้ของ ประชาคมโลก..... 236
	ภาคผนวก ข ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ฉบับเต็ม (ภาษาอังกฤษ)..... 242

ภาคผนวก ค Special session of the General Assembly on HIV/AIDS Round table 2 HIV/AIDS and Human right.....	258
ภาคผนวก ง ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการ ต้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ.....	265
ภาคผนวก จ สรุปผลการประชุมคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์ การแก้ไขปัญหาคความยากจน.....	268
ภาคผนวก ฉ สรุปผลการประชุมการซักซ้อมความเข้าใจและรายงานความคืบหน้า การดำเนินงานของฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนากฎหมาย และคณะเจรจาข้อตกลงฯ ทุกคณะ.....	270
ภาคผนวก ช ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	277
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	299



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญย่อ

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ART	Antiretroviral therapy
ARV	Antiretroviral
ASO	AIDS-response Standard Organization
ATC	Access to care
ATFOA	ASEAN Task Force on AIDS
AZT	Zidovudine
CD4	Immune cell that is a target for HIV (also called T-cell)
CDC	United States Centers for Disease Control
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CHC	Convention on the Rights of the Child
ddi	Didanosine
FTA	Free Trade Area
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria
GMHC	Gay Men's health Crisis
GMS	Greater Mekong Subregion
GPA	Global Programme on AIDS
HDR	Human Development Report
HIV	Human immunodeficiency virus
ICASO	International Council of AIDS Service Organization
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Right
ICERD	International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination
ICESCR	International Covenant on Economic and Social and Cultural Rights
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
MOU	Memorandum of Understanding
MSF	Médecins sans Frontières
MSM	Men who have sex with men

สารบัญย่อ (ต่อ)

NAPCC	National AIDS Prevention and Control Committee
NAPHA	National Access to Antiretroviral Program for People Living with HIV/AIDS
NGOs	Non government Organizations
OHCHR	Office of High Commissioner for Human Rights
PWHA	People who living with HIV/AIDS
TBCA	Thailand Business Coalition AIDS
TNP+	Thai Network of People Living with AIDS
TRIPS	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
SFAF	San Francisco AIDS Foundation
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	United Nations
UNAIDS	Jointed United Nations of Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGA	United Nations General Assembly
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNHCR	The Office of the UN High Commissioner for refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNIFEM	United Nations Development fund for Women
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปความเป็นมาแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน.....	33
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการแพร่ระบาดของโรคชนิดต่างๆ.....	54
ตารางที่ 3 หน่วยงานของสหประชาชาติที่ประสานความร่วมมือแก้ไขปัญหาโรคเอดส์.....	69
ตารางที่ 4 นโยบายเอดส์ของสถานประกอบกิจการและทัศนคติของพนักงานใน สถานประกอบกิจการ.....	175
ตารางที่ 5 สรุปผลการดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์.....	194



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

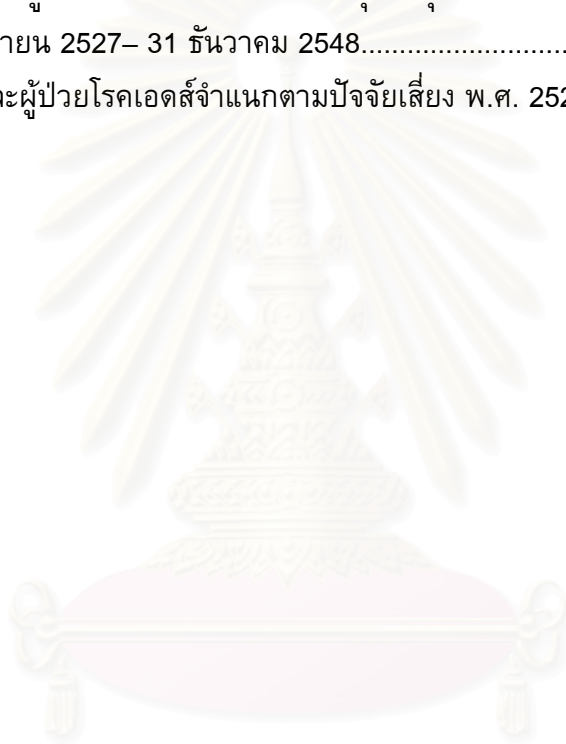
สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 สนธิสัญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ.....	36
แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิและเจ้าของสิทธิ ตามแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน.....	44
แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐไทยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ และประชาชน ตามแนวความคิด การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน.....	45
แผนภาพที่ 4 จำนวนเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2546.....	58
แผนภาพที่ 5 สรุปความเป็นมาของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์.....	74

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลก โดยประมาณ พ.ศ. 2542-2546.....	59
แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ทั่วโลก พ.ศ. 2546.....	60
แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำแนกรายปี ตามปีที่เริ่มป่วย ภายในประเทศไทย พ.ศ. 2527-31 ธันวาคม 2548.....	103
แผนภูมิที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุ ภายในประเทศไทย กันยายน 2527– 31 ธันวาคม 2548.....	104
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527-31 ธันวาคม 2548.....	104



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญถ่วงข้อความ

	หน้า
ถ่วงข้อความที่ 1 แนวทางและมาตรการการการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอ็ดส์ (พ.ศ.2545-2549).....	101
ถ่วงข้อความที่ 2 คำปราศรัยของนายไพศาล ต้นอด.....	119
ถ่วงข้อความที่ 3 สิทธิพื้นฐานของลูกจ้าง.....	135
ถ่วงข้อความที่ 4 คำสัมภาษณ์สุภัทรา นาคะผิว เรื่องกฎหมายคุ้มครองสิทธิ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์.....	188



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่สงครามเย็นสิ้นสุดลง ระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ โลกเรามีความซับซ้อนและมีการพึ่งพาอาศัยกันในระดับที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน¹ การติดต่อสร้างความสัมพันธ์ของตัวแสดงต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศมีเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ทั้งในแง่ของการสร้างความร่วมมือ (cooperation) และความขัดแย้ง (conflict) ความร่วมมือและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นนี้มีทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับรัฐ และรัฐกับตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากกระบวนการโลกาภิวัตน์ซึ่งเชื่อมโยงโลกเข้าด้วยกันทุกมิติ ส่งผลให้ปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นสามารถแพร่ขยายได้ทั่วโลก ปัญหาที่เกิดขึ้น อาทิ ปัญหาทางการเมือง เศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาอาชญากรรม การก่อการร้าย อาชญากรรมข้ามชาติ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาสิทธิมนุษยชน เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการโลกาภิวัตน์ก่อให้เกิดประเด็นปัญหาที่หลากหลายและชัดเจนมากขึ้นในศตวรรษที่ 21 ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ล้วนแล้วแต่เป็นประเด็นปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลก จึงส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อการดำเนินกิจการระหว่างประเทศด้วย และจะสังเกตเห็นได้ว่าแนวทางการแก้ไขประเด็นปัญหาต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศของตัวแสดงต่างๆ ส่วนใหญ่นั้นจะอาศัยความร่วมมือในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นปัญหาหนึ่งในโลกยุคใหม่ที่เป็นภัยคุกคามคนทั้งโลก ด้วยความรุนแรงของโรคและอัตราการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างรวดเร็วมาตลอดกว่าสองทศวรรษ “เอดส์” เป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องหรือเสื่อมไปเพราะถูกทำลายโดยไวรัสตัวเล็กๆ ชนิดหนึ่ง ที่เรียกว่า เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) หรือ เชื้อเอดส์ (AIDS*) ซึ่งมีอานุภาพร้ายแรงมากจนกระทั่งถึงวันนี้ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ยังไม่สามารถเอาชนะได้

¹ David N. Balam and Michael Veseth eds., *Reading in International Political Economy* (New Jersey: Prentice-Hal, Inc., 1996), p. 7.

* ตัวอย่างจากทั้ง 4 ตัวอักษรมีความหมายดังนี้ คือ A ย่อมาจาก Acquired หมายถึง ได้รับมา

I ย่อมาจาก Immune หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกัน D ย่อมาจาก Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง

S ย่อมาจาก Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ

โรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์พบครั้งแรกในทวีปแอฟริกา จากนั้นก็แพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆ ของโลกอย่างรวดเร็วและกลายเป็นโรคร้ายที่น่ากลัวคร่าชีวิตชาวโลกไปมากมาย โจนธาณ มานน์² อดีตผู้อำนวยการคนแรกของโครงการโรคเอดส์แห่งองค์การอนามัยโลก ทำการประมวลการศึกษาจากทั่วโลก และได้ข้อสรุปว่าในเวลาเพียง 10 ปี หลังจากที่ยังการแพทย์ในสหรัฐฯ ค้นพบและรู้จักโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2524 (ค.ศ. 1981) โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกไม่ว่าจะเป็นทวีปอเมริกา ยุโรป เอเชีย รวมไปถึงทวีปเล็กๆ ในหมู่เกาะแปซิฟิกตอนใต้ ทำให้เห็นว่าพรมแดนทางภูมิศาสตร์ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมไม่สามารถสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคได้ จากรายงานของธนาคารโลกเรื่อง “World Development Report 1993: Investing in Health”³ ซึ่งให้เห็นถึงปัญหาโรคเอดส์ที่ได้แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางทั่วโลกในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) และพบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในขณะนั้นเป็นประชากรส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา

โรคเอดส์ขยายตัวกลายเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาทางมนุษยธรรมที่สำคัญของคนทั่วโลก โรคเอดส์คร่าชีวิตผู้คนในโลกมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และกว่า 42 ล้านคนเป็นผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ ดังนั้น ประเด็นปัญหานี้จึงถือเป็นปัญหาสำคัญของคนทั้งโลก การดำเนินการแก้ไขปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์นั้น องค์การระหว่างประเทศถือเป็นตัวแสดงหลักในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่ริเริ่มและมีบทบาทเป็นผู้นำในการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) เป็นองค์กรที่มีบทบาทหลักในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่มาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่เริ่มศตวรรษที่ 21 มีการจัดการประชุมสุดยอดรับสหัสวรรษใหม่ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Millennium Summit) ที่สำนักงานใหญ่ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 6 ถึง 8 กันยายน พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ในการประชุมครั้งนี้ที่ประชุมได้ออกประกาศร่วมกัน คือ ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Declaration) มีเนื้อหาครอบคลุมถึงเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) โดยหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ คือ การขจัดโรคภัยและโรคร้ายแรงต่างๆ เพื่อมวลมนุษยชาติ ซึ่งโรคเอดส์เป็นประเด็นปัญหาที่ประเทศสมาชิกต่างมีทัศนคติตรงกันถึงภัยคุกคามจากโรคเอดส์ จึงนำมาซึ่งการวางแผนหาแนวทางยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคและลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด⁴ นอกจากนี้ หน่วยงานส่วนต่างๆ ของสหประชาชาติไม่ว่าจะเป็นโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) กองทุนช่วยเหลือเด็กสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การอนามัยโลก (WHO) ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการ

² Jonathan Mann, *AIDS in the World* (New York: Harvard University Press, 1992), pp. 841-843.

³ World Bank, *World Development Report 1993 : Investing in Health* (Washington D.C: World Bank, 1993), pp. 99-107.

⁴ “รูดม่านประชุมสุดยอด “ยูเอ็น” ประกาศขจัดความยากจนโลก,” มติชนรายวัน (10 กันยายน 2543): 2.

สร้างความร่วมมือระดับนานาชาติในการจัดการกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ด้วยเช่นกัน

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศทั่วโลกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์โรคเอดส์เช่นกัน สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น เริ่มมีรายงานการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี พ.ศ. 2527 โดยในระยะแรกพบการระบาดในชายรักร่วมเพศ หญิงบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด หลังจากนั้นแพร่ระบาดไปยัง ชายรักร่วมเพศ หญิงทั่วไป และทารกจากการติดเชื้อจากมารดา ช่วงที่มีการระบาดสูงสุด คือ ระหว่าง พ.ศ. 2532-2535 ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดในหญิงบริการทางเพศและผู้ที่ใช้บริการ อย่างไรก็ตาม จากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในประชากรกลุ่มต่างๆ ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการชะลอตัวและอัตราการความชุกเริ่มลดลงในประชากรทุกกลุ่มตัวอย่างยกเว้นกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่ยังมีความชุกของการติดเชื้อสูงอยู่⁵

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2547 พบผู้ติดเชื้อแล้วมากกว่า 1 ล้านคน จำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้วมากกว่า 400,000 คน⁶ ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 570,000 คน ในจำนวนนี้มีชีวิตพบว่าเป็นกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ถึง 70,000 คน โดยร้อยละ 60 เป็นกลุ่มผู้หญิง⁷ เป็นที่คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ราว 508,323 คน และประมาณ 60,052 คน เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องการการรักษา⁸ สำหรับแนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของทางภาครัฐ เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2534 แผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในช่วงแรกนั้น รัฐบาลจะเน้นไปที่การป้องกันการรักษา โดยกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้เป็นนโยบายระดับชาติเป็นครั้งแรก ในช่วงของรัฐบาลนายกรัฐมนตรีนายอานันท์ ปันยารชุน รัฐบาลได้ประกาศนโยบายเอดส์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Prevention and Control Committee: NAPCC)⁹ และในปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลไทยได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและ

⁵ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 1.

⁶ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 9.

⁷ "สร. ประกาศปีหน้ายอดเอดส์ครอบคลุมถึง 70,000 คน" [Online]. แหล่งที่มา: [http:// www.aidsaccess.org](http://www.aidsaccess.org) [2548, ธันวาคม 3].

⁸ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546, หน้า 1.

⁹ The Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS in Thailand, 2004 Thailand Country Profile HIV/ AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic (Bangkok: United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, 2004), pp. 23-24.

แก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เพื่อพิจารณาและกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ซึ่งกรอบแนวทางการป้องกันของประเทศไทยที่ใช้ปัจจุบันนี้ คือ แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 แผนนี้เป็นแผนชี้นำทิศทางการแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2549 โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของคน ครอบครัว ชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เป็นแบบองค์รวม และให้มีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการพัฒนาการสาธารณสุข แผนการพัฒนาการศึกษา แผนพัฒนาเด็กและเยาวชน แผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคม แผนพัฒนาวัฒนธรรมและแผนอื่นๆ

จากคำกล่าวสุนทรพจน์ของนายโคฟี อันนัน เลขาธิการองค์การสหประชาชาติ ที่ได้กล่าวไว้ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 26 (United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) ณ นครนิวยอร์ก เมื่อปี พ.ศ. 2544 (ค.ศ. 2001) ว่า “ไม่มีสงครามใดที่มีความรุนแรงและโหดร้ายเท่ากับสงครามโรคเอดส์” นั้นเป็นคำกล่าวที่ไม่เกินจริงเลยแม้แต่น้อย¹⁰ เพราะปัญหาเรื่องโรคเอดส์เป็นประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญในฐานะที่เป็นภัยคุกคามความมั่นคงรูปแบบใหม่ในยุคโลกาภิวัตน์ โดยได้รับการพิจารณาจากคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติว่า โรคเอดส์เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของมนุษยชาติ อีกทั้งประชาคมระหว่างประเทศยังยอมรับว่า ประเด็นปัญหาโรคเอดส์มิใช่เป็นเพียงปัญหาโรคภัยไข้เจ็บหรือสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของการพัฒนาและเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาอื่นๆ เช่น การขจัดความยากจน การส่งเสริมความเท่าเทียมกันของสตรี และเรื่องสิทธิมนุษยชน ฯลฯ¹¹

การประชุมของกลุ่มประเทศ G8* ณ เมืองโอกินาวา ประเทศญี่ปุ่น เมื่อต้นเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ในที่ประชุมได้พูดถึงปัญหาที่เป็นภัยคุกคามมนุษยชาติ โรคเอดส์เป็นปัญหาหนึ่งที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดในเวทีนี้ด้วยเช่นกัน เนื่องจากในประเทศกำลังพัฒนามีผู้ติดเชื้ออยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งจัดเป็นอุปสรรคต่อกลุ่มประเทศพัฒนาในแง่ของเศรษฐกิจและการเมืองโลกอย่างสูงมาก การเล็งเห็นถึงความร้ายแรงจากปัญหาดังกล่าวของกลุ่มประเทศ G8 กอปรกับเป้าหมายแห่งการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ นำไปสู่การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ในเวลาต่อมาระหว่างวันที่ 25-27 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 โดยผู้นำรัฐบาลของประเทศสมาชิกสหประชาชาติทั้งหมด 189 ประเทศ ได้มาประชุมร่วมกันเพื่อหาแนว

¹⁰ อ้างถึงใน จิราภรณ์ ทิพย์ศุภลักษณ์, “ความตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547) หน้า 1.

¹¹ กระทรวงการต่างประเทศ กรมองค์การระหว่างประเทศ กองการสังคม, ความร่วมมือกับต่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th> [2548, พฤศจิกายน 21].

* กลุ่มประเทศ G8 คือ กลุ่มประเทศพัฒนาที่เป็นผู้นำทางเศรษฐกิจของระบบระหว่างประเทศ ประกอบไปด้วยประเทศสมาชิก 8 ประเทศ คือ แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมัน รัสเซีย อิตาลี ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา โดยเศรษฐกิจของประเทศเหล่านี้ถือเป็นร้อยละ 65 ของโลก

ทางแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ผลการประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) ซึ่งมีการประกาศพันธกิจที่ประเทศสมาชิกต้องมีพันธะผูกพัน รวมถึงรัฐบาลไทยที่ได้รับรองคำประกาศนี้¹² และถือเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ภายใต้กรอบความร่วมมือกับสหประชาชาติ เพื่อนำไปอนุวัติในด้านต่างๆ จำนวน 11 ด้าน โดยมีประเด็นสำคัญหนึ่ง คือ การตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนและโรคเอดส์

สิทธิมนุษยชนเป็นระบบคุณค่าประการหนึ่งที่สังคมมนุษย์พยายามรังสรรค์ขึ้นมาในสภาพที่สังคมกำลังเผชิญกับสภาวะการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เป็นไปอย่างค่อนข้างรุนแรง¹³ ประชาคมโลกจึงได้เพียรพยายามที่จะกำหนดให้สิทธิมนุษยชนเป็นมาตรฐานร่วมกันที่จะประกันให้ประชาชนทุกคนได้รับการป้องกันและคุ้มครองโดยถ้วนหน้ากันและถือเป็นปณิธานอันสูงสุดที่ประชาชนในโลกปรารถนาให้บังเกิดขึ้นในระดับประเทศและระดับระหว่างประเทศ ดังนั้นองค์การสหประชาชาติในฐานะองค์กรระหว่างประเทศจึงได้กำหนดข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเพื่อเป็นมาตรฐานเบื้องต้นในการให้ประชาคมโลกนำไปปฏิบัติและพัฒนาสิทธิมนุษยชนให้ดียิ่งขึ้น

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) นานาประเทศต่างเห็นพ้องร่วมกันในการรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Right: UDHR) เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนโลก การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศทางด้านสิทธิมนุษยชน เริ่มแรกมุ่งเน้นเรื่องของการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การย้ายสตรีและเด็ก แต่ในระบบระหว่างประเทศปัจจุบันนี้ ส่งผลให้ประเด็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนประชาชนภายในรัฐใดรัฐหนึ่งนั้นครอบคลุมมากขึ้น ยังมีเรื่องการระบาดของโรคเอดส์ ประเด็นปัญหานี้ถือเป็นเรื่องหนึ่งที่นานาประเทศต้องตระหนักถึงความสำคัญและให้ความเคารพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นจำนวนมากทั่วโลก ซึ่งพวกเขาเหล่านั้น มีสิทธิที่จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ โดยไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน รังเกียจและตีตรา (Stigma and Discrimination) อีกทั้งยังต้องได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมเหมือนผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงอื่น รวมไปถึงการให้ความสำคัญแก่ เด็ก สตรีและบุคคลกลุ่มเสี่ยง ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

* คำแปลภาษาไทยอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

¹² กระทรวงการต่างประเทศ กรมองค์การระหว่างประเทศ กองการสังคม, ความร่วมมือกับต่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th> [2548, พฤศจิกายน 21].

¹³ ศราวุฒิ ประทุมราช, บรรณารักษ์, สิทธิมนุษยชน: รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544), หน้า 4.

ตามที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ได้ระบุยืนยันในหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนไว้อย่างชัดเจนว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิ...” (Everyone has the right) ซึ่งเป็นการยืนยันถึงหลักความเท่าเทียมกันที่ปฏิญญาให้การรับรองว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมามีอิสระและเสมอภาคกันในเกียรติศักดิ์และสิทธิ ต่างมีเหตุผลและมีโนธรรม และควรปฏิบัติต่อกันด้วยเจตนารมณ์แห่งภราดรภาพ”* และยังมีบทบัญญัติที่ว่า “ทุกคนย่อมมีสิทธิและอิสรภาพบรรดาที่กำหนดไว้ในปฏิญญาฯนี้โดยปราศจากความแตกต่างไม่ว่าชนชาติใด ๆ ดังเช่น เชื้อชาติ ผิว เพศ ศาสนา ภาษา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือทางอื่น เผ่าพันธุ์แห่งชาติหรือสังคม ทรัพย์สิน ชาติกำเนิด หรือสถานะอื่น ๆ”**

เมื่อพิจารณาจากข้อความในปฏิญญาฯ ดังกล่าวแล้วจะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ย่อมมีสิทธิต่าง ๆ ดังที่ระบุไว้ในปฏิญญาฯ เท่าเทียมกับบุคคลอื่นและเป็นการไม่ถูกต้องที่พวกเขาจะถูกเลือกปฏิบัติ อันเป็นการละเลยการให้ความคุ้มครองสิทธิต่าง ๆ เพียงเพราะว่าพวกเขาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การกระทำเช่นนี้ย่อมขัดกับหลักการสำคัญของปฏิญญาฯ ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นมนุษย์คนหนึ่งย่อมได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนจากปฏิญญาฯ เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ทุกประการ

ทุกวันนี้อาจกล่าวได้ว่าปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้กลายเป็นรากฐานให้กับสนธิสัญญาและกติการะหว่างประเทศในการกำหนดมาตรการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในมิติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในชีวิต ทรัพย์สิน สุขภาพ อาหารที่พอก การศึกษา เสรีภาพในการแสดงออก การมีส่วนร่วมในสังคม ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่นานาอารยประเทศประกาศรับรองเมื่อ 50 ปีก่อน มีฐานะเป็นเพียงเอกสารชี้แนะให้กับรัฐสมาชิกนำไปเป็นกรอบในการกำหนดมาตรการคุ้มครองสิทธิให้กับประชาชนในประเทศของตน¹⁴ โดยที่ประเทศสมาชิกแต่ละแห่งรับรองสิทธิประชาชนในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น สหประชาชาติจึงได้กำหนดสนธิสัญญาต่าง ๆ เพื่อสร้างพันธะทางกฎหมายแก่ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมเป็นภาคี โดยประเทศสมาชิกจะต้องปฏิบัติตามกติกาและรายงานการดำเนินงานแก่สหประชาชาติตามที่ได้ตกลงไว้อย่างต่อเนื่อง¹⁵

สนธิสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ มีหลายฉบับประกอบด้วยปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights: UDHR)***

* ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 ข้อ 1 ใน คราวุฒิ ประทุมราช, บรรณาธิการ, สิทธิมนุษยชน: รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544), หน้า 9.

** ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 ข้อ 2 ใน คราวุฒิ ประทุมราช, บรรณาธิการ, สิทธิมนุษยชน: รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544), หน้า 9-10.

¹⁴ โภคิน พลกุล, ข้อจำกัดบางประการในรัฐธรรมนูญ (กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย, 2521), หน้า 91.

¹⁵ วิมลศิริ ชานาญเวช และ วิจิต มันทาภรณ์, สิทธิมนุษยชน (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535), หน้า 39.

*** รับรองและประกาศโดยสมัชชาสหประชาชาติ ในวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic Social and Cultural Rights: ICESCR)^{*} กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights: ICCPR)^{**} อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women: CEDAW)^{***} อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child: CHC)^{****} เป็นต้น รัฐบาลของหลายประเทศในประชาคมโลกได้นำข้อตกลงว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเหล่านี้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณค่าความเป็นมนุษย์ให้บริบูรณ์ยิ่งขึ้น แต่ก็มีรัฐบาลในอีกหลายประเทศที่พยายามหลีกเลี่ยงการนำข้อตกลงเหล่านั้นไปใช้โดยอ้างความแตกต่างทางวัฒนธรรม

สำหรับประเทศไทย เนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนยังมีข้อจำกัดอยู่มาก และประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้สึกรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องมาจากหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระยะแรกที่โรคเอดส์เริ่มระบาดในประเทศไทย โดยเน้นให้เกิดความหวาดกลัวเพื่อป้องกันมิให้ประชาชนไปมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว โรคเอดส์ยังไม่มียารักษาให้หายได้ ใครก็ตามที่เป็นโรคเอดส์ต้องเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วอย่างแน่นอน จึงทำให้ผู้คนต่างพากันหวาดกลัวโรคเอดส์กันมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ การรณรงค์ที่ชี้ให้เห็นภาพที่น่าเกลียดน่ากลัวของโรคเอดส์ จึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคเฉพาะของกลุ่มบุคคลที่สังคมรังเกียจ คือ เป็นโรคของกลุ่มชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด หญิงบริการ และผู้สำส่อนทางเพศ ทำให้เกิดการตีตราผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ว่ากลุ่มคนเหล่านี้ เป็นคนที่น่ารังเกียจในสายตาของประชาชน ทั้งๆที่โรคเอดส์เป็นเพียงโรคระบาดชนิดหนึ่งที่สามารถแพร่เชื้อไปได้ในกลุ่มประชากร ทุกเพศ ทุกวัยทุกระดับการศึกษา ทุกสาขาอาชีพ ทุกเชื้อชาติศาสนา¹⁶

* รับรองและเปิดให้ลงนาม ให้สัตยาบันและภาคยานุวัติ โดยสมัชชาสหประชาชาติ ข้อมติ 2200 A (XXI) วันที่ 16 ธันวาคม 2509 มีผลบังคับใช้ วันที่ 3 มกราคม 2519

** รับรองโดยสมัชชาสหประชาชาติ ข้อมติ 2200 A (XXI) วันที่ 16 ธันวาคม 2509 กติกาฉบับนี้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2519

*** รับรองและเปิดให้ลงนาม ให้สัตยาบันและภาคยานุวัติ โดยสมัชชาสหประชาชาติ มติที่ 34/180 วันที่ 18 ธันวาคม 2522 มีผลบังคับใช้ วันที่ 3 กันยายน 2524

**** รับรองและเปิดให้ลงนาม ให้สัตยาบันและภาคยานุวัติ โดยสมัชชาสหประชาชาติ ข้อมติ 44/25 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2532 มีผลบังคับใช้ วันที่ 2 กันยายน 2533

¹⁶ จิราภรณ์ ทิพย์สุภลักษณ์, “ความตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547), หน้า 3.

การรณรงค์ให้ความรู้เบื้องต้นในลักษณะดังกล่าว จึงกลายเป็นประเด็นปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในสังคมไทยเรื่อยมา และด้วยเหตุนี้เองจึงถือเป็นความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวและมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในแง่มุมใหม่และเรื่องของสิทธิมนุษยชนให้กว้างขวางออกไป เพื่อให้ทุกคนได้ตระหนักและได้ประจักษ์ว่าสิทธิมนุษยชนเป็นระบบคุณค่าที่สำคัญของสังคมที่จะทำให้สังคมไทยมีความเคารพและเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะ ดังนั้น การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงอยู่ในรูปของแนวนโยบายแผนป้องกันและควบคุม หรือพยายามนำกฎหมาย กฎระเบียบที่มีอยู่แล้วมาปรับใช้ โดยได้กำหนดมาตรการและแนวทางในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ทั้งของประชาชนทั่วไปและแนวทางในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ตลอดจนแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและบุคคลใกล้ชิดไว้ในแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539 เป็นครั้งแรก

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าได้กำหนดแนวทางและมาตรการในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ไว้อย่างครอบคลุมแล้วก็ตาม แต่เป็นเพียงแนวทางในการปฏิบัติเท่านั้น เราจะพบเห็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ตลอด ตามที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อต่าง ๆ นับตั้งแต่แรกเริ่มที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 ความไม่เข้าใจบวกกับความหวาดกลัวทำให้เกิดการรังเกียจผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์ อันนำไปสู่ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในลักษณะต่าง ๆ กันในที่สุด ซึ่งในปัจจุบันปัญหาในด้านสิทธิมนุษยชนจากโรคเอดส์ได้ขยายออกไปสู่กลุ่มผู้หญิงและเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อมากขึ้น

นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในส่วนของประเทศไทยมีเด็กและผู้หญิงติดเชื้อสูงประมาณร้อยละ 17 จึงมีการรณรงค์ให้กลุ่มวัยรุ่นเข้าใจปัญหาเอดส์ และรู้จักดูแลตัวเอง สุขภาพบุรุษต้องให้เกียรติสุขภาพสตรี และสุขภาพสตรีต้องดูแลตัวเอง ต้องรักษานวลสงวนตัว ซึ่งกลุ่มที่ติดเชื้อยังเป็นกลุ่มเดิม คือ ผู้ขายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งปรากฏว่าสถิติการติดเชื้อลดลง แต่กลุ่มที่เพิ่มกลายเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการติดเชื้อถึง 70,000 ราย และเป็นวัยรุ่นหญิงกว่าครึ่งหนึ่ง¹⁷

คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ได้รวบรวมข้อมูลซึ่งทางศูนย์ฯ ได้รับการร้องทุกข์ตลอดปี พ.ศ.2543 พบว่าปัญหาเกี่ยวข้องกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้าน

* นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ถึง 12 มีนาคม พ.ศ. 2548

¹⁷ เจ็ทน้อย ห่วงวัยรุ่นหญิงติดเชื้อเอดส์กว่าครึ่ง [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.Thaiday.com/Qol.ViewNews.aspx?NewsID=9470000089430> [2548, ธันวาคม 5].

เอ็ดส์ ได้แก่ การละเมิดสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ดังเช่นในกรณีค้ายาต้านไวรัสเอ็ดส์ที่มีราคาแพงมากจนทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ไม่สามารถซื้อยากินได้ ทั้งนี้เนื่องจากการผูกขาดการผลิตและการจำหน่ายยาโดยบริษัทต่างชาติ ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ หรือแม้แต่ในกรณีที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลไม่ครอบคลุมถึงโรคเอ็ดส์ โดยอ้างว่าค่ายาแพงค่าใช้จ่ายสูง การกระทำดังกล่าวเท่ากับเป็นการเลือกปฏิบัติและไม่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ซึ่งขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ ยังมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ในลักษณะอื่นอีก เช่น การปฏิเสธการรักษาเมื่อทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การแจ้งผลการตรวจเลือดผิดพลาด การเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อของผู้ป่วย การละเมิดสิทธิเด็กด้านการศึกษา การบังคับตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานและระหว่างเข้าทำงาน การเลิกจ้างเมื่อทราบว่าพนักงานติดเชื้อ การกีดกันทางสังคม เช่น ผู้หญิงบริการทางเพศ การบวชพระต้องแสดงใบตรวจเลือด

นอกจากนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์แห่งภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก หรือเอพีเอ็นพลัส (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS: APN+) ออกแถลงการณ์ในวันเอดส์โลก โดยระบุว่า สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างหญิงชายทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกต้องทนแบกรับความลำบากจากสถานการณ์เอ็ดส์ที่เลวร้ายและทำให้วัยรุ่นเพศหญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ทั้งนี้ จากการวิจัยล่าสุดของเครือข่ายฯ รายงานว่าผู้หญิงติดเชื้อถูกทำร้ายทางร่างกาย คำพูดและจิตใจถูกบังคับให้ย้ายที่อยู่และไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและครอบครัวในอัตราที่มากกว่าผู้ชายที่ติดเชื้อถึง 2 เท่า ขณะเดียวกันผู้หญิงต้องประสบปัญหาการขาดความช่วยเหลือทางการเงินจากคู่ครองของตนเองและการถูกห้ามไม่ให้เข้าสถานที่สาธารณะมากกว่าชายถึง 3 เท่า การศึกษาวิจัยดังกล่าวซึ่งทำการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ 750 คนในประเทศอินเดีย อินโดนีเซีย ไทยและฟิลิปปินส์ ได้ระบุอีกว่าในทวีปเอเชียขณะนี้มีการบังคับตรวจหาเชื้อในผู้หญิงอย่างแพร่หลายโดยไม่มีบอกล่วงหน้า โดยเฉพาะในหญิงที่ตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้การปฏิบัติที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนในหลายรูปแบบ ผู้หญิงที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเหล่านั้นจำนวนมากต้องถูกประณามว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อและเผชิญกับความรุนแรงจากคู่ครองและญาติฝ่ายสามี

ดร.ชูชาน แพกซ์ตัน ที่ปรึกษาของAPN+ และผู้นำทีมวิจัย กล่าวว่า คนที่อยู่ในสถานภาพโสดหรือเป็นแม่ยัยมักจะต้องพบกับการแบ่งแยกและกีดกันจากชุมชนและครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้หญิง 1 ใน 8 คน ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อถูกบังคับให้ทำแท้งหรือทำหมัน และมีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก รับฟังเสียงของผู้หญิงและให้ทางเลือกที่มากขึ้น ด้าน ฟรีก้า เชีย ประธานร่วมของAPN+ กล่าวว่า วัฒนธรรมในเอเชียทำให้ผู้หญิงมีความสำคัญน้อยกว่าผู้ชาย ถึงเวลาแล้วที่เราต้องฟังเสียงของผู้หญิงให้มากขึ้นและหายุทธวิธีในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติและความรุนแรงต่อผู้หญิง การแก้ปัญหาเอ็ดส์ของทุกฝ่ายต้องใช้ความแตกต่างระหว่างเพศมา

พิจารณาด้วย และต้องดึงเพศชายเข้ามาร่วมหารืออย่างเปิดเผยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ ทั้งนี้ ปัจจุบันในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีผู้ติดเชื้อกว่า 8.2 ล้านคน และเกือบ 2.3 ล้านคนเป็นผู้หญิง¹⁸

จากที่กล่าวมาข้างต้นนี้ จะเห็นว่า “โรคเอดส์” เป็นประเด็นปัญหาที่เป็นภัยคุกคามต่อรัฐและประชาชนในทุกประเทศ โดยที่ไม่ว่าจะเป็นประเทศมหาอำนาจ ประเทศกำลังพัฒนาหรือองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศใดๆ ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ให้หมดสิ้นไปอย่างเด็ดขาด ซึ่งปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์นั้นได้ก่อให้เกิดประเด็นปัญหาอื่นที่สำคัญด้วย คือ ปัญหาสิทธิมนุษยชน เป็นที่น่าสังเกตว่าในขณะที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง แต่ในเวลาเดียวกันยังมีเรื่องราวของการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็ก ผู้หญิง ปากกาน้อยในสังคมไทยมาโดยตลอด สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและสตรีภายในประเทศ ยังไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างมีประสิทธิภาพ หรือแม้แต่ได้รับการตระหนักรู้จากคนสังคมให้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้เอง จึงเป็นเหตุผลสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญและเกิดความสนใจที่จะศึกษาประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนกับปัญหาโรคเอดส์

นอกจากนี้ การที่โรคเอดส์สร้างผลกระทบต่อสังคมโลกทุกระดับ ไม่จำกัดแต่เพียงภายในรัฐใดรัฐหนึ่งเท่านั้น จึงเป็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องโยงใยข้ามรัฐข้ามชาติของศตวรรษที่ 21 และมีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบททางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ประเด็นปัญหาดังกล่าวเป็นประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้นนอกเหนือไปจากเรื่องของการเมืองและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าโรคเอดส์จะเป็นโรคติดต่อที่เป็นที่รู้จักกันดีของประชากรทั่วโลก มีโครงการรณรงค์ป้องกันเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศและมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างกว้างขวาง แต่จากการสำรวจวรรณกรรม พบว่าการศึกษเกี่ยวกับประเด็นปัญหาโรคเอดส์ในบริบททางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศภายในประเทศไทยยังมีอยู่น้อย ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นงานวิจัยทางแพทยศาสตร์ ระบาดวิทยา กฎหมาย สังคมสงเคราะห์ และสถิติเป็นต้น จึงเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาประเด็นปัญหาดังกล่าว

งานวิจัยชิ้นนี้จึงหยิบยกเรื่องการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปณิธานว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนมาเป็นประเด็นในการศึกษา เพราะจากการค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนนั้นเป็นปัญหาที่ทุกชาติศาสนาได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม การดำเนินงานจึงต้องใช้ความร่วมมือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันในระดับประเทศและนานาชาติมาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการปฏิบัติงาน และที่สำคัญปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยโรค

¹⁸ วันเอดส์โลก ชี้อหญิงเอเชียระทมทุกข์มากกว่าชายหลายเท่า, [Online] 2547, แหล่งที่มา: <http://news.thaihealth.net/modules.php?name=New&file=article&sid=525> [2548, ธันวาคม 5].

เอเดส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นปัญหาสำคัญที่สะสมมานานทั้งในสังคมไทยและในสังคมโลก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงในเรื่องสิทธิจากโรคเอเดสอยู่จำนวนมาก แต่เรื่องของสิทธิของผู้ป่วยโรคเอเดส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่เป็นที่เข้าใจและยอมรับจากคนทั่วไปในสังคมไทยอย่างดีพอ อีกทั้งที่ผ่านมารัฐบาลก็ได้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวให้บังเกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าประเทศไทยจะมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตามหลักปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ดังนั้นการที่รัฐบาลไทยได้ร่วมรับรองการแก้ไขปัญหาโรคเอเดสตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอเดส ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของปฏิญญาคือ เรื่องสิทธิมนุษยชน จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษาว่า หลังจากที่รัฐบาลไทยได้รับรองความร่วมมือนี้ในปี พ.ศ. 2544 แล้ว รัฐบาลดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนให้มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นอย่างไร และมีส่วนช่วยยกระดับในเรื่องของสิทธิแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงอย่าง ผู้ป่วยโรคเอเดส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรกลุ่มเสี่ยงได้อย่างไรบ้าง ซึ่งคำถามวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ก็คือ รัฐบาลไทยมีการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอเดสในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนอย่างไร การดำเนินงานมีความก้าวหน้ามากขึ้นแค่ไหนและปัจจัยอะไรที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินงาน

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาเรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศของรัฐในประเด็นปัญหาของโรคเอเดสใหม่ ดังเช่นเอชไอวี/โรคเอเดส

1.2.2 เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอเดสในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2548

1.2.3 เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้ช่วยสะท้อนประโยชน์และปัญหาจากการดำเนินตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอเดสของรัฐบาลไทยในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน

1.2.4 เพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยโรคเอเดส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เด็ก สตรี และประชากรกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทยจากภาครัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตของการศึกษาในด้านเวลา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษากำหนดงานของรัฐบาลไทยภายใต้กรอบของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอเดส ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปี พ.ศ. 2548 เหตุผลที่ต้องยืดช่วงระยะเวลาดังกล่าว เนื่องจากปี พ.ศ. 2544 เป็นปีที่รัฐบาลไทยได้ร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง

โรคเอดส์ ส่วนปี พ.ศ. 2548 เป็นปีเป้าหมายตามข้อกำหนดของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในแผนการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน

1.3.2 ขอบเขตของการศึกษาในด้านเนื้อหา ผู้ทำวิจัยมุ่งศึกษาการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์เฉพาะในประเด็นสิทธิมนุษยชนเท่านั้น และวิเคราะห์ถึงผลการดำเนินงานของรัฐบาลด้านสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นตามปฏิญญาฯ ดังกล่าว

1.4 คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1.4.1 ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์* (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) คือ ข้อตกลงร่วมกันของรัฐบาลประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การระหว่างประเทศ องค์การสาธารณสุขประโยชน์ ฯลฯ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ร่วมกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์เมื่อ วันที่ 25-27 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 ณ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ปฏิญญาดังกล่าว ถือเป็นพันธกรณีที่แต่ละประเทศจะต้องนำไปปฏิบัติแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ให้เกิดผลอย่างจริงจังตามปีเป้าหมายที่กำหนดไว้

หนึ่งผู้วิจัยขอกล่าวถึงความหมายของคำว่า “Declaration” เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ คำนิยามของคำว่า “ปฏิญญา” นั้นมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศได้ให้นิยามไว้หลายท่าน ทั้งนี้ต่างก็อธิบายไว้ ดังนี้

นพนิติ สุริยะ ได้อธิบายความหมายของ ปฏิญญา (Declaration) ไว้ตามที่กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ทรงอธิบายไว้ว่า มีอยู่ 3 ความหมาย คือ¹⁹

1. ความตกลงระหว่างประเทศ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อผูกพัน เช่น ปฏิญญากรุงปารีส ค.ศ. 1816 Declaration of Paris 1856 ซึ่งนิยามหลักเกณฑ์ของกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยการล้อมสกัด (Blockade) และของต้องห้าม (Contraband)

2. ปฏิญญาฝ่ายเดียว ซึ่งก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่ให้แก่ประเทศอื่น ๆ เช่น ปฏิญญาประกาศสงคราม (Declaration of War)

3. ปฏิญญาซึ่งรัฐหนึ่งแถลงให้รัฐอื่นทราบถึงเจตนาความเห็นในบางเรื่อง

ลักษณะของปฏิญญาเฉพาะข้อหนึ่งเท่านั้น ที่มีข้อผูกพันทางกฎหมายส่วนข้อสองกับข้อสามไม่ใช่ คำอธิบายที่กล่าวมาเบื้องต้นนี้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับที่กระทรวงต่างประเทศได้ให้ไว้ในหนังสือประมวลศัพท์วิชาการของกรมสนธิสัญญาและกฎหมาย พ.ศ. 2528 เช่นกัน

* คำแปลภาษาไทยอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

¹⁹ นพนิติ สุริยะ, กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2547), หน้า 92.

นอกจากนี้ หนังสืออธิบายศัพท์ทางการทูตและการเมืองระหว่างประเทศของ กลศ วิเศษสุรการ ได้เขียนอธิบายถึงความหมายของ Declaration ไว้ว่า หมายถึง คำประกาศหรือปฏิญญา มีความหมายต่างกันสามประการคือ²⁰

ประการแรก ใช้เป็นชื่อเรียกข้อกำหนดต่างๆ ของสนธิสัญญา กล่าวคือตามสนธิสัญญานี้ ภาคีสัญญารับที่จะปฏิบัติตามแนวทางบางประการในอนาคต

ประการที่สอง เป็นคำประกาศฝ่ายเดียว (Unilateral declaration) ซึ่งก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่แก่รัฐอื่นๆ เช่นคำประกาศสงคราม

และประการสุดท้ายหมายถึง การกระทำซึ่งรัฐหนึ่งหรือหลายรัฐ ได้ติดต่อแจ้งไปยังรัฐอื่นๆ ซึ่งเป็นการอธิบายหรือให้เหตุผลสนับสนุนพฤติกรรมของฝ่ายตนในอดีต หรือ อธิบายทัศนคติและเจตจำนงเกี่ยวกับเรื่องบางเรื่อง

หากพิจารณาจากคำนิยามเบื้องต้น โดยสรุปแล้วผู้วิจัยมีความเห็นว่าปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ฉบับนี้มีลักษณะเป็น “ปฏิญญา” ที่เป็นพันธะที่รัฐควรจะต้องปฏิบัติตามเปรียบเป็นข้อกำหนดหรือข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งก่อให้เกิดสิทธิและหน้าที่แก่รัฐอื่นๆ ที่ร่วมรับรอง แต่มิได้มีผลทางกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมของการประชุมระดับนานาชาติในปัจจุบัน ซึ่งมักจะมี คำประกาศ หรือ ปฏิญญา ออกมาหลังการประชุมนั้นๆ เช่น Bangkok Declaration on Partnership for the Future ปฏิญญากรุงเทพฯ เกิดจากการประชุมเอเปค (APEC) ที่กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2003)

1.4.2. ความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation) ตามทัศนะของ โรเบิร์ต โคเฮน หมายถึง การที่ตัวแสดงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนโยบายของตนในประเด็นใดๆ เพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันและเข้ากับผลประโยชน์ที่คาดหวังไว้ของกันและกัน โดยผ่านกระบวนการประสานนโยบายของแต่ละฝ่าย²¹

ส่วนความร่วมมือระหว่างประเทศในทัศนะของ Joseph Criecco ได้ให้ลักษณะสำคัญไว้ว่า เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเต็มใจโดยประสานความแตกต่างระหว่างกันเพื่อผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น โดยมีลักษณะหลัก 3 ประการ คือ ประการแรกเป็นการกระทำของตัวแสดงที่เป็นรัฐและมีใจรั้วอย่างเต็มใจ ประการต่อมา ความร่วมมือนี้มีเป้าหมายร่วมกันและประการสุดท้าย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือนั้นตัวแสดงที่เข้าร่วมล้วนได้รับประโยชน์²²

สำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง ความร่วมมือระหว่างประเทศของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี

²⁰ กลศ วิเศษสุรการ, อธิบายศัพท์ทางการทูตและการเมืองระหว่างประเทศ (กรุงเทพฯ: มัคส์แอนด์แม็กกาซีน ดิทรินิวเตอร์, 2542), หน้า 36.

²¹ Robert O. Keohane, After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy (Princeton: Princeton University Press, 1984), pp. 51-52.

²² Mark R. Amstutz, International Conflict and Cooperation : an introduction to world politics, 2nd ed (Dubuque: the McGraw Hill Companies, Inc, 1999), p. 78.

เรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันของนานาชาติ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการร่วมมือครั้งนี้ ทุกตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศต่างได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

1.4.3. สิทธิมนุษยชน (Human Rights) คำว่า “สิทธิมนุษยชน” มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้คำอธิบายไว้ แต่โดยส่วนมากจะยึดหลักการอธิบายจากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เช่น เสรี พงศ์พิศ ได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ว่า สิทธิมนุษยชน หมายถึง สิทธิที่ติดตัวคนมาตั้งแต่เกิด หากขาดสิทธินี้แล้วคนจะอยู่ไม่ได้ สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรี สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองให้มีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงปลอดภัย สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานให้คนเรามีเสรีภาพที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง คุณภาพของความเป็นคน และตอบสนองต่อความต้องการของชีวิต ทางกาย ทางจิตวิญญาณ และทางอื่น ๆ²³

ตามคำอธิบายศัพท์ใน The Dictionary of World Politics: A reference Guide to Concepts, Ideas and Institutions ซึ่งเป็นมุมมองในแง่การเมืองโลก คำว่า สิทธิมนุษยชน ในที่นี้ เป็นการให้รัฐตระหนักถึงสิทธิของความเป็นคนทุกคนไม่ว่าจะเป็นพลเมืองของประเทศใดก็ตาม²⁴ ซึ่งในแง่มุมมองของการเมืองโลกนั้นในอดีตจะคำนึงสิทธิของแต่ละรัฐเท่านั้น แต่ปัจจุบันนี้ได้ขยายความคุ้มครองถึงพลเมืองภายในรัฐนั้นๆ ด้วย ส่วนในแง่มุมมองของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศตามคำอธิบายใน International Relations: A Concise Companion ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า สิทธิมนุษยชนในระดับนานาชาตินั้นเป็นการกล่าวถึงเรื่องของจริยธรรมคุณธรรมและกฎหมายที่มนุษย์ทุกคนมีครอบครอง²⁵ ความสำคัญของสิทธิมนุษยชนมีมากขึ้นหลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่สอง โดยสิทธิที่ทุกคนพึงมีพึงได้รับนั้น รวมทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นสิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ สิทธิทางสังคม สิทธิทางวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งในที่สุดแล้วรัฐมีหน้าที่ในการปกป้อง คุ้มครอง และเคารพสิทธิของพลเมือง นอกจากนี้ยังมีการอธิบายถึงคำว่า สิทธิมนุษยชน ใน The Concise Oxford Dictionary of Politics โดยเป็นการอธิบายในทำนองเดียวกันว่าเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับจริยธรรมและมนุษย์ทุกคนเกิดมาเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเขาจะเป็นสมาชิกในสังคมใดก็ตาม โดยอย่างน้อยที่สุดต้องตระหนักว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี²⁶

ส่วนความหมายของคำว่า สิทธิมนุษยชน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ มาตรา ๓ ให้คำจำกัดความว่า “สิทธิมนุษยชน” หมายความว่า ศักดิ์ศรี

²³ เสรี พงศ์พิศ, ร้อยคำที่ควรรู้ (กรุงเทพฯ: พลังปัญญา, 2547), หน้า 147.

²⁴ Graham Evans and Jeffery Newnham, The Dictionary of World Politics A Reference Guide to Concepts, Ideas and Institutions, (Revised Edition) (London: Harvester Wheatsheaf, 1990), p.131.

²⁵ David Weigall, International relations: A Concise Companion (London: Arnold, 2002) p.115.

²⁶ Iain Mclean and Alistair Mcmillan, The Concise Oxford Dictionary of Politics (London: Oxford University Press, 2003), p.251.

ความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง หรือคุ้มครอง ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทย หรือตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตาม

ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญยังได้บัญญัติรับรอง กำชับ และเรียกร้องเมื่อถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนไว้ด้วย อย่างชัดเจน ได้แก่

มาตรา ๔ บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”

มาตรา ๒๖ บัญญัติว่า “การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ”

มาตรา ๒๘ บัญญัติว่า “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน”

งานศึกษานี้ผู้วิจัยจะยึดคำอธิบาย “สิทธิมนุษยชน” ตามหลักการสำคัญในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน คือ มนุษย์มีสิทธิติดตัวมาแต่เกิด มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีความเสมอภาคกัน ดังนั้นจึงห้ามเลือกปฏิบัติต่อมนุษย์และควรปฏิบัติต่อกันเสมือนพี่น้อง สิทธิมนุษยชนนี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถโอนให้แก่กันได้ จึงเป็นหน้าที่ของรัฐบาลทุกประเทศที่จะสร้างหลักประกันแก่ทุกชีวิตด้วยหลักการเคารพหลักการของสิทธิเสรีภาพ เพื่อให้สิทธิมนุษยชนเป็นมาตรฐานร่วมกันสำหรับการปฏิบัติต่อกันของคนในสังคมทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ อันจะเป็นพื้นฐานแห่งเสรีภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพในโลก²⁷ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแนวความคิดที่ผู้วิจัยจะใช้เป็นกรอบในการศึกษาคือ การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights-Based Approaches)

1.4.3. ปัญหาโรคเอดส์ ถือเป็นปัญหาของโลกยุคใหม่ โดยทั่วไปปัญหาโรคเอดส์นั้นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการแพทย์ สุขภาพจิต มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน หรือเป็นปัญหาทางความมั่นคงใหม่ ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์เป็นปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม แต่สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้ศึกษาจะมุ่งเน้นปัญหาโรคเอดส์ทางด้านปัญหามนุษยธรรมและก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคม คือ เรื่องของสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เด็ก และสตรีเป็นหลัก

1.4.4. รัฐบาลไทย ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานได้ให้คำจำกัดความคำว่า รัฐบาลไว้ว่า รัฐบาล คือ องค์กรปกครองประเทศ คณะบุคคลที่ใช้อำนาจบริหารในการปกครอง

²⁷ ศราวุฒิ ประทุมราช บรรณาธิการ, สิทธิมนุษยชน: รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544), หน้า 4.

ประเทศ²⁸ รัฐบาล คือ องค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ มีเครื่องมือในการบริหารกิจการบ้านเมือง และมีอำนาจตัดสินใจในกิจการบ้านเมือง หรือ หน่วยงาน องค์กร สถาบัน ที่อยู่ภายใต้อำนาจการบริหารของกลุ่มบุคคลที่ดำรงตำแหน่งทางการบริหาร ดังนั้น สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า รัฐบาลไทย คือ คณะรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งเป็นคณะบุคคล องค์กรที่ปกครองประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2544-2548 ตลอดจน หน่วยงาน องค์กร สถาบัน กระทรวง ทบวง กรม ที่อยู่ภายใต้อำนาจและกลไกการบริหารของคณะรัฐบาลชุดนี้

1.4.5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้มีเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่ยังไม่แสดงอาการใดๆ แต่สามารถส่งเชื้อต่อไปให้ผู้อื่นได้ การส่งต่อเชื้อไปให้ผู้อื่นนี้ คือ การแพร่เชื้อเอชไอวีที่อยู่ในร่างกายผู้มีเชื้อไปยังผู้อื่นที่ยังไม่ได้รับเชื้อ ทางการมีเพศสัมพันธ์โดยมิได้สวมถุงยางอนามัยหรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้มีเชื้อเอชไอวีมิได้ถือเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจาก ผู้มีเชื้อจะมีสภาพร่างกายเฉกเช่นคนปกติธรรมดา แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้มีเชื้อมีอาการทางโรคแทรกซ้อน เช่น อาการทางวัณโรค ผู้มีเชื้อผู้นั้นจึงถือเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์²⁹

1.4.6. ผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ ผู้มีเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกายและแสดงอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากมีอาการทางโรคแทรกซ้อนหรือโรคฉวยโอกาส (opportunistic diseases) เช่น อาการทางวัณโรค ปอดบวมชนิดพีซีพี ติดเชื้อรา ฯลฯ และมักจะตรวจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร³⁰

1.5 สมมติฐานในการศึกษา

โจทย์ของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาการดำเนินงานของรัฐบาลไทยภายใต้กรอบปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) เป็นผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด และเพราะเหตุใดจึงประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ

สมมติฐานในการศึกษา

ผู้ศึกษาขอตั้งสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้าไว้ดังนี้

²⁸ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, 2546), หน้า 941.

²⁹ คณะทำงานพัฒนาสื่อความรู้สำหรับผู้ชาย, ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์และการดูแลสุขภาพ (กรุงเทพฯ: โครงการเข้าถึงผู้ชายเสพติดชนิดดีในกรุงเทพมหานครเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี, มปป.), หน้า 6.

³⁰ เรื่องเดียวกันหน้า 8.

1. รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาโรคเอดส์ เห็นจากรัฐบาลให้ความร่วมมือกับสหประชาชาติ โดยร่วมรับรองข้อตกลงตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์
2. การดำเนินงานไม่ประสบผลตามเป้าหมายของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะในประเด็นที่รัฐบาลไทยไม่สามารถผลักดันให้มีการร่างกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้
3. การที่รัฐบาลดำเนินงานไม่ประสบผลตามเป้าหมาย เพราะระบบราชการไทยไม่เอื้อต่อการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ และผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานรัฐขาดความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชน

1.6 วิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะของการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analytical description) โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเป็นสำคัญและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นส่วนประกอบ ดังนี้

1.6.1 เอกสารต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งที่เป็นเอกสารชั้นต้น (primary source) ที่ตีพิมพ์แล้ว เช่น คำประกาศและรายงานของหน่วยงานราชการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานอัยการสูงสุด คำประกาศและรายงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และแถลงการณ์ของที่ประชุมระหว่างประเทศเป็นต้น และเอกสารชั้นรอง (secondary source) เช่น หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร และบทความจากเว็บไซต์ต่าง ๆ เป็นต้น

1.6.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์

นางกนิษฐา ตันตพันธ์	กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข
นางสาวสุภัทรา นาคะผิว	ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
นายกมล อุปแก้ว	ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย ดำรงตำแหน่งประธานสองสมัย คือ พ.ศ. 2544-2546 และ พ.ศ. 2546-2548
นางสาวจารุณี ศิริพรรณ	ผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย

ผู้มีเชื้อเอชไอวี จำนวน 12 ท่าน

ทั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารเป็นหลัก ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยได้นำประกอบการวิเคราะห์ในส่วนที่ไม่มีข้อมูลจากเอกสาร โดยทั้งข้อมูลทางเอกสารและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้นี้จะถูกนำมาประมวลวิเคราะห์ด้วยวิธีการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

1.7 เอกสารที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1.7.1 เอกสารที่เป็นหลักฐานชั้นต้นที่ตีพิมพ์แล้ว เช่น

- ประกาศและรายงานของทางราชการ
- ประกาศและรายงานขององค์การสหประชาชาติ
- รายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ
- รายงานจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.7.2 เอกสารที่เป็นหลักฐานชั้นรอง (Secondary Source)

- หนังสือทั่วไป
- วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- หนังสือพิมพ์และวารสารต่าง ๆ
- บทความจากเว็บไซต์ต่าง ๆ

1.8 แหล่งศึกษาค้นคว้าที่สำคัญ

- 1.8.1 สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 1.8.2 ห้องสมุดคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 1.8.3 ศูนย์เอกสารแห่งประเทศไทย สถาบันวิทยการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 1.8.4 ห้องสมุดปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 1.8.5 ศูนย์ข้อมูล ข่าวสาร กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 1.8.6 Internet

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.9.1 เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่ได้รับผลกระทบและผู้สนใจ เรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นสิทธิมนุษยชน

1.9.2 เพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่สามารถใช้ข้อมูลงานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานในการดำเนินงานทางด้านการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น เด็กและสตรีทั้งภายในและภายนอกรัฐ

1.9.3 เพื่อช่วยส่งเสริมความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยต่อประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ให้ดียิ่งขึ้น

1.10 เนื้อหาของงานวิจัยฉบับนี้จะแบ่งเนื้อหาการนำเสนอออกเป็น 6 บทดังนี้

บทที่ 1 ผู้วิจัยจะกล่าวถึงสภาพความเป็นมาและความสำคัญปัญหาวัตถุประสงค์ ขอบเขต สมมติฐาน และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการศึกษาปัญหาดังกล่าว

บทที่ 2 เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยชิ้นนี้และกรอบความคิดในการศึกษาประเด็นปัญหาที่ตั้งไว้

บทที่ 3 จะมีเนื้อหาเกี่ยวกับภูมิหลังความร่วมมือระหว่างประเทศกับการแก้ปัญหาโรคเอดส์และตัวแสดงที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา ตลอดจนศึกษาถึงที่มา ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ รวมทั้งศึกษาถึงรายละเอียดแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเด็นสิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาฯ

บทที่ 4 จะกล่าวถึงดำเนินงานของรัฐบาลไทยภายใต้กรอบปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นสิทธิมนุษยชน อธิบายถึงแนวทางการดำเนินงานต่อเรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลในช่วงเวลาที่ผ่านมา และอธิบายถึงการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน สำนักงานอัยการสูงสุด หลังจากร่วมรับรองปฏิญญาฯ

บทที่ 5 จะเป็นการสรุปภาพรวมการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ อภิปรายถึงความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานในประเด็นสิทธิมนุษยชน อภิปรายผลการปฏิบัติงานตามกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานและอุปสรรคของการดำเนินงาน

บทที่ 6 บทสรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

บทที่ 2

สำรวจวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

สำหรับเนื้อหาโดยรวมของบทที่ 2 นี้ ผู้วิจัยจะกล่าวถึงวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งเนื้อหาจะครอบคลุม 2 หัวข้อหลัก คือ หัวข้อแรกจะเป็นการสำรวจวรรณกรรมที่เป็นผลงานทางวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศในประเด็นเรื่องของการร่วมมือระหว่างประเทศ ประเด็นเรื่องโรคเอดส์ ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ส่วนหัวข้อที่สองผู้วิจัยจะกล่าวถึงแนวคิดที่จะนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวความคิดร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation) ในมุมมอง Neoliberalism และแนวความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights-Based Approaches)

2.1 สำรวจวรรณกรรม

จากการสำรวจผลงานการศึกษาด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะศึกษา สามารถแบ่งประเภทงานตามเนื้อหาได้ 3 ประเภทดังนี้ คือ

2.1.1 งานเขียนที่เกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ

2.1.2 งานเขียนที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

2.1.3 งานเขียนที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์

2.1.1 งานเขียนที่เกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้แก่

2.1.1.1 หนังสือ *International Conflict and Cooperation: an Introduction to World Politics* ของ Mark R. Arstutz เป็นการอธิบายถึงความขัดแย้งและการสร้างความร่วมมือในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเบื้องต้น โดยชี้ให้เห็นถึงมูลเหตุของความขัดแย้งและการสร้างความร่วมมือจากเหตุการณ์สำคัญในอดีต และอธิบายถึงวิธีการของรัฐที่ใช้สำหรับดำเนินการสร้างความร่วมมือในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมทางการทูต การใช้กฎหมายระหว่างประเทศ และบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศ นอกจากนี้แล้วยังอธิบายถึงการสร้างความร่วมมือและความขัดแย้งในส่วนของเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ ตลอดจนแสดงทัศนะต่อการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในอนาคต โดยในส่วนของ การใช้กฎหมายระหว่างประเทศเป็นกลไกหนึ่งในการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ผู้วิจัยเห็นว่าค่อนข้างจะมีความเกี่ยวเนื่องกับประเด็นที่ผู้วิจัยจะศึกษา คือ การนำปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์มาเป็นกลไกในการสร้างความร่วมมือในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ร่วมกัน

2.1.1.2 บทความเรื่อง *Achieving Cooperation Under Anarchy Strategies and Institutions* ของ Robert Axelrod และ Robert O. Keohane บทความเรื่องนี้ตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในวารสารต่างประเทศ World Politics ฉบับประจำเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1985 สารสำคัญในบทความเรื่องนี้ได้กล่าวถึงการสร้างความร่วมมือและความขัดแย้งในการเมืองโลกว่าจะถูกนำมาอธิบายเพื่อขยายการพิจารณาภายใต้หลักการเบื้องต้นสามประการ คือ เรื่องของผลประโยชน์ร่วมกัน ความคาดหวังในอนาคต และจำนวนตัวแสดง อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ความเข้าใจที่ตรงใจ และยุทธศาสตร์ร่วมกัน ถือเป็นหลักการที่มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้ ประเด็นเหล่านี้จะถูกเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ โดยตัวแสดงอาจได้รับผลลัพธ์ที่หลากหลายซึ่งอาจจะประสานผลประโยชน์ร่วมกันหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นวาทะสำคัญของบทความเรื่องนี้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงอย่างละเอียดอีกครั้งในหัวข้อกรอบความคิดในการศึกษา

2.1.1.3 หนังสือ *After hegemony: Cooperation and discord in the World Political Economy* ของ Robert O. Keohane หนังสือเรื่องนี้ Keohane ชี้ให้เห็นถึงประเด็นของการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศจะเกิดขึ้นได้อย่างไรหากปราศจากมหาอำนาจ ซึ่งในสภาพอนาธิปไตยนั้น รัฐสามารถสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศโดยปราศจากมหาอำนาจให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน โดยผ่านสถาบันหรือองค์กรระหว่างประเทศ และในการสร้างความร่วมมือนี้ เรื่องของประโยชน์แห่งรัฐนั้น มีบทบาทสำคัญในการจัดตั้งสถาบันระหว่างประเทศ ทั้งนี้หลังสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลงองค์กรระหว่างประเทศได้สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งทางด้านการเมืองและเศรษฐกิจอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสารสำคัญของหนังสือเล่มนี้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษาของผู้วิจัยเรื่องของการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกิดขึ้น โดยผ่านสถาบันหรือองค์กรระหว่างประเทศ

2.1.1.4 วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 เรื่อง *บทบาทของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย: ศึกษากรณีโครงการความร่วมมือเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ.1993-2001* ของ จิรวัดน์ สุขสมเอนทร์ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในด้านพัฒนาการของโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ภายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2536-2544 (ค.ศ. 1993-2001) โดยเนื้อหาแล้วมุ่งเน้นศึกษาถึงมูลเหตุของความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ซึ่งความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นนี้ เกิดจากบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศ ในฐานะตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้เฉพาะในเรื่องหนึ่งๆ เป็น

พิเศษและมีความเชื่อร่วมกัน โดยเฉพาะมีความรู้ถึงเหตุและผลของสภาพปัญหาเอดส์อันนำไปสู่ การหาจุดร่วมเพื่อกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันและนำข้อตกลงที่ได้ไปสู่การพิจารณาเพื่อกำหนด เป็นแผนปฏิบัติหรือนโยบายระหว่างประเทศร่วมกัน ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวจนกระทั่งปัจจุบัน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีประเด็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกับงานของผู้วิจัย คือ การศึกษาถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ แต่เป็นการศึกษาในระดับทวิภาคีและ บทบาทของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐ

2.1.2 งานเขียนที่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์

2.1.2.1. สรุปรายงานการสัมมนาในระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 ระหว่างวันที่ 7-9 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข เรียบเรียงข้อมูล การประชุมครั้งนี้จัดโดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์และองค์การอนามัยโลก หนังสือ เรื่องนี้ประกอบด้วยบทสรุปที่เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาการจากการประชุมทั้ง 3 วัน ซึ่งได้แบ่งหัวข้อ นำเสนอออกเป็น 5 ประเด็น มีเนื้อหาตามหัวข้อโดยรวมถึงสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ที่เป็นการสรุปบทเรียนด้านระบาดวิทยาจาก 2 ทศวรรษของการระบาดของโรคเอดส์และ สถานการณ์เอดส์ปัจจุบันทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ และกล่าวถึงบริบทที่เกี่ยวกับ โรคเอดส์ทุกด้าน เช่น มาตรการและการพัฒนารูปแบบ การติดตาม กำกับ และการประเมินผล โครงการโรคเอดส์แห่งชาติ ผลที่ได้รับและบทเรียนการทำงานพัฒนาศักยภาพชุมชนในงานด้าน เอดส์ การให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย องค์การศาสนากับขบวนการทำงานด้าน เอดส์ในสังคม การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง บทเรียนและทิศ ทางการทำงานแก้ไขปัญหามาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ เป็นต้น

2.1.2.2 รายงานสถานการณ์โรคเอดส์และการดำเนินงานในประเทศไทย (2004 Thailand country profile HIV/AIDS situation in Thailand and national response to the epidemic (draft)) ของ UNAIDS ประเทศไทย ประจำปี ค.ศ. 2004 มีเนื้อหาถึงเรื่อง ประวัติการดำเนินงานในประเทศโดยย่อเพื่อแก้ไขปัญหามาเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึง ปัจจุบัน หลักการโดยสรุปของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งชาติฉบับต่างๆ การ ดำเนินการจัดสรรงบประมาณของทางภาครัฐในการดำเนินการแก้ไขปัญหามาเอดส์

2.1.2.3 HIV Positive Women in Thailand: Their Voices and Choices ศึกษา โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล งานวิจัยนี้ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิด ขึ้นกับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องประสบการณ์การตัดสินใจรับบริการด้านสุขภาพและการ ตระหนักถึงเรื่องดังกล่าว พ.ศ. 2542 – 2544 โดยมีพื้นที่การศึกษาคือ 3 จังหวัดของประเทศ

ไทย คือ กรุงเทพฯ 1 จังหวัดภาคเหนือ 1 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลของการศึกษาชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี ซึ่งมักจะถูกเปิดเผยประวัติเพราะการตรวจรักษา โดยระบบการบริการสาธารณสุข เป็นผลให้พวกเธอถูกสังคมรังเกียจ ทำให้พวกเธอเข้าไม่ถึงการรักษา ยิ่งกว่านั้น พวกเธอยังมีความรู้สึกกลัว สิทธิของพวกเธอถูกละเมิดจากทัศนคติแง่ลบและข้อบกพร่องด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้ผลการศึกษาของงานวิจัยชิ้นนี้ยังกล่าวถึงผลกระทบหลักที่เกิดขึ้นทางด้านสังคม กล่าวคือ พวกเธอต้องสูญเสีย ต้นทุนทางสังคม “Social Capital” คือ พวกเธอสูญเสียสามี ลูก และบรรดาญาติมิตร และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือ การว่างงาน นั่นคือการสูญเสียรายได้ ซึ่งในตอนท้ายของการศึกษาได้เสนอแนะให้มีโครงการแนะแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้ติดเชื้อให้แก่ สื่อ ประชาชน ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พวกลูกจ้าง และสถานที่ทำงาน

2.1.2.4 The Impact of HIV on Children in Thailand Research Report ของโครงการโรคเอดส์สภาภาคไทย (Program on AIDS, Thai Red Cross Society) เป็นรายงานการวิจัยถึงผลกระทบของเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 ได้อธิบายถึงสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ของเด็กไทยทั้งจากการติดเชื้อจากมารดาสู่บุตร การที่เด็กขายบริการทางเพศ สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงแก่การติดเชื้อ เช่น ชุมชนแออัด การที่เด็กติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาที่ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติและถูกกีดกันทางสังคม เช่น การได้รับการรักษา การได้รับการศึกษา ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ เป็นบทเรียนที่เกิดขึ้นในทวีปแอฟริกาซึ่งเป็นบทเรียนให้แก่ประเทศไทยเราได้เป็นอย่างดีทั้งในด้านผลกระทบทางสังคมและสุขภาพ และในรายงานฉบับนี้ได้มีการเสนอถึงผลกระทบของการเลือกปฏิบัติ และชี้ว่าการแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติแก่เด็กติดเชื้อเอชไอวีนั้น คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่เกี่ยวกับการติดต่อโรคเอดส์ให้แก่คนในชุมชน และผู้ประกอบการ

2.1.2.5 แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 โดย กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเอกสารแนวทางการปฏิบัติงาน การพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยปี 2545 สำหรับหน่วยงานที่เข้าร่วมในโครงการได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติงานเพื่อการดำเนินงาน เป็นไปในแนวทางเดียวกันและเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งเนื้อหาเอกสารกล่าวถึงขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ เช่น การพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานในการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วม ข้อตกลงการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการและแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

2.1.2.6 ผลงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย เช่น 2004 Report on the global AIDS epidemic: 4th global report ของ UNAIDS ประจำปี ค.ศ. 2004 เป็นรายงานที่สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก และความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของแต่ละประเทศโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา เช่น แนวทางการดำเนินงานเรื่องการป้องกัน การดูแลรักษา และเรื่องของยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งจะมีรายงานออกมาเป็นประจำทุกสองปี และรายงานเกี่ยวกับ **เอดส์: ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย (AIDS: Puzzle, Impacts and Responses in Thailand)** โดย นายแพทย์ชัยศ คุณานุสนธิ์ พ.ศ. 2543 เป็นการรวบรวมความรู้เรื่องโรคเอดส์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การติดเชื้อเอชไอวี การรักษา การป้องกันและกิจกรรมตอบสนองต่อการระบาดในประเทศไทย รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการพัฒนาวัคซีนเอดส์ **เอดส์ปริทัศน์** ของ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ พ.ศ. 2543 เป็นการสรุปรายงานการสัมมนาเรื่องโรคเอดส์ในระดับต่างๆ ที่ผู้เขียนได้เข้าร่วมประชุม เช่น การประชุมเอดส์โลก ครั้งที่ 12 กรุงเจนีวา การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ในภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก ครั้งที่ 5 การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 และเป็นการรวบรวมบทความที่ผู้เขียน เขียนเรื่องเอดส์เผยแพร่ในที่ต่างๆ

2.1.3. งานเขียนที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์

2.1.3.1 Debating Human Rights: Critical essays from the United States and Asia เรียบเรียงโดย Peter Van Ness คือ หนังสือที่นำนักวิชาการและนักเคลื่อนไหวจากเอเชียและสหรัฐอเมริกามาถกปัญหาเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่พบบ่อย เช่น ประเด็นที่เกี่ยวกับผลกระทบของโลกาภิวัตน์ ค่านิยมเอเชีย รวมถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนในประเทศจีนที่มักจะมีปัญหาการละเมิดสิทธิด้านสตรีและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศกับสิทธิมนุษยชน โดยมีการวิพากษ์วิจารณ์บทบาทของจีน ญี่ปุ่นและสหรัฐฯ เรื่องนโยบายการทูตเรื่องสิทธิมนุษยชนในโลกปัจจุบัน แม้ว่าผู้เขียนบทความแต่คนจะมาจากหลากหลายสาขาและมีมุมมองที่แตกต่างกัน แต่ก็มีความพยายามร่วมกันที่จะประนีประนอมเพื่อหาบรรทัดฐานเรื่องสิทธิมนุษยชนในทางปฏิบัติร่วมกัน

2.1.3.2 กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 จัดพิมพ์โดย มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท (FES) และคณะกรรมการประสานองค์กรสิทธิมนุษยชน (กปส.) มีไพโรจน์ พลเพชร เป็นบรรณาธิการ หนังสือเล่มนี้มีสาระสำคัญคือ การอธิบายถึงกลไกในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แก่ ศาลรัฐธรรมนูญ ศาลปกครอง ผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งผู้เรียบเรียงได้อธิบายถึงอำนาจหน้าที่ของแต่ละกลไก

และวิธีการที่ประชาชนจะสามารถได้ประโยชน์จากกลไกนี้ กลไกที่จัดตั้งขึ้นมีเจตนารมณ์เพื่อ การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน โดยรวบรวมบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไก คุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญไว้อย่างละเอียดด้วย

2.1.3.3 สิทธิมนุษยชน รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ จัดพิมพ์โดย มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท (FES) และคณะกรรมการประสานองค์กรสิทธิมนุษยชน (กปส.) มีศราวุฒิ ประทุมราช เป็นบรรณาธิการ หนังสือเล่มนี้ได้รวบรวมเนื้อหา สนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศฉบับเต็มในประเทศไทยได้ให้การรับรองเป็นภาคีแล้ว อย่างน้อย 4 ฉบับ ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ และกติการะหว่างประเทศว่าด้วย สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ซึ่งผู้เขียนได้เขียนแนะนำที่มาและคำอธิบายเนื้อหา สนธิสัญญาโดยย่อแต่ละฉบับไว้

2.1.3.4 สิทธิมนุษยชนไทยในสถานการณ์สากล งานวิจัยของสำนักงานกองทุน สนับสนุนการวิจัย (สกว.) การศึกษาวิจัยเรื่อง “สิทธิมนุษยชนไทยในสถานการณ์สากล” เป็น โครงการศึกษาวิจัยที่มีคำถามเบื้องต้น 2 ข้อ คือ ข้อแรก การให้นิยามความหมายของสิทธิ มนุษยชนในเชิงให้เป็นหลักคิดอย่างไรในฐานะเป็นหลักการแกนกลางที่สามารถใช้อ้างอิงร่วมกัน ได้ และข้อสองบนพื้นฐานของหลักความคิดนี้จะมองและจับประเด็นปัญหาสิทธิมนุษยชนกัน อย่างไรให้เป็นรูปธรรมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและประวัติศาสตร์ พร้อมทั้งการกำหนดระเบียบวาระที่เหมาะสมและตรงประเด็นสำหรับการศึกษาวิจัยที่สร้างสรรค์ และการกำหนดหลักนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปกป้องและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนได้เป็นไป อย่างสัมฤทธิ์ผล เป้าหมายของงานวิจัยนี้อยู่ที่เรื่องของ “สถานการณ์สากล” กล่าวคือ พฤติกรรม ของบรรดาบรรษัทข้ามชาติและสถาบันเศรษฐกิจการเงินระหว่างประเทศ รวมถึงนโยบายพัฒนา รัฐ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในปัจจุบัน ส่วนคำว่า “สิทธิมนุษยชนไทย” จะอยู่บนพื้นฐานของหลักการ ว่าด้วยสิทธิในการพัฒนาตนเองดังกล่าวมีความมุ่งหมายที่จะมีส่วนร่วมสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ อันเป็นสากลของพัฒนาการสิทธิมนุษยชนเช่นว่านี้ในท่ามกลางของความหลากหลายทาง วัฒนธรรม ภายใต้หัวข้อวิจัยหลักนี้ ประกอบด้วยหัวข้อวิจัยย่อย 9 หัวข้อ คือ

1. เศรษฐกิจเสรี การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อสิทธิทางเศรษฐกิจ และสังคมในประเทศไทย
2. นโยบายการพัฒนาของรัฐกับการละเมิดสิทธิชุมชนชนบท
3. เอเชียวิถีกับสิทธิมนุษยชนบนรากฐานวัฒนธรรม
4. สิทธิมนุษยชนในประวัติความคิดของสังคมไทย
5. การปฏิรูปสื่ออิเล็กทรอนิกส์กับสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย
6. กฎหมายสิทธิมนุษยชนกับเทคโนโลยีชีวภาพ
7. สิทธิเกษตรกรในประเทศไทย: กระบวนการเรียนรู้กับระบบเกษตรกรรม

8. สิทธิชุมชนและสิทธิเกษตรกรในทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น
9. สิทธิชุมชนท้องถิ่น จากจารีตประเพณีสู่สถานการณ์ปัจจุบัน: การศึกษาเพื่อแสวงหาแนวทางนโยบายสิทธิชุมชนท้องถิ่นในประเทศไทย

2.1.3.5 วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2543 เรื่อง **ข้อจำกัดของสหประชาชาติในการให้ความคุ้มครองสิทธิมนุษยชน** ผู้เขียน กมลรัตน์ อินุตมา วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ศึกษาถึงข้อจำกัดของระบบการให้ความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ ซึ่งเหตุผลสำคัญก็คือ การขาดความร่วมมือจากรัฐสมาชิกกับหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติและการขาดอำนาจบังคับของสหประชาชาติต่อรัฐสมาชิกที่ทำการละเมิดกฎหมายสิทธิมนุษยชน แม้ว่าตั้งแต่มีการก่อตั้งสหประชาชาติ จะมีการส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ เพศ ภาษา และศาสนา

2.1.3.6 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2547 **ความตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์** เขียนโดย จิราภรณ์ ทิพย์ศุภลักษณ์ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจด้านสังคมสงเคราะห์ มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการจากงานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน รวมทั้งศึกษาถึงการปฏิบัติตนเพื่อปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีขอบเขตทางด้านเนื้อหา คือ ศึกษาในสิทธิ 5 ด้าน ได้แก่ สิทธิด้านส่วนตัว สิทธิด้านการศึกษา สิทธิด้านการทำงาน สิทธิด้านการดูแลรักษาพยาบาล และสิทธิด้านความมั่นคงและการบริการทางสังคม

2.1.3.7 เอดส์ และ สิทธิเด็ก: ผลกระทบต่อประเทศไทย (AIDS and Child Rights: the impact on Thailand) โดย วิทิต มันทาภรณ์ กล่าวถึงเอดส์และสิทธิเด็กในมิติระหว่างประเทศและมิติของประเทศไทย อธิบายถึงสิทธิในแง่มุมต่างๆ เช่น สิทธิที่จะไม่ถูกแบ่งแยกเลือกปฏิบัติ การดำรงชีวิต สิทธิส่วนบุคคล สิทธิที่จะได้รับมาตรฐานสาธารณสุขอย่างสูงสุดเท่าที่พึงจะกระทำได้ สิทธิที่จะได้รับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีพอ และสิทธิทางสวัสดิการสังคม รวมไปถึงเรื่องสิทธิทางการศึกษาและการแสวงหาข้อมูลและสิทธิที่จะไม่ถูกทำร้ายและถูกแสวงหาประโยชน์ ตลอดจนสิทธิที่จะได้รับการดูแลโดยวิธีอื่น

อย่างไรก็ดี ยังมีเอกสารและหนังสือที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่องนี้อีกหลายฉบับที่มีได้กล่าวถึง โดยส่วนใหญ่จะเป็นงานเขียนที่เกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ในแง่มุมต่างๆ และงานเขียนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนซึ่งผู้วิจัยสามารถนำมาประกอบเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าได้เป็นอย่างดี

2.2. กรอบความคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่ามีความคิดทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่เหมาะสมมากกว่าหนึ่งแนวความคิดที่จะใช้เป็นกรอบความคิดและช่วยสะท้อนภาพของประเด็นความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 ซึ่งแนวความคิดหลักที่จะใช้เป็นกรอบความคิดในการศึกษา คือ แนวความคิดความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation) ในมุมมอง Neoliberalism และแนวความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights-Based Approaches)

2.2.1. แนวความคิดความร่วมมือระหว่างประเทศ (International Cooperation)

ในมุมมอง Neoliberalism ตามมุมมองของ Neoliberalism มีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ แม้จะมีสมมติฐานหลักเช่นเดียวกับ Realism ที่เห็นว่าระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศมีสภาพอนาธิปไตยและรัฐถือเป็นตัวแสดงหลักในระบบ แต่ในขณะเดียวกัน Neoliberalism ยังคงเห็นว่ารัฐมิใช่ตัวแสดงหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศให้เกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Neoliberalism เห็นว่ารัฐส่วนใหญ่เห็นแก่ประโยชน์ของตนมุ่งหาผลประโยชน์แห่งชาติเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ก็ยังเห็นว่าสถาบันระหว่างประเทศจะมีบทบาทหลักในการดำเนินการทำให้ความรุนแรงลดลง รวมถึงลดความไม่ไว้วางใจและการทรยศหักหลังระหว่างกันลงได้ ซึ่ง Neoliberalism เห็นว่าการสร้างความร่วมมือที่เกิดขึ้นนั้น ก็เพื่อสร้างผลประโยชน์ให้แก่ทุกรัฐร่วมกัน โดยรัฐไม่จำเป็นต้องเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทเท่านั้น รัฐสร้างความร่วมมือกับการองค์กรหรือสถาบันระหว่างประเทศได้

แนวความคิด Neoliberalism นั้นเห็นว่าความร่วมมือระหว่างประเทศเกิดขึ้นได้เพราะตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศต่าง ๆ มองการณ์ไกลถึงอนาคต เพื่อผลประโยชน์ของตนเองที่จะได้รับ ความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดจากสถาบันหรือไม่ก็ได้ อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้หมายความว่าสถาบันจะเป็นผู้ดูแลความร่วมมือที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ Neoliberalism ยังมองว่าประเด็นความมั่นคงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ และองค์กรระหว่างประเทศจะช่วยสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งองค์กรระหว่างประเทศนั้นช่วยรับประกันการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในอนาคตได้ แต่ปฏิสัมพันธ์นี้ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นเฉพาะเรื่องความมั่นคงเท่านั้น สามารถเป็นทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิมนุษยชน

ในบทความเรื่องการบรรลุถึงความร่วมมือภายใต้สภาวะอนาธิปไตย¹ โรเบิร์ต แอ็คเซลรอด (Robert Axelrod) และ โรเบิร์ต โอ โคเฮน (Robert O. Keohane) ได้อธิบายถึงลักษณะของความร่วมมือไว้ว่า ความร่วมมือ (cooperation) สามารถเกิดขึ้นได้ในสภาวะการณ์ที่ฝ่ายเกี่ยวข้องต่างมีผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกันได้และกับผลประโยชน์ที่สอดคล้องกัน ซึ่งโรเบิร์ต แอ็คเซลรอด (Robert Axelrod) และ โรเบิร์ต โอ โคเฮน (Robert O. Keohane) ได้กล่าวถึงแนวทาง หรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มของตัวแสดงในการแสดงพฤติกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างภายใต้ระบบระหว่างประเทศที่มีสภาพเป็นอนาธิปไตย 3 ประการดังต่อไปนี้ คือ

- (1) **ผลประโยชน์ร่วมกัน (Mutuality of interest)**² สามารถอธิบายได้ว่า การก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ (payoff structure) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระดับความร่วมมือ คือ ถ้าตัวแสดงมีระดับของความขัดแย้งเรื่องผลประโยชน์มากเท่าใด จะมีโอกาสของความไม่ร่วมมือมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งผลการร่วมมือที่เกิดขึ้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของรัฐเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับมุมมองประโยชน์ของตนในแต่ละตัวแสดง อย่างไรก็ตามแต่ละฝ่ายสามารถจะได้รับผลประโยชน์จากความร่วมมือที่เกิดขึ้น ถ้าสามารถทำให้ความร่วมมือบรรลุผลสำเร็จได้ ถึงแม้ว่าผลประโยชน์ที่ได้รับนั้นจะไม่เท่ากันก็ตาม ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการดำเนินการและการพิจารณาถึงสถานการณ์ในรูปแบบต่างจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง
- (2) **ความคาดหวังในอนาคต (The shadow of the future)**³ การพิจารณาถึงความคุ้มค่าในอนาคตจะมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความคุ้มค่าในปัจจุบัน ความไม่ต้องการที่จะร่วมมือกันในปัจจุบัน จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งกระทำการตอบโต้บ้างในอนาคต ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการพิจารณาถึงความคาดหวังในอนาคตนั้นประกอบด้วย ผลประโยชน์ในระยะยาว ความสม่ำเสมอของการได้รับผลประโยชน์ (regularity of stakes) ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการกระทำของอีกฝ่ายอื่นๆ (reliability of information about the others' action) ผลสะท้อนกลับที่รวดเร็วที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง (quick feedback about changes in the others' action) การคำนึงถึงผลประโยชน์ในอนาคตจึงมีส่วนอย่างมากต่อการตัดสินใจในความร่วมมือเนื่องจากการมองว่าจะได้รับผลตอบแทนอย่างไรบ้าง แม้จะได้เพียง

¹ Robert Axelrod and Robert O. Keohane , “ Achieving Cooperation Under Anarchy”, *World Politics* 38 (October 1985): 226-54.

² Ibid., pp. 228-232.

³ Ibid., pp. 232-234.

เล็กน้อย หรือคาดว่าจะได้รับในอนาคต จึงมีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือด้วยเช่นกัน

- (3) **จำนวนตัวแสดง (The number of actors)**⁴ จำนวนของตัวแสดงมีผลต่อความร่วมมือ เนื่องจากค่านิยมของแต่ละตัวแสดงมีความแตกต่างกัน ทำให้โอกาสที่ความร่วมมือจะสำเร็จหรือล้มเหลวมีมากขึ้น Axelord ซึ่งให้เห็นว่า เมื่อตัวแสดงมีจุดมุ่งหมายของผลประโยชน์ของตนอยู่แล้ว การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน (reciprocity) จะเป็นวิธีการที่ได้ผลที่สามารถจะทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างตัวแสดงได้

สำหรับการศึกษานี้ จะอาศัยกรอบความคิดเรื่อง ผลประโยชน์ร่วมกัน และ ความคาดหวังในอนาคต มาช่วยอธิบายเป็นสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยอธิบายถึงเหตุผลของการสร้างความร่วมมือระหว่างกันของตัวแสดงต่างๆ รวมทั้งเหตุผลที่ทำให้รัฐบาลไทยร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ทั้งนี้ก็เพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของประเทศทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง และความคาดหวังในอนาคตที่จะตามมา เช่น สามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ และที่สำคัญจะเป็นการช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการสร้างความร่วมมือกันระหว่างประเทศครั้งนี้

2.2.2 แนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights-Based Approaches)

งานวิจัยฉบับนี้มุ่งเน้นศึกษาถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน ผู้วิจัยจึงอาศัยกรอบความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมาอธิบายถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ภายในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 ในประเด็นสิทธิมนุษยชนว่ามีความก้าวหน้าไปมากน้อยแค่ไหนและประสบความสำเร็จหรือไม่อย่างไร ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

ประวัติความเป็นมาของแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน มีที่มาจากเรื่องสิทธิมนุษยชน ในประวัติศาสตร์ของมวลมนุษยชาติ มนุษย์ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับความอยุติธรรม ความแตกแยก ความสับสนอลหม่านและการถูกกดขี่ข่มเหงมาโดยตลอด หนึ่งพันกว่าปีที่ผ่านมาในสังคมจึงมีการสร้างหลักการทางศีลธรรมและจริยธรรมขึ้นมาเพื่อเป็นการควบคุมสร้างความเป็นระเบียบระหว่างปัจเจกบุคคลและสังคม เช่น พระไตรปิฎกของศาสนาพุทธ คัมภีร์ไบเบิล

⁴ Ibid., pp. 234-238.

เป็นต้น⁵ อย่างไรก็ตามเรื่องสิทธิมนุษยชนได้เป็นบรรทัดฐานของประชาคมโลกอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม นับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลงเป็นต้นมา

หลังจากที่สงครามโลกครั้งที่สองได้ยุติลงเมื่อปี พ.ศ. 2488 (ค.ศ.1945) โดยชัยชนะของฝ่ายสัมพันธมิตรที่มีสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย เป็นผู้นำนั้น ประชาคมโลกก็ได้ตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนอย่างจริงจังมากขึ้น เนื่องจากความทารุณโหดร้ายและความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสงครามโลกครั้งที่สองเป็นที่ประจักษ์แก่ทุกประเทศ ในสงครามครั้งนี้มนุษย์ได้ทำลายล้างกันเอง กล่าวคือ พรรคนาซีเยอรมันได้ฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ชาวยิวหลายล้านคน และได้ทำร้ายประชาชนทุกประเทศที่เยอรมันเข้ายึดครอง การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การย้ายสิทธิสตรี เด็กถือเป็นการทำลายศักดิ์ศรีของมนุษย์อย่างชัดเจน หัวหน้ารัฐบาลประเทศสัมพันธมิตรต่างเห็นพ้องต้องกันว่าต้องหามาตรการที่เป็นรูปธรรม ป้องกันมิให้มีการทำลายศักดิ์ศรีของมนุษย์เกิดขึ้นอีก

ดังนั้น ภายหลังจากก่อตั้งองค์การสหประชาชาติแล้วในวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2488 มติที่ประชุมใหญ่ได้มีการรับรองกฎบัตรสหประชาชาติ (UN Charter) โดยในกฎบัตรนี้มีข้อความหลายตอนที่แสดงถึงความมุ่งมั่นของสหประชาชาติในการทำหน้าที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ต่อมาเมื่อ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2489 (ค.ศ.1946) สหประชาชาติได้ตั้งคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน (The Commission on Human Rights) ให้อยู่ภายใต้คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Council: ECOSOC) จากนั้น ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2490 (ค.ศ. 1947) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนได้เรียกประชุมเป็นครั้งแรกและได้แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างเอกสารสหประชาชาติเพื่อคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน โดยแบ่งออกเป็น 3 ชุด ชุดแรก จัดทำร่างปฏิญญา (Declaration) ชุดที่สองจัดทำอนุสัญญา (Convention) ชุดที่สามศึกษาปัญหาทางการเมืองระหว่างประเทศ จนในที่สุดเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) คณะกรรมการยกร่างปฏิญญา ได้มีการประชุมหลายครั้งและได้นำเสนอร่างปฏิญญาให้สมัชชาสหประชาชาติลงมติยอมรับและประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ด้วยคะแนนเสียง 48 เสียง ไม่มีเสียงคัดค้าน ทั้งนี้กลุ่มประเทศคอมมิวนิสต์ทั้งหมด รวมทั้งซาอุดีอาระเบียและแอฟริกาใต้ งดออกเสียง สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ให้การรับรอง⁶

สิทธิมนุษยชน การพัฒนา สันติภาพและประชาธิปไตย ถือเป็นหลักการสำคัญของสหประชาชาติตั้งแต่เริ่มก่อตั้งองค์การมากกว่าหกสิบปี แต่ในทางตรงกันข้าม การพัฒนามนุษยชนยังคงไม่ได้นำมาใช้ในทางปฏิบัติควบคู่กัน มีหลายเหตุผลที่ทำให้เรื่องสิทธิมนุษยชนกับการพัฒนาแยกกัน คือ สิทธิมนุษยชน เป็นหลักการที่ได้รับการส่งเสริมจากประเทศตะวันตก

⁵ Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific, (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 10.

⁶ คราวุฒิ ประทุมราช, บรรณาธิการ, สิทธิมนุษยชน: รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ (กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544), หน้า 3-4.

ซึ่งก็คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มักจะให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิของพลเมือง สิทธิทางการเมือง และเสรีภาพเท่านั้น ซึ่งโดยมากนักกฎหมายและนักรัฐศาสตร์จะตระหนักถึงเรื่องดังกล่าวเพียงเท่านั้น หรือมองอีกมุมหนึ่ง การพัฒนาจะถูกมองเทียบเป็นความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งกลุ่มคนที่จะตระหนักถึงความสำคัญ คือ วิศวกร นักเศรษฐศาสตร์และเกษตรกร⁷

พ.ศ. 2509 (ค.ศ.1966) ถือเป็นช่วงเวลาดีดเคียดที่สุดของสงครามเย็น ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้รับรองผ่านสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศอีกสองฉบับ คือ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (the International Covenant on Civil and Political Rights) ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาให้สัตยาบันสนับสนุนกติการะหว่างประเทศฉบับนี้ และส่วนประเทศสังคมนิยมจะให้การสนับสนุนกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (the International Covenant on Economics, Social and Cultural rights)⁸

แนวทางการพัฒนาระหว่างประเทศนั้น มีการเปลี่ยนแปลงมุ่งเน้นเป้าหมายแตกต่างกันไป ในช่วงทศวรรษ 1950 -1960 มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนามุ่งเน้นทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ไปสู่การพัฒนาทางสังคม ส่วนทศวรรษ 1980 - 1990 เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาทางสังคมไปสู่เน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนและการพัฒนาให้คนเป็นศูนย์กลาง การเปลี่ยนแปลงนี้ นำไปสู่การเข้าใจระดับรากเหง้าของปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ตลอดจนการสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย อีกทั้งให้รัฐบาลเพิ่มการบริการทางสังคมให้มากขึ้น การรณรงค์ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสุดท้ายทำให้หน่วยงานด้านการพัฒนาทำงานร่วมกันมากขึ้น

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของการพัฒนาระหว่างประเทศอยู่เป็นประจำ อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องความยากจนยังคงเป็นปัญหาที่ยังคงมีอยู่ในสังคมระหว่างประเทศ เนื่องจากองค์การการพัฒนาสากลไม่ประสบความสำเร็จกับการจัดปัญหาความยากจนทั่วโลกตามพันธานที่ตั้งไว้ จะเห็นได้จาก ทั่วโลกมีคนร่ำรวยเพิ่มมากขึ้นในครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ในขณะที่เดียวกันจำนวนคนยากจนก็เพิ่มมากขึ้นจากแต่ก่อนด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยเพิ่มมากขึ้น⁹

นับตั้งแต่สงครามเย็นสิ้นสุดลงแนวทางการพัฒนาและเรื่องสิทธิมนุษยชนเริ่มเป็นแนวทางที่ต้องอยู่คู่กันมากขึ้น พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) สหประชาชาติได้ผ่านร่างปฏิญญาว่าด้วยสิทธิเพื่อนำไปสู่การพัฒนา (Declaration on the Right to Development) ถึงแม้ว่าปฏิญญา

⁷ Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific, p. 10.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid, p. 10-11.

ฉบับนี้ประเทศร่ำรวย หรือประเทศตะวันตกจะไม่ได้ร่วมรับรองก็ตาม เนื้อหาสำคัญของปฏิญญาฉบับนี้ กล่าวถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างสิทธิพลเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาสามปีต่อมา ใน ปี พ.ศ. 2532 (ค.ศ. 1989) การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องของสิทธิเด็ก ที่ประชุมนี้ได้มีการรับรองอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (the UN Convention on the Rights of the Child: UNCRC) และยังเป็น การแสดงถึงความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างสิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางสังคม สิทธิทางเศรษฐกิจ และสิทธิทางวัฒนธรรมอีกครั้ง¹⁰

พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) การประชุมที่เวียนนาว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นการรับรองเรื่องของสิทธิมนุษยชนกับการพัฒนาอีกครั้งว่าต้องอยู่ควบคู่กัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ ก่อให้เกิดงานเขียนสองชิ้นที่ทรงอิทธิพลแห่งสหประชาชาติ คือ หนังสือเรื่อง Development as Freedom เป็นผลงานเขียนของอมรรตยา เสน (Amartya Sen) และ รายงานการพัฒนามนุษย์ว่าด้วยเรื่องการพัฒนาคนและสิทธิมนุษยชนของUNDP (Human Development Report (HDR) on Human development and human right)¹¹ จากที่กล่าวมาเบื้องต้นถึงพัฒนาการของแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานสามารถสรุปภาพความเป็นมาได้ดังแผนภาพนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁰ Ibid, p. 11.

¹¹ Ibid.

ตารางที่ 1 สรุปความเป็นมาแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน

พ.ศ. 2483 (ค.ศ.1940)	กฎบัตรสหประชาชาติ : สันติภาพ สิทธิมนุษยชน และการพัฒนา (2488) (UN Charter : peace, human rights, development 1948)		
	ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (2491) (Universal Declaration of Human Rights 1948)		
พ.ศ. 2493 (ค.ศ. 1950)			การพัฒนาเศรษฐกิจ (Economic development)
พ.ศ. 2503 (ค.ศ. 1960)	สิทธิพลเมืองและสิทธิการเมือง (Civil and Political rights)	สิทธิทางเศรษฐกิจและสังคม (Economic and social rights)	การพัฒนาสังคม (Social development) การพัฒนาให้คนเป็นศูนย์กลาง (People-centred development)
พ.ศ. 2513 (ค.ศ. 1970)			
พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980)			
พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990)	ปฏิญญาว่าด้วยเรื่องสิทธิเพื่อนำไปสู่การพัฒนา (2529) (Declaration on the Right to Development 1986) การประชุมเวียนนาว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน : สิทธิมนุษยชนและการพัฒนา (2536) (Vienna Conference on Human Rights : human rights and development belong together 1993) การประชุมสุดยอดว่าด้วยเรื่องสังคม กรุงโคเปนเฮเกน (2538) (Copenhagen Social Summit 1995) การปฏิรูปองค์การสหประชาชาติ การพัฒนาการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน (2540) (UN Reform : rights-based development 1997) การกำหนดแผนว่าด้วยเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน และการกำหนดแผนว่าด้วยสิทธิเด็ก (2541) (Rights-Based Programming and Child Rights Programming 1998)		
พ.ศ.2543 (ค.ศ. 2000)	อมรรตยา เสน การพัฒนาคือเสรีภาพ (Amartya Sen : Development as Freedom) รายงานการพัฒนามนุษย์ของ UNDP : สิทธิมนุษยชนและการพัฒนามนุษย์ (UNDP Human Development Report : Human Rights and Human Development)		

ที่มา: Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific, (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p.10.

หมายเหตุ: ค.ศ. 1950 – 1980 เป็นช่วงระยะเวลาสงครามเย็น

ปัจจุบันนี้องค์การชำนาญพิเศษสหประชาชาติ ไม่ว่าจะเป็น UNDP UNICEF UNFPA UNIFEM UNAIDS WHO ฯลฯ รัฐบาลประเทศตะวันตก เช่น รัฐบาลประเทศอังกฤษ รัฐบาลประเทศสวีเดน รัฐบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ รัฐบาลประเทศนอร์เวย์ ฯลฯ และองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์กร ActionAid องค์กร Oxfam องค์กร Save the Children องค์กร CARE ฯลฯ ที่นำแนวคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมาปรับประยุกต์ใช้ในการทำงาน

หนึ่งในเหตุผลสำคัญที่ทำให้แนวคิดนี้เป็นที่นิยมก็คือความมีประสิทธิภาพเมื่อนำเรื่องการพัฒนา มาใช้ควบคู่กับสิทธิมนุษยชนมากกว่าที่จะใช้เรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงอย่างเดียวในการปฏิบัติงาน¹²

สิทธิมนุษยชนก่อให้เกิดข้อตกลงระดับนานาชาติอยู่บนมาตรฐานของกฎหมายที่ส่งเสริม เรื่องความเป็นธรรม ความเท่าเทียม การมีส่วนร่วม และต้องให้เหตุผลได้ อย่างไรก็ตาม การที่จะ ทำให้รัฐบาลตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนและนำไปปฏิบัติตามนั้นเป็นเรื่องที่ยากกว่าการที่จะ เชิญชวนให้รัฐบาลเหล่านั้นมาร่วมให้สัตยาบันรับรองสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชน¹³ การให้ความ เคารพต่อเรื่องสิทธิมนุษยชนและประชาธิปไตยนั้นทำให้การพัฒนามนุษย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น องค์การการพัฒนา เช่น ธนาคารโลก (World Bank) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) องค์การสหประชาชาติ (UN) และองค์การการกุศลนานาชาติมีการควบคุมทรัพยากรและกลไก การดำเนินงานที่เข้มแข็งอันจะนำไปสู่ความสามารถที่จะทำให้สิทธิมนุษยชนมีประสิทธิภาพมาก ขึ้น

สิทธิมนุษยชนถือเป็นข้อตกลงทางกฎหมายและมาตรฐานทางจริยธรรมในระดับ นานาชาติ โดยส่วนใหญ่แล้วหลักการดังกล่าวมักไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาทั้งทางทฤษฎี และปฏิบัติ¹⁴ ทั้งนี้ หลักการเบื้องต้นของสิทธิมนุษยชน คือ

สิทธิเป็นเรื่องสากล (Rights are Universal) สนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ตั้งอยู่บนพื้นฐานเรื่องการให้สิทธิของพลเมือง การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และ เสรีภาพของมวลมนุษยชาติที่อยู่บนโลกใบนี้ทุกที่และตลอดเวลา ความเท่าเทียม การไม่เลือก ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของเรื่องสิทธิมนุษยชน¹⁵

สิทธิไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ (Rights are inalienable) มนุษย์ทุกคนมีสิทธิติด ตัวมาเหมือนกันตั้งแต่เกิด สิทธิมนุษยชนจึงไม่สามารถที่จะมีใครพรากเอาไปหรือมอบให้กันได้¹⁶

สิทธิต้องมากับความรับผิดชอบ (Rights come with responsibilities) หัวใจของหลัก ความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าของสิทธิ (rights holder) และ ผู้มี หน้าที่รับผิดชอบ (duty bearer) รัฐ (หรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ) จะต้องรับผิดชอบและรับรอง ว่าสิทธิของประชาชนทุกคนจะได้รับความเคารพ การปกป้อง และการทำให้เป็นจริงอย่างเท่า เทียมกัน แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่ารัฐจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบทุกอย่าง แต่รัฐมีพันธะที่จะสร้าง เงื่อนไขที่จะทำให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ผู้ปกครอง ภาคธุรกิจ องค์กรท้องถิ่น และสถาบันนานาชาติรับผิดชอบดูแลเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ ส่วนเจ้าของสิทธินั้นมีหน้าที่

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid, p. 2.

¹⁵ Ibid, p. 3

¹⁶ Ibid.

จะต้องรับผิดชอบเรื่องการให้ความเคารพและต้องไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นเช่นกัน¹⁷ ตลอดจน การมีส่วนร่วมถือเป็นหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนด้วยเช่นกัน อาจกล่าวได้ว่าเด็ก ผู้หญิง ผู้ชายทุกคนล้วนแล้วแต่ต้องการที่จะได้รับสิทธิของพวกเขาจากผู้มีหน้าที่ดูแลเรื่องสิทธิ การประชาสัมพันธ์ การแสดงออก และการมีสมาคมเกี่ยวกับเรื่องของสิทธิพลเมือง จัดเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับสิทธิตามที่เขาต้องการ

กรอบบรรทัดฐานเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นพื้นฐานของการวางนโยบายระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เช่น ความยากจน โรคระบาด สงคราม เป็นต้น ซึ่งถูกประมวลเป็นปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (UDHR) ปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ.1948) กรอบบรรทัดฐานนี้ทำให้มีการตั้งบรรทัดฐานที่ชัดเจนและมีการวางแนวทางนโยบายที่มีคุณค่าไปสู่การเคารพสิทธิมนุษยชนที่มีอยู่กับตัวบุคคลทุกคนมาแต่กำเนิดและเป็นสิ่งที่มีความเท่าเทียมกันของมนุษย์ทุกคนที่จะต้องตระหนักถึงไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมี เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา การเมือง หรือชาติและสังคมดั้งเดิม หรือการแสดงความคิดเห็นอื่นๆ ทรัพย์สินสมบัติ ชาติกำเนิด หรือสถานะทางสังคมเป็นแบบใดก็ตาม¹⁸

ในคริสต์ศตวรรษที่ 20 ชุมชนระหว่างประเทศ (International community) ได้พัฒนากรอบกฎหมายอย่างเข้มข้นเพื่อปกป้องและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน (แผนภาพที่ 2) จะเห็นได้จากการที่องค์การสหประชาชาติมีความพยายามที่จะขยายแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนให้เกิดผลเป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง โดยไม่เพียงแต่กำหนดหลักการและมาตรฐานความเข้าใจเกี่ยวกับด้านสิทธิมนุษยชนเป็น “ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” เท่านั้น (ด้วยหลักการมูลฐานของความเท่าเทียมกันในหมู่มวลมนุษย์โดยไม่เลือกเชื้อชาติ ประเทศ เผ่าพันธุ์ ภาษา ศาสนา ความคิดทางการเมือง ทรัพย์สิน ชาติกำเนิด ชาติพันธุ์ วรรณะหรือสถานะใดๆ รวมถึงสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิต การแสวงหาที่พักพิงเพื่อหนีภัยความตาย สิทธิเสรีภาพด้านต่างๆ รวมถึงสิทธิที่จะไม่ถูกทรมานและการกระทำที่ย่ำยีหรือละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์) แต่ยังได้รับรองกติการะหว่างประเทศว่าสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights: ICCPR) และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: ICESCR) ในปี พ.ศ. 2509 (ค.ศ. 1966) ซึ่งมีผลใช้บังคับในอีก 10 ปีข้างหน้า นั่นคือ ปี พ.ศ. 2519 (ค.ศ. 1976) ตามแนวทางนี้เองจึงมีอนุสัญญาเฉพาะที่จะปกป้องสิทธิของกลุ่มเปราะบางได้อย่างแน่นอน เช่น สตรีและเด็ก อีกทั้งมีการอธิบายถึงสิทธินั้นอย่างชัดเจน เช่น การจัดการเลือกปฏิบัติทางเผ่าพันธุ์ สนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้รับรองอีก 4 ฉบับ คือ 1. อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ

¹⁷ Ibid.

¹⁸ UNDP, Poverty Reduction and Human Right: A practice note, (n.p.: UNDP, 2003), p.3. cited in [http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf). [2006, October 6].

(International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination) 2. อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) 3. อนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านทารุณกรรม และการปฏิบัติอื่นหรือการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรมหรือละเมิดร้ายย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) และ 4. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)

แผนภาพที่ 1 สนธิสัญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ



ที่มา: UNDP, Poverty Reduction and Human Rights: A Practice Note, (n.p.: UNDP, 2003), p.3. cited in [http:// www.undp.org/governance/docs/HRPN_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf). [2006,October 6].

ทั้งนี้รัฐจะต้องตั้งใจเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกรับรองอนุสัญญาและสนธิสัญญา โดยจะมี คณะกรรมการหรือร่างแบบประเมินผลของสนธิสัญญาที่ถูกเขียนขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน สิทธิมนุษยชนซึ่งรัฐภาคีเป็นผู้จัดสรรและติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามสนธิสัญญาว่า

ด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ ทุกรัฐต้องรับรองให้สัตยาบันอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชนอย่างน้อยที่สุดหนึ่งฉบับจากจำนวนทั้งหมดหกฉบับหลัก และร้อยละ 80 ของประเทศสมาชิกได้ให้สัตยาบันกับอนุสัญญาประเทศละสี่ฉบับหรือมากกว่านั้น

อย่างไรก็ดี หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิมนุษยชนต้องปรับปรุงการดำเนินให้ตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานเรื่องสิทธิมนุษยชนนั้นต้องการมากกว่าการให้สัตยาบันในสนธิสัญญาระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน โดยรัฐและหน่วยงานที่รับผิดชอบมีหน้าที่จะต้องดำเนินการเรื่องสิทธิให้เป็นรูปธรรม เช่น เปลี่ยนแปลงกฎหมาย นโยบาย หรือโครงการ การมีนโยบายเศรษฐกิจที่ส่งเสริมเรื่องสิทธิ หรือการมีกฎหมายที่จะต่อต้านการละเมิดสิทธิมนุษยชน การจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ด้อยโอกาส พวกเขาขออย่างทั่วถึง การเปลี่ยนแปลงเรื่องการตระหนักค่านึง ทศนคติ พฤติกรรม การปฏิบัติบรรทัดฐาน และค่านิยม สร้างความเท่าเทียม แก้ไขห้วงอ้อมให้ตรงจุด และจัดให้บริการที่ทั่วถึงและเท่าเทียม สร้างโอกาสเพื่อการมีส่วนร่วมของเจ้าของสิทธิให้เขาเหล่านั้นมีสิทธิในการตัดสินใจและการเรียกร้องสิทธิของตน การเก็บข้อมูลความก้าวหน้าและตัวชี้วัดของการดำเนินงานให้เรื่องสิทธิบรรลุผลสำเร็จ

การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเป็นกรอบความคิดสำหรับการพัฒนามนุษย์ที่เป็นบรรทัดฐานอยู่บนหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศและการควบคุมการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชน¹⁹

การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานได้บูรณาการบรรทัดฐาน กฎเกณฑ์และหลักการที่สำคัญของระบบสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศไปสู่การวางนโยบาย แผนปฏิบัติและกระบวนการพัฒนาบรรทัดฐานและข้อกำหนดได้บรรลุประเด็นสำคัญตามปฏิญญาและสนธิสัญญาระหว่างประเทศ หลักการนั้นประกอบด้วยเรื่องความเท่าเทียม ความเสมอภาค ความโปร่งใส การมีอำนาจ และการมีส่วนร่วม ซึ่งหลักการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานประกอบด้วยปัจจัยสำคัญต่างๆ ดังนี้ คือ การมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสิทธิ (express linkage to rights) ความมีเหตุมีผล (accountability) การให้อำนาจ (empowerment) การมีส่วนร่วม (participation) การไม่เลือกปฏิบัติและการให้ความใส่ใจกับกลุ่มด้อยโอกาส (non-discrimination and attention to vulnerable groups)²⁰

ปัจจุบันแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน มักจะถูกองค์การระหว่างประเทศ องค์การพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศมักจะนำแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมาใช้

¹⁹ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, What is a rights-based approach to development? [Online]. (n.d). Available from: <http://www.unhcr.ch/development/approaches-04.html> [2006, September 7].

²⁰ Ibid.

เป็นกรอบความคิดที่จะสร้างวาระแห่งการพัฒนา การที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศตะวันตกหรือแม้แต่ประเทศส่วนใหญ่ของทวีปเอเชียตะวันออก ตะวันออกกลางและ แอฟริกา ส่งผลให้สิทธิมนุษยชนถูกยกเป็นหนึ่งข้อตกลงที่เป็นสากลและเป็นหนึ่งในการอธิบายวัตถุประสงค์สำคัญสำหรับการพัฒนา โดยจะต้องปราศจากทัศนคติว่าเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นเพียงแค่เรื่องของพลเมืองและการเมือง และจะต้องเริ่มมองถึงประเด็นของสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมควบคู่กัน เพื่อจะสามารถปูพื้นฐานของวาระแห่งการพัฒนาในบทบัญญัติพื้นฐานและการปกป้องสิทธิมนุษยชนได้ดียิ่งขึ้น โดยส่วนใหญ่แล้วองค์กรระหว่างประเทศจะนำหลักการเรื่องสิทธิมนุษยชนในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนมาปรับใช้ด้านสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น สิทธิในทรัพย์สิน (มาตรา 17) (The Right to Property Article 17) สิทธิในความมั่นคงทางสังคมและสิทธิทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม(มาตรา 22) (The Right to Social Security and to ECS Rights Article 22) สิทธิในการทำงาน (มาตรา 23) (The Right to Work Article 23) สิทธิในการพักผ่อน (มาตรา 24) (The Right to Rest and Leisure Article 24) สิทธิในการได้รับปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง (มาตรา 25) (The Right to an Adequate Standard of Living Article 25) สิทธิในการศึกษา (มาตรา 26) (The Right to Education Article 26) สิทธิในการมีส่วนร่วมในวัฒนธรรมของการดำรงชีวิต (มาตรา 27) (The Right to Participate in Cultural Life Article 27)

ยิ่งไปกว่านั้น องค์กรชำนาญพิเศษขององค์การสหประชาชาติและองค์กรในระดับทวีปอเมริกา ได้พัฒนาจัดทำต้นร่างของสิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และให้รายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับการปกป้องอย่างเพียงพอที่จะสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นว่าจะเกิดความเสมอภาคและจะมีความยั่งยืนสำหรับทุกคนในสังคม เช่น กลุ่มประเทศอเมริกาที่ได้พัฒนาพิธีสารสิทธิทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมและสังคม ทั้งนี้ การนำแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมาใช้ในเรื่องการพัฒนานั้นจะต้องทบทวนประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นผ่านกรอบความคิดที่ผ่านมา และเปลี่ยนไปสู่แนวความคิดที่สอดคล้องวัตถุประสงค์มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ขณะที่มีการพัฒนารูปแบบพื้นฐานเพิ่มมากขึ้นและความเสมอภาคของชีวิตสำหรับทุกคนนั้น ย่อมทำให้เราต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างด้วยเช่นกัน

การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานนั้นเป็นจุดเริ่มต้นของเป้าหมายการสร้างเสมอภาคและการสร้างมาตรฐานที่เหมาะสมของการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน ด้วยจุดเริ่มต้นนี้เองที่จะทำให้เราสามารถตรวจความก้าวหน้าของการพัฒนาและความหวังของการสร้างความเท่าเทียมที่เพิ่มขึ้น การลดลงของอัตราความยากจน และปรับปรุงมาตรฐานของการดำรงชีวิตให้ดีขึ้นได้²¹

²¹ Jorge Daniel Taillant, A Rights Based Approach to Development [Online]. (n.d). Available from : <http://www.cedha.org.ar/docs/doc78.html> [2006, September 9].

องค์ประกอบที่สำคัญสามประการของแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน คือ การให้อำนาจ เสรีภาพ และการให้สิทธิแก่ประชาชน สิทธิมนุษยชน แนวทางการพัฒนาและทฤษฎีทางสังคมทั้งหมดนี้รวมกันเป็นความหวังที่จะช่วยในการขจัดปัญหาความยากจน การมุ่งแสวงหาผลประโยชน์ และความไม่ยุติธรรมในโลกให้หมดไป²²

รายงานการพัฒนามนุษย์ของ UNDP ปี พ.ศ. 2543 มีสาระสำคัญที่กล่าวถึงความยากจนไว้ว่า ความยากจนนั้น เป็นสิ่งหนึ่งที่ก่อให้เกิดการล่งละเมิดเสรีภาพ การขจัดความยากจนควรจะได้รับการกล่าวถึงอย่างกว้าง และเรื่องสิทธิมนุษยชนนั้นไม่ใช่เป็นเพียงแค่เรื่องของกรกุศลเท่านั้น แต่เรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นหลักการที่นำมาใช้สำหรับเรื่องการพัฒนา การค้า และการลงทุนอีกด้วย โดยที่รัฐบาลมีพันธะจะต้องเคารพ ปกป้องและส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งการรับประกันพันธะนี้ของรัฐบาลจะทำให้มีต้นทุนเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นลำดับแรก

ดังที่กล่าวไปเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าทุกวันนี้กรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานเป็นการนำเรื่องสิทธิมนุษยชนมาปฏิบัติและมักจะถูกนำมาใช้ในประเด็นเรื่องการพัฒนา เป็นการนำหลักการตามคำประกาศหลักปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่ประกาศไว้ ค.ศ. 1948 เรื่องสิทธิพื้นฐานของประชาชนภายในรัฐใดรัฐหนึ่งที่จะต้องได้รับการตระหนักถึงอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นตามหลักสากล ซึ่งทุกตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศโดยเฉพาะรัฐควรนำมาใช้ในการดำเนินงานทางด้านสิทธิมนุษยชน หลักการสำคัญสามประการ คือ รัฐนั้นมีหน้าที่ในการเคารพลิทธิ ปกป้องสิทธิ และดำเนินงานให้เรื่องของสิทธิบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งได้อธิบายเป็นหลักการที่หลากหลายแต่พอสรุปได้ดังนี้

Joachim Theis ได้อธิบายถึงเรื่องการเคารพลิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานเรื่องสิทธิในหนังสือ *Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific* ไว้ว่า

การเคารพลิทธิ (Respecting rights) หมายถึง การที่รัฐจะต้องออกกฎหมาย นโยบาย โครงการและการดำเนินการต่างๆ โดยปราศจากความรุนแรงต่อสิทธิ รัฐต้องหลีกเลี่ยงการขัดขวางการเรียกร้องสิทธิของประชาชนภายในรัฐ หรือแม้แต่ทรมาณ จับกุมโดยพลการ การขับไล่พลเมืองอย่างผิดกฎหมาย หรือการเก็บค่ารักษาที่ทำให้คนยากจนไม่ได้รับการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน²³

การปกป้องสิทธิ (Protecting rights) หมายถึง รัฐต้องป้องกันความรุนแรง โดยจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานและการได้รับการชดเชยกรณีเมื่อเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การรับรอง การดูแลให้นายจ้างต้องจ่ายค่าแรงขั้นต่ำแก่

²² Joachim Theis, *Promoting Rights-Based Approaches: experiences and ideas from Asia and the Pacific* (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 11.

²³ *Ibid.*, p. 3.

แรงงาน การป้องกันการผูกขาดทางการสื่อสาร หรือการป้องกันผู้ปกครองปฏิเสธที่จะส่งบุตรหลานเข้ารับการศึกษาระดับพื้นฐานในสถานศึกษา²⁴

การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ (Fulfilling rights)²⁵ หมายถึง รัฐต้องดำเนินงานตอบสนองให้เรื่องของสิทธิเป็นรูปธรรม เช่น การร่างกฎหมายที่มีความยุติธรรมและเสมอภาค หรือการเพิ่มงบประมาณไปสู่ภูมิภาคที่ยากจน

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงหลักการข้างต้นซึ่งมีเนื้อหาไปในทิศทางเดียวกันในเอกสารของ UNAIDS เรื่อง *Frequently asked questions on human rights-based approach to development cooperation* โดยอธิบายถึงความรับผิดชอบของรัฐที่จะต้องตระหนักถึงการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานว่ารัฐจะต้องเคารพสิทธิ ปกป้องสิทธิ และดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ และอธิบายรายละเอียดของหลักการทั้งสามไว้ ดังนี้²⁶

การเคารพสิทธิ หมายถึง การไม่ขัดขวางอย่างชัดเจนกับความพึงพอใจของคนอื่น ตัวอย่างเช่น รัฐควรกำหนดข้อบังคับมิให้มีการขับไล่ให้เป็นผลสำเร็จและต้องไม่มีข้อจำกัดที่เฉพาะเจาะจงสิทธิในการออกเสียงหรือการมีเสรีภาพในการสร้างความร่วมมือกัน

การปกป้องสิทธิ หมายถึง การสร้างความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะไม่ถูกขัดขวางการทำกิจกรรม ยกตัวอย่างเช่น รัฐจะต้องปกป้องเรื่องสิทธิในการได้รับการศึกษาโดยรับรองการที่ผู้ปกครองจะให้เด็กผู้หญิงได้เรียน

การทำให้สิทธิสมบูรณ์ หมายถึง เป็นการสร้างความก้าวหน้าในการตระหนักถึงเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานบางครั้งจะแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ การส่งเสริมและการสนับสนุน เพื่อการตระหนักในเรื่องสิทธิ โดยที่รัฐจะต้องรับประกันส่งเสริมในกิจกรรมต่างๆที่จะทำให้กิจกรรมต่างๆ ของประชาชนเกิดความเข้มแข็ง เพื่อที่พวกเขาควรจะได้รับสิทธิในสิ่งที่ต้องการ เช่น การสร้างเงื่อนไขในส่วนที่จะตอบสนองความต้องการของการบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการที่จะต้องสนับสนุนจัดบริการโดยตรง หากการพิจารณาเรื่องสิทธิไม่สามารถตระหนักถึงได้ในกรณีอื่น ยกตัวอย่างเช่น การชดเชยสำหรับความล้มเหลวของการดำเนินงานหรือการช่วยเหลือกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถจัดหาสิ่งที่ตนเองต้องการได้

จากการสัมมนาวิทยากรเรื่อง ความยากจน สิทธิมนุษยชนและการพัฒนามนุษย์ (Poverty, Human Rights and Human Development for Leadership Development Programme, March 3-30, 2002, Bangkok) ที่จัดขึ้นโดยความร่วมมือของสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้มีการอภิปรายที่กล่าวถึง หน้าที่ของรัฐในการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน 3 ประการซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานเช่นกัน คือ รัฐ

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Office of the United Nations high commissioner for human rights, Frequently asked Questions on Human Rights-Based Approach to Development cooperation (New York: United Nation, 2006), p.2.

จะต้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของทุกคน รัฐจะต้องไม่มีการดำเนินงานหรือมีนโยบายที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนแก่บุคคลใดก็ตามโดยสิ้นเชิง รัฐจะต้องปกป้องสิทธิมนุษยชนของทุกคน โดยรัฐจะต้องดำเนินการประเมินสถานการณ์ด้านสิทธิเพื่อเป็นการป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชน รัฐจะต้องดำเนินการเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ โดยรัฐจะต้องรับผิดชอบแก้ไขปรับปรุงเมื่อบุคคลใดก็ตามถูกละเมิดสิทธิ²⁷ และจากการอภิปรายของ ปารีชาติ ศิวรักษ์ (Parichart Siwaraksa) ในหัวข้อ Rights-Based Development สำหรับโครงการการพัฒนาความเป็นผู้นำ ผู้อภิปรายได้ตั้งคำถามว่ามีวิธีการอย่างไรที่จะดำเนินการใช้แนวคิดการยึดหลักสิทธิขั้นพื้นฐานได้อย่างเข้มแข็ง และหนึ่งในคำตอบคือ จะต้องประเมินกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสิทธิ ซึ่งจะต้องประเมินหน้าที่และพันธะของรัฐในกระบวนการพัฒนา 3 ประการ คือ ประการแรก การเคารพสิทธิมนุษยชนของประชาชนทุกคนให้พ้นจากความรุนแรง ประการต่อมา การปกป้องสิทธิมนุษยชนของประชาชนทุกคนให้ปราศจากการเลือกปฏิบัติ และประการสุดท้าย การทำให้เรื่องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสมบูรณ์โดยการดำเนินการตามขั้นตอนที่ควรกระทำ²⁸ อีกทั้งยังสอดคล้องกับเอกสารคู่มือสำหรับนักกฎหมายกับเอชไอวี/เอดส์ของ UNAIDS (Handbook for Legislator on HIV/AIDS, Law and Human Rights Actions to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact) ที่กล่าวว่า ปฏิญญาเวียนนาและแผนปฏิบัติเป็นการเน้นย้ำว่า สิทธิมนุษยชนเกี่ยวข้องกับพลเมือง การเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมเป็นสากลและไม่สามารถแบ่งแยกได้ รัฐมีหน้าที่เคารพ ปกป้อง และทำให้เรื่องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานให้สมบูรณ์ในฐานะที่เป็นเจ้าของระบบการเมือง เศรษฐกิจและวัฒนธรรม พันธะที่จะต้องเคารพสิทธินั้นต้องการให้รัฐจัดการคุกคามแทรกแซงกับเสรีภาพส่วนบุคคล พันธะในการที่รัฐจะปกป้องสิทธิ ต้องการให้รัฐป้องกันมิให้บุคคลอื่นๆ แทรกแซงละเมิดสิทธิของบุคคล และพันธะในอันที่จะดำเนินการเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ ต้องการให้รัฐจัดทำการศึกษาตรวจสอบเพื่อจะรับรองการตระหนักถึงเรื่องสิทธิ ซึ่งไม่สามารถคุ้มครองโดยความพยายามส่วนบุคคลของปัจเจกชนได้²⁹

นอกจากนี้ ตามเอกสารปฏิบัติงานของ UNDP ชื่อ Poverty Reduction and Human Rights: A Practice Note ได้กล่าวถึงหลักการในทำนองนี้เช่นกัน คือ กรอบบรรทัดฐานภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ รัฐภาคีมีพันธะโดยเฉพาะที่จะต้องการปกป้อง

²⁷ Victor Karunan, "Poverty, Inequality and Social Justice in Asia : Key Issues & Challenges," (Presentation Outline), Poverty, human rights and human development for leadership development programme, (March 3-30, 2002) Bangkok, Thailand.

²⁸ Parichart Siwaraksa, "Rights-Based Development, 7 November 2001," Poverty, human rights and human development for leadership development programme, (March 3-30, 2002) Bangkok, Thailand.

²⁹ UNAIDS, Handbook for Legislator on HIV/AIDS, Law and Human Rights Actions to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact (Geneva: UNAIDS, 1999), p.26.

และทำให้เรื่องสิทธิสมบูรณ์ตามเนื้อหาของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนต่าง ๆ หากดำเนินขาดตกบกพร่องไปข้อใดข้อหนึ่งของ 3 หลักการเบื้องต้นจะก่อให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน³⁰

หนึ่งรัฐภาคีมีเงื่อนไขที่จะต้องเคารพสิทธิ คือ เรียกร้องให้รัฐภาคีต้องดูแลไม่ให้เกิดการรุกรัลละเมิดสิทธิ ยกตัวอย่างเช่น สิทธิเรื่องที่อยู่อาศัยจะถูกละเมิด หากรัฐภาคีมิได้รับรองการบังคับใช้ที่อย่างจริงจัง

สองรัฐภาคีมีเงื่อนไขที่จะต้องปกป้องสิทธิ คือ เรียกร้องให้รัฐภาคีป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชนจากบุคคลที่สาม ตัวอย่างเช่น ความล้มเหลวในการรับรองให้เจ้าของธุรกิจเอกชนทำตามมาตรฐานแรงงานขั้นพื้นฐาน อาจส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิ ความยุติธรรม และความพอใจที่เป็นเงื่อนไขของการทำงาน

สามรัฐภาคีมีเงื่อนไขที่จะทำเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ คือ เรียกร้องให้รัฐภาคีสรางหลักกฎหมาย หลักการบริหาร งบประมาณ กระบวนการยุติธรรม และมาตรการอื่นๆ ที่จะนำไปสู่การตระหนักเรื่องสิทธิอย่างสมบูรณ์

จากที่ได้กล่าวไปเบื้องต้นแล้วว่า การเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้รัฐดำเนินงานเรื่องสิทธิมนุษยชนให้ประสบความสำเร็จนั้น หากนำหลักการนี้มาใช้ในบริบทของเอชไอวี จะสอดคล้องกับการประชุมโต๊ะกลมเรื่องสิทธิมนุษยชนในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งได้กล่าวถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนกับเรื่องโรคเอดส์ว่ารัฐมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงที่จะไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิให้ได้ดีเท่ากับการรับรองเงื่อนไขที่จะทำให้มีการตระหนักถึงสิทธิอย่างสมบูรณ์เท่าที่จะทำได้ ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์หมายถึงว่ารัฐมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินงาน 3 ประการ ดังนี้³¹

เคารพสิทธิ กล่าวคือ รัฐไม่สามารถละเมิดสิทธิโดยตรงทางกฎหมาย นโยบายหรือโครงการ หรือการดำเนินงานใดๆก็ตาม เช่น รัฐบาลจะต้องรับรองว่าจะต้องเพิ่มความรับผิดชอบว่าสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเท่าเทียมกับคนอื่นหรือนักโทษผู้ติดเชื้อจะได้รับมาตรฐานการรักษาทางยาเท่าเทียมกับนักโทษคนอื่น ๆ

การปกป้องสิทธิ กล่าวคือ รัฐจะต้องปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิโดยการปรับปรุงกฎหมายต่าง ๆ เช่น รัฐจะต้องให้ความคุ้มครองไม่ให้ผู้ประกอบการเลือกปฏิบัติกับลูกจ้างที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีแนวทางการปรับปรุงหากปัจเจกชนถูกไล่ออกหรือไร้ที่อยู่อาศัย หรือการจ้างงานบนพื้นฐานของสถานะที่เป็นผู้ติดเชื้อ

³⁰ UNDP, *Poverty Reduction and Human Right: A practice note* (n.p.: UNDP, 2003), p.4. cited in [http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf). [2006, October 6].

³¹ United Nation, "Special Session of General Assembly on HIV/AIDS Round table 2 HIV/AIDS and human rights," *United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS 26th* (June 2001) New York, p.2.

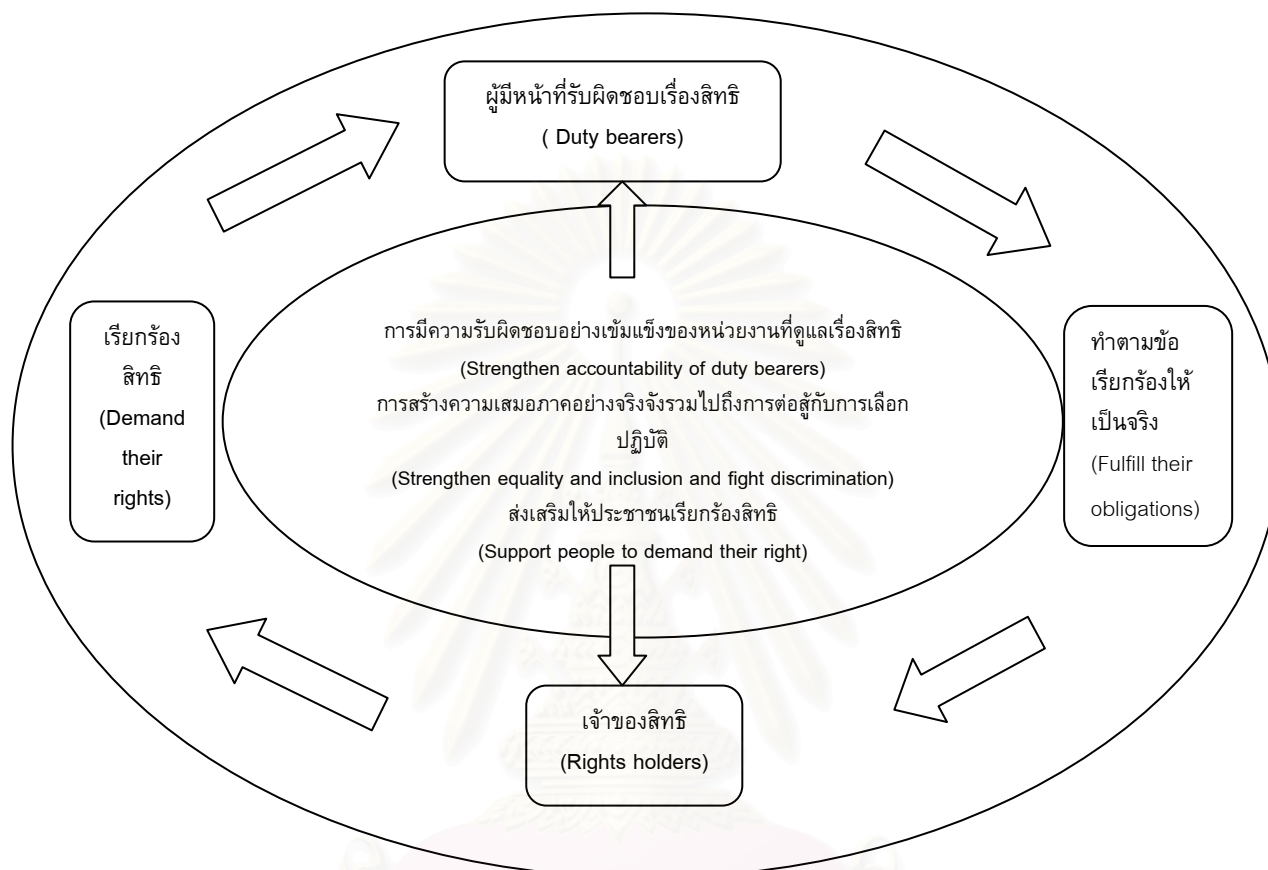
การดำเนินงานเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ กล่าวคือ รัฐจะต้องประเมินเรื่องการตระหนักถึงเรื่องสิทธิให้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้ง เพิ่มงบประมาณ กฎหมาย การบริหาร หรือการประเมินอื่นๆ เช่น รัฐควรจะดำเนินการอย่างเร่งด่วนที่จะให้การศึกษาและการบริการในการป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวี และดำเนินการลดผลกระทบของโรคเอดส์ในทุกภาคส่วน

ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้เรื่องสิทธิบรรลุผลสำเร็จนั้น มีรายละเอียดเพิ่มเติมสามารถอธิบายเป็นแผนภาพที่ 2 ได้ดังนี้ คือ การที่รัฐจะดำเนินการเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จหรือสมบูรณ์ได้นั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสิทธิจะต้องดำเนินการตามข้อเรียกร้องของเจ้าของสิทธิให้เป็นจริง ทั้งนี้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบนั้นจะต้องดำเนินงานด้วยความรับผิดชอบอย่างเข้มแข็ง เน้นเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างความเสมอภาค ตลอดจนต้องสนับสนุนให้ประชาชนเรียกร้องสิทธิของตนเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

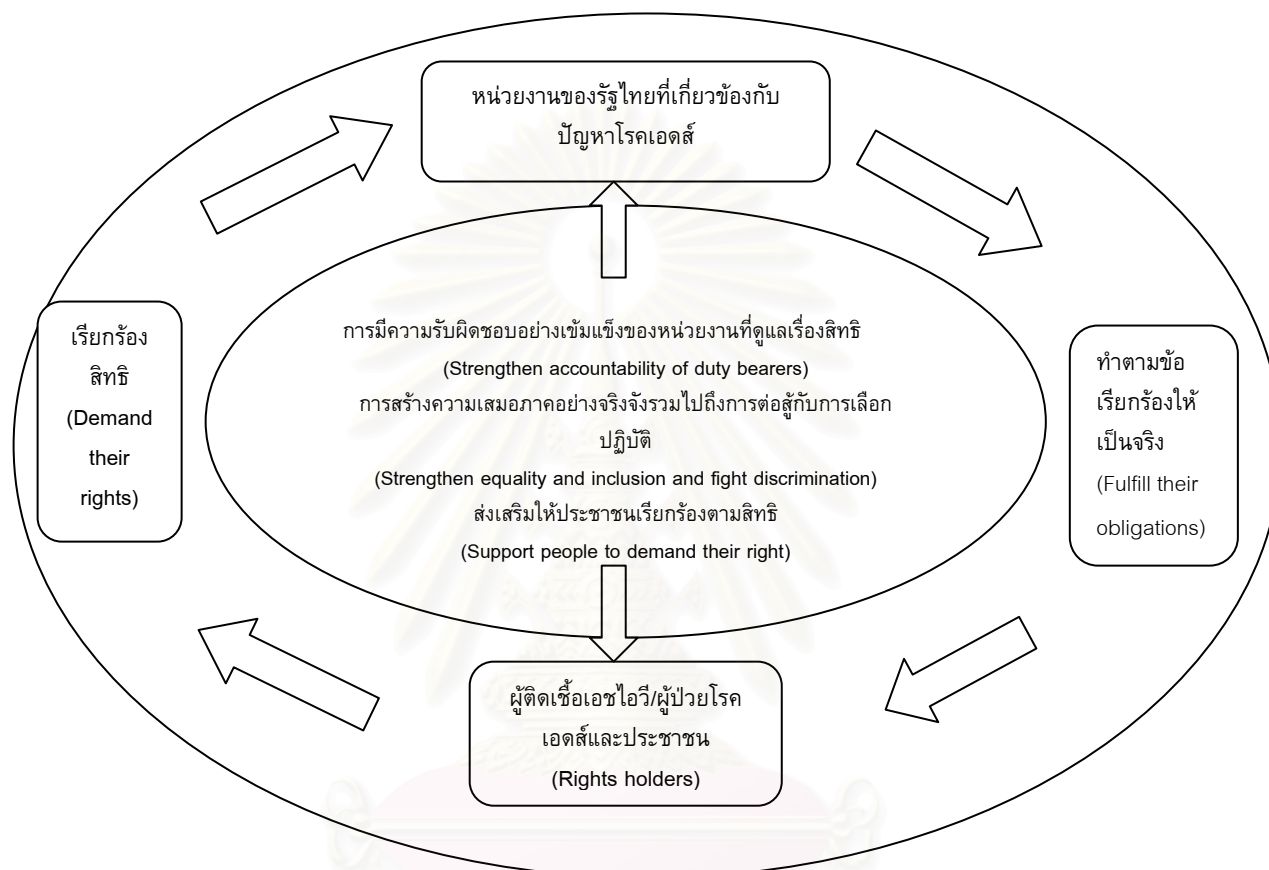
แผนภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิและเจ้าของสิทธิ
ตามแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน



ที่มา : Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 4

หากพิจารณาจากแผนภาพแล้วจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิกับเจ้าของสิทธินั้น จะเห็นว่าเจ้าของสิทธิสามารถที่จะร้องเรียนปัญหาการละเมิดสิทธิทางด้านต่างๆ ไปยังหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสิทธิ ซึ่งทางหน่วยงานรัฐจะต้องดำเนินการตอบสนองข้อเรียกร้องให้เกิดขึ้นจริงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง โดยในการดำเนินงานนั้น หน่วยงานรัฐจะต้องดำเนินงานด้วยความรับผิดชอบอย่างเข้มแข็ง เน้นเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างความเสมอภาค ตลอดจนต้องส่งเสริมให้ประชาชนเรียกร้องสิทธิของตนเอง

แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐไทยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
โรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์และประชาชน
ตามแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน



ที่มา : Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific, (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 4

หากนำแผนภาพที่ 3 นี้ไปใช้อธิบายการดำเนินงานของรัฐกับการเรื่องสิทธิมนุษยชนในบริบทเอชไอวี/โรคเอดส์ แล้วสามารถอธิบายได้ดังนี้ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องเผชิญปัญหาการละเมิดสิทธิในกรณีใดก็ตาม ซึ่งปัจจุบันมักเกิดปัญหาการละเมิดสิทธิหลายด้าน เช่น สิทธิเรื่องสุขภาพ สิทธิการทำงาน สิทธิในการดำรงชีวิต เป็นต้น การละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นนี้ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาค และการเลือกปฏิบัติสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือแม้แต่ปัจเจกชนทั่วไปในสังคม พวกเขาสามารถเรียกร้องไปยังหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ให้แก่ปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นและต้องส่งเสริมสนับสนุนให้สิทธิที่พวกเขาควรได้รับ การดำเนินงานนั้น หน่วยงานรัฐจะต้องทำงานด้วย

ความรับผิดชอบอย่างเข้มแข็ง เน้นเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างความเสมอภาค ตลอดจนต้องสนับสนุนให้ประชาชนเรียกร้องสิทธิของตนเอง

นอกจากนี้ในหนังสือ *Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific* ยังได้เสนอรายละเอียดของการนำแนวความคิดนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การพัฒนาและการจัดการ การทำงานด้านสิทธิเด็ก และปัญหาเรื่องโรคเอดส์ เป็นต้น การนำเสนอกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานกับเรื่องโรคเอดส์นั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการ ดังนี้ มนุษย์ทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรี เรื่องสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคและการไม่ถูกแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ ถือเป็นหลักสากล ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ สิทธิทางสังคมและสิทธิทางวัฒนธรรม รัฐและผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจะต้องเคารพ ปกป้องและดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จสมบูรณ์ มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในการเรียกร้องสิทธิของตนเอง และมีสิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อเป็นการยกระดับสิทธิของตนเอง³² ตัวอย่างเรื่องสิทธิในการดำเนินงานทางด้านสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับโรคเอดส์มีดังนี้ คือ³³ สิทธิของการมีชีวิตอยู่และสิทธิทางด้านสุขภาพ สิทธิทางการศึกษาและการรับรู้ข่าวสาร สิทธิเสรีภาพในการพูด สิทธิเสรีภาพจากการไม่ถูกทารุณ ทรมาน การรักษาอย่างไร้มนุษยธรรม

อีกทั้งยังชี้ให้เห็นว่า การนำหลักการการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานไปทำเป็นโครงการนั้น จะต้องคำนึงถึงเรื่อง การป้องกันและการลดความรุนแรง การดูแลและการรักษา และการลดผลกระทบ โดยมีรายละเอียดพอสรุปดังนี้

การป้องกัน การปกป้องและการลดความรุนแรงไม่ให้ประชาชนติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์ คือ ประชาชนต้องมีอำนาจ ทักษะ ความรู้และมีทรัพยากร โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มุ่งเน้นแต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียววันนั้นมักจะไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชาชน โครงการที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้ประชาชนทุกคนสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ปกป้องตนเองจากการได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ปลอดภัย และลดความรุนแรง ทั้งนี้ ประชาชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยปราศจากการกีดขวางทางวัฒนธรรมและสังคม ตลอดจนทัศนคติของผู้ปกครอง ครู สื่อมวลชน องค์กรทางศาสนา ต่อเรื่องเพศ โดยยกกลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมายและประชาชนที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ³⁴

การดูแลและการรักษา การกระทำด้วยความสมัครใจ การให้คำปรึกษาเรื่องส่วนตัว และการทดสอบ คือ ยุทธศาสตร์ของการป้องกัน การปกป้อง การรักษาและการดูแล การที่บุคคล

³² Joachim Theis, *Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific*, (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 34

³³ Ibid.

³⁴ Ibid., p. 35.

อนุญาตให้รับรู้สถานะการติดเชื้อ การให้คำแนะนำและให้บริการที่จำเป็น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันกับการป้องกัน การดูแลและรักษา การส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถช่วยลดการตีตรา (stigma) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination)³⁵ โดยเป้าหมายของการดูแลและรักษาประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยความสมัครใจ ได้รับการปรึกษาเป็นส่วนตัวและได้รับบริการการตรวจเลือด โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิที่จะรับรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง

การลดผลกระทบ การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ เป็นภัยคุกคามสำคัญของการพัฒนาและการตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน ประชากรเป็นจำนวนมากที่ต้องทุกข์ทรมานและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ซึ่งสร้างความเสียหายอย่างมากแก่แรงงาน ทักษะและความรู้ ค่าการขาดเสียที่สูง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม หน่วยงานของรัฐที่ใดก็ตามที่มีความอ่อนแอ เนื่องจากการสูญเสียแรงงานและมีสัดส่วนในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้น ย่อมหมายความว่า กิจกรรมของรัฐเรื่องการปกป้องสิทธิและการทำให้เรื่องสิทธิบรรลุผลสำเร็จยังคงไม่มีประสิทธิภาพ³⁶

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาเอดส์ต้องการการตอบสนองที่เข้มแข็งจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนที่เข้มแข็งจากภาคการเมืองและชุมชน การส่งเสริมจากทางภาคการเมืองจำเป็นที่จะต้องประเมินและสร้างตัวชี้วัดผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในทุกพื้นที่ เช่น การมีบริการที่เป็นธรรมและสากล และความมั่นคงของเศรษฐกิจมหภาค³⁷

การลดผลกระทบจากโรคเอดส์ที่เกิดจากสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ทักษะ และความรู้เป็นผลมาจากโรคเอดส์ ประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ ความไร้ศีลธรรม ความบกพร่องของการบริการ การถูกไล่ออกจากงานของแรงงานฝีมือ ความต้องการการเปลี่ยนแปลงการบริการสาธารณะ เด็กผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องพักการเรียนหรือออกจากโรงเรียน ผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ ต้องประเมินและการจัดเก็บภาษีของรัฐบาล³⁸

จากการประมวลคำอธิบายเบื้องต้นของหลักการแนวความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ผู้วิจัยสามารถประมวลแนวทางการดำเนินงานของหลักการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการในบริบทของงานวิจัยเรื่องนี้ได้ดังนี้

การเคารพสิทธิ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ละเมิดสิทธิและจะต้องคำนึงสิทธิของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าคนเหล่านั้นจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่ก็ตาม ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์ การเคารพสิทธิอาจหมายถึงการออกนโยบาย การสร้างกิจกรรม หรือการวางมาตรการการดำเนินงานที่จะต้องเคารพและ

³⁵ Ibid., p. 39.

³⁶ Ibid., p. 42

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

ตระหนักถึงเรื่องสิทธิของทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียม เช่น การมีนโยบายให้การรักษาทางการแพทย์ที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกันครอบคลุมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

การปกป้องสิทธิ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินการปกป้องและคุ้มครองสิทธิเมื่อเกิดการละเมิดสิทธิของประชาชนหรือเพื่อปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์ การปกป้องสิทธิ คือ การปกป้องไม่ให้มีการละเมิดสิทธิในการทำงาน หรือปกป้องไม่ให้มีการถูกไล่ออกจากงานโดยปราศจากความเป็นธรรม ดังนั้น รัฐจะต้องมีมาตรการในการปกป้องคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานที่ทำงานไม่ให้มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ หรือปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงสามารถทำงานได้ไม่ให้ถูกไล่ออกจากงานนอกจากนี้แล้ว ยังหมายรวมถึงสิทธิของการปกป้องไม่ให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกขัดขวางการได้รับการศึกษา

การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จหรือการดำเนินงานตอบสนองเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินงานเรื่องสิทธิให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมหรือดำเนินการตอบสนองข้อเรียกร้องต่อสิทธิด้านใดๆ ให้สมบูรณ์ ตลอดจนตระหนักถึงเรื่องสิทธิให้มากขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานด้านสิทธิให้สมบูรณ์อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งต้องบังคับใช้ได้จริงและมีบทลงโทษที่เป็นธรรม หรือการออกนโยบายตามการเรียกร้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องใดๆ ก็ตาม เพื่อตอบสนองให้เกิดการใช้สิทธิได้สมบูรณ์

อนึ่ง ทางโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้กำหนดกรอบการประเมินผลการดำเนินงานของรัฐบาลประเทศต่างๆ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน สำหรับ พ.ศ. 2548 ไว้เช่นกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ากรอบการประเมินผลนั้นสอดคล้องกับกรอบการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน คือ

การเคารพสิทธิ กำหนดคำถามในการสอบถามที่เป็นเรื่องการเคารพสิทธิ เช่น รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงหรือไม่ ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคระหว่างเพศชายและหญิงในการป้องกันและการดูแลหรือไม่ ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคในการเข้าถึงการป้องกันและดูแลกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงหรือไม่

การปกป้องสิทธิ กำหนดคำถามเพื่อสอบถามถึงเรื่องการปกป้องสิทธิ เช่น ประเทศของท่านมีนโยบายในการตรวจคัดกรองหาเอชไอวีในสถานประกอบการ (เพื่อการแต่งตั้งเลื่อนตำแหน่ง การฝึกอบรมและสิทธิประโยชน์) ประเทศของท่านมีนโยบายการสร้างเชื่อมั่นเรื่อง การวิจัยโรคเอดส์ในคนโดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมระดับท้องถิ่น/ระดับประเทศหรือไม่ ประเทศของท่านมีสมาชิกของศาลยุติธรรมรับการฝึกอบรมหรือได้รับการกระตุ้นเตือนถึงประเด็นสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่าน่าจะนำมาอยู่ในงานของพวกเขาหรือไม่ ประเทศของท่านมีการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายต่อไปนี้หรือไม่

- ก) ระบบการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
- ข) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือฟรีทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กรณีที่ถูกเลือกปฏิบัติของหน่วยงานทางกฎหมายภาคเอกชนหรือหน่วยงานทางมหาวิทยาลัย
- ค) การให้ความรู้, การยกระดับการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ กำหนดคำถามเพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น แผนงานนี้มีการออกแบบมาเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมเรื่องการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่ ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่ปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการถูกกีดกัน (ยกตัวอย่างเช่น การไม่เลือกปฏิบัติ หรือกฎหมายหรือข้อบังคับที่กล่าวถึงเฉพาะเรื่องเอดส์ซึ่งมุ่งเน้นที่โรงเรียน บ้าน และที่ทำงาน เป็นต้น) ประเทศของท่านมีกฎหมายที่ไม่เลือกปฏิบัติ หรือ กฎต่าง ๆ ที่เฉพาะเจาะจงในกาปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง (เช่นกลุ่มผู้ยาเสพติดชนิดฉีด , กลุ่มชายรักชาย, กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ, เยาวชน, ประชากรที่ย้ายถิ่นอาศัยและนักโทษ) ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ ประเทศของท่านมีการกล่าวถึงการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชนในนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างชัดเจนหรือไม่

นอกเหนือจากหลักการพื้นฐานข้างต้น ตามหลักการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ยังกล่าวถึงแนวทางการตรวจสอบและประเมินผลการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานไว้ด้วย การยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานส่งเสริมมาตรฐานสิทธิมนุษยชน การมีความรับผิดชอบและความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์สูงสุด คือ การตระหนักเรื่องสิทธิของมนุษย์ทุกคน ผ่านการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร ทัศนคติและการปฏิบัติงานของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิและเจ้าของสิทธิ ซึ่งการประเมินผลและตรวจสอบเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานจะช่วยยกระดับมาตรฐานของสิทธิมนุษยชน และยกระดับการทำงานของหน่วยงานด้านสิทธิให้มีความรับผิดชอบมากขึ้น การมีส่วนร่วมและความเท่าเทียมที่เพิ่มมากขึ้น³⁹

การเฝ้าระวังเรื่องสิทธิมนุษยชน (monitoring human rights) และการตรวจสอบการขยายตัวของเรื่องสิทธิมนุษยชนจะถูกทำให้บรรลุผลสำเร็จหรือถูกละเมิดนั้น ถือเป็นพื้นฐานส่วนหนึ่งของการทำงานเรื่องสิทธิมนุษยชน การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิและการดำเนินงานด้านสิทธิไม่สมบูรณ์ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ถือเป็นหน้าที่ตามเงื่อนไข การเคารพ

³⁹ Joachim Theis, Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p.105.

สิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ การเฝ้าติดตามตรวจสอบสถานะสิทธิมนุษยชนสามารถช่วยสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบกับมาตรฐานเรื่องสิทธิได้⁴⁰ การติดตามการพัฒนา สิทธิมนุษยชนและนโยบายการใช้มาตรการทางสังคมที่เข้มแข็ง ก่อให้เกิดเครื่องมือที่หลากหลายในการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ นโยบาย และการปฏิบัติงาน ซึ่งการติดตามตรวจสอบและการประเมินผลเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานนั้น สามารถสร้างตัวชี้วัดในการประเมินให้มีรูปแบบที่หลากหลายได้ โดยจะต้องพัฒนาอยู่บนทักษะที่จำเป็นและสร้างทางเลือกที่มีผลกระทบอย่างมากต่อการตระหนักเรื่องสิทธิของประชาชน⁴¹

การเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติงาน เป็นหลักการหนึ่งในการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน จุดมุ่งหมายสำคัญของการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานคือ การมีความรับผิดชอบอย่างเข้มแข็งของหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิผ่านหลักการทั้ง 8 ประการ⁴² ดังต่อไปนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่าง ๆ
2. การบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผลเพื่อยับยั้งการละเมิดสิทธิ
3. การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพิ่มมากขึ้นสำหรับประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบและมีความเสี่ยงอย่างทั่วถึง
4. การเปลี่ยนแปลงของการตระหนักรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การปฏิบัติ บรรทัดฐานและคุณค่า
5. การปรับปรุงเรื่องคุณภาพและการตอบสนองของสถาบันและการบริการ
6. ระบบเศรษฐกิจที่ส่งเสริมเรื่องสิทธิ
7. การมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและในการเรียกร้องสิทธิ
8. การมีข้อมูลที่ดีขึ้นของประชาชนและเรื่องสิทธิของประชาชน

หลักการทั้ง 8 ประการที่ได้กล่าวไปเบื้องต้นนี้ สามารถเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงระดับการทำตามพันธะสัญญาและการดำเนินงานตามกฎหมายเกณฑ์เรื่องสิทธิมนุษยชนของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่ากรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน จะช่วยเป็นกรอบการอธิบายการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 ว่ารัฐบาลไทยนั้นมีการดำเนินกิจกรรมโครงการ หรือมีนโยบายใดๆ อยู่ภายใต้หลักการพื้นฐาน 3 ประการในเรื่องการปกป้องสิทธิ การ

⁴⁰ Ibid., p. 93.

⁴¹ Ibid., p. 105.

⁴² Ibid., p. 100-101.

เคารพสิทธิ การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อจะใช้อธิบายถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานของรัฐบาลไทย และผู้วิจัยจะนำกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน เรื่องของการติดตามตรวจสอบเรื่องสิทธิมนุษยชน ในด้านการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติงาน 8 ประการ มาเป็นกรอบการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลด้านสิทธิมนุษยชน ตลอดจนวิเคราะห์ถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

เอชไอวี/เอดส์ ประชาคมโลกและปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

การศึกษาในบทนี้ จะเป็นการศึกษาถึงภูมิหลังของประเด็นปัญหาโรคเอดส์ สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก การสร้างความร่วมมือของประชาคมโลกในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จากอดีตสู่ปัจจุบันและบทบาทของตัวแสดงต่าง ๆ ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศกับการแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ จนนำไปสู่การมีปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ และจะศึกษาถึงที่มา ความสำคัญและหลักการของปฏิญญาฯ โดยรวม และศึกษารายละเอียดของปฏิญญาฯ ในด้านสิทธิมนุษยชนและกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ เพื่อนำไปสู่การศึกษาถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในบทต่อไปโดยเนื้อหาทั้งหมดของบทที่ 3 จะประกอบด้วย 7 หัวข้อหลัก ดังนี้

3.1 ภูมิหลังเอชไอวี / โรคเอดส์

ปัญหาสุขภาพและโรคระบาดเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานในประชาคมโลก แต่ในอดีตนั้นมีพรมแดนเป็นตัวสกัดกั้น ประเด็นปัญหาจึงมิได้รุนแรงมากนัก แต่เมื่อเกิดการติดต่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างรัฐกันมากขึ้น ประเด็นปัญหาเรื่องโรคระบาดจึงได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามลำดับ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อข้ามพรมแดนเริ่มต้นขึ้นในคริสต์ศตวรรษที่ 14 กล่าวคือ เกิดการแพร่ระบาดของกาฬโรคครั้งใหญ่ โดยเริ่มจากประเทศจีนและค่อยๆ กระจายไปสู่เอเชียตะวันตกและยุโรปผ่านเส้นทางการค้า ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตกว่า 25 ล้านคน ต่อจากนั้นในช่วงยุคของการค้นหาโลกใหม่ เกิดการระบาดของโรคไข้ทรพิษ โรคหัด ไข้เหลือง โดยมีชาวยุโรปเป็นพาหะนำโรคมายังชายฝั่งทวีปอเมริกา¹ การแพร่กระจายเชื้อโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วตามเส้นทางการค้าและการเดินทาง จึงทำให้มีคนเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก

ต่อมาในคริสต์ศตวรรษที่ 19 เกิดการระบาดของอหิวาตกโรคและมาเลเรียอย่างรุนแรงทั้งในยุโรปและแอฟริกา ทำให้เกิดการประชุมสร้างร่วมมือในระดับนานาชาติเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2395 ซึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2394-2446 มีการประชุมสร้างร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อพัฒนาระบบการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและการติดโรคและกำหนดเงื่อนไขของการกักกันบุคคลที่เป็นพาหะนำโรค จากการกำหนดเงื่อนไขในการสร้างร่วมมือดังกล่าวนี้ส่งผลให้สถานการณ์ดีขึ้นจำนวนการติดเชื้อลดลง²

¹ Karent A. Mingst, Essentials of international relations, 3rd ed, (New York: Norton, 2004), p.274.

² Ibid., pp.274-275.

จากนั้นในปี พ.ศ.2491 องค์การสหประชาชาติมีมติให้จัดตั้งองค์การที่มีหน้าที่ดูแลปัญหาเรื่องสุขภาพ คือ องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) เพื่อให้มีหน้าที่ดูแลปัญหาด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะ แต่สังคมโลกยังคงต้องเผชิญกับการกระจายตัวของโรคติดต่อชนิดใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง และสามารถแพร่กระจายอย่างง่ายด้ายกว่าในอดีต ทั้งนี้เป็นผลจากการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็วทั้งทางบกทางน้ำทางอากาศ จากคนอพยพ ผู้ลี้ภัย การติดต่อค้าขายและกองทัพ โรคติดต่อที่เกิดขึ้นจึงสร้างผลกระทบอย่างทั่วถึงไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือชุมชน ตลอดจนสร้างผลกระทบต่อระบบระหว่างประเทศในมิติเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม เพราะถือเป็นภัยคุกคามใหม่แก่คุณภาพชีวิตประชากรโลก และแม้ว่าจะมีโรคติดต่อมากมายหลายชนิดที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (โรคซาร์) ไข้หวัดนก วัณโรค ไข้ทรพิษ แต่ไม่มีโรคติดต่อใดที่สร้างความเสียหายต่อชีวิตของประชากรโลกได้มากมายเหมือนโรคเอดส์

เอดส์ขยายตัวกลายเป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาทางมนุษยธรรมที่สำคัญของคนทั่วโลก เอดส์คร่าชีวิตผู้คนในโลกมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และกว่า 42 ล้านคนเป็นผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ เราสามารถเห็นความรุนแรงของโรคเอดส์เทียบกับโรคติดต่อและไม่ติดต่อชนิดอื่นในปัจจุบัน จากตารางที่ 2 หากพิจารณาจากตารางจะพบว่า โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดเกือบร้อยละ 100 ขณะที่โรคอีโบล่าและ โรค Hantavirus มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยรองลงมาจากร้อยละตามลำดับ กล่าวคือ โดยส่วนใหญ่แล้วโรคอีโบล่าจะแพร่ระบาดในทวีปแอฟริกาและทำให้มีผู้เสียชีวิตในอัตราร้อยละ 50-90 และ โรค Hantavirus มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อัตรา 50 ส่วนโรคติดต่อทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือโรคซาร์ แม้ว่าจะมีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วในปี พ.ศ. 2546 และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างฉับพลันแต่ก็มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้น้อยเพียง 88 ราย ซึ่งหากเปรียบเทียบกับโรคติดต่ออื่นด้วยกัน จะเห็นว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคซาร์น้อยที่สุด ทางด้านโรคอื่นๆ เช่น โรคกาฬโรค โรคคอตีบ โรคหัด โรคอีโบล่า มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงเช่นกัน คือ ประมาณร้อยละ 50-60 ส่วนโรคไข้เลือดออก โรคท้องร่วง ไข้หวัดใหญ่ ไข้ไทฟอยด์ สร้างผลกระทบแก่ผู้คนหลายล้านคนและมีจำนวนผู้ป่วยแต่ละปีทั่วโลกจำนวนมาก โรคเหล่านี้มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5-20 ซึ่งแตกต่างกับโรคเอดส์ที่ทำให้แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตในอัตราสูง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการแพร่ระบาดของโรคชนิดต่าง ๆ

	เปรียบเทียบการแพร่ระบาดของโรคชนิดต่าง ๆ	
โรคชนิดต่าง ๆ ที่พบในปัจจุบัน	การแพร่ระบาด	ประเมินอัตราการเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ
โรคติดต่อทางเดินหายใจเฉียบพลัน:ซาร์ (SARS)	ปี 2546 มีผู้ติดโรคนี้ 8,500 รายและเสียชีวิตกว่า 88 ราย	ร้อยละ 3.7
โรคเอดส์/เอชไอวี (HIV/AIDS)	ปี 2545 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 5 ล้านคน และเสียชีวิต 3.1 ล้านคน	เกือบร้อยละ 100 Close to 100
โรคอีโบล่า (Ebola)	มีการแพร่ระบาดสูงในทวีปแอฟริกา มีผู้ป่วยกว่า 1,500 ราย และเสียชีวิต 1,000 ราย	ร้อยละ 50-90
Hantavirus	ตั้งแต่พบโรคนี้ปี 1976 มีผู้เสียชีวิตอย่างน้อยที่สุด 26 รายตั้งแต่พบโรคนี้ทางตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐฯ ปี 1993	ร้อยละ 50
โรคอื่น ๆ		
กาฬโรค (Plague)	มีผู้ป่วย 2,603 ราย และ ปี 2542 มีรายงานการเสียชีวิต 212 ราย	ร้อยละ 60
อหิวาตกโรค (Cholera)	การแพร่ระบาดของโรคชนิดนี้สร้างผลกระทบแก่คนเป็นหลายล้าน	ร้อยละ 50
โรคไข้เลือดออก (Dengue fever)	มีผู้ป่วยประมาณ 50 ล้านคนในแต่ละปี	ร้อยละ 20
โรคท้องร่วง (Dysentery)	การแพร่ระบาดของโรคสร้างผลกระทบแก่คนหลายล้าน	ร้อยละ 5-15
โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)	มีผู้ป่วยประมาณ 3-5 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิต 250,000 - 500,000 คนในแต่ละปี	ร้อยละ 10 (of sever cause)
ไข้ไทฟอยด์ (Typhoid fever)	มีผู้ป่วยประมาณ 17 ล้านรายและในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิต 600,000 คน	ร้อยละ 10

ที่มา : องค์การอนามัยโลก (WHO) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) อ้างถึงใน Karent A. Mingst, Essentials of international relations, 3rd ed, (New York: Norton, 2004), p.274

ความเป็นมาของโรคเอดส์ นั้น เกิดขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 กล่าวคือ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (United States Centers for Disease Control: CDC) ณ เมืองแอตแลนต้า มลรัฐจอร์เจียได้รับรายงานจากนครลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ว่าพบผู้ป่วยวัยรุ่นผู้ชาย 5 ราย ที่ป่วยเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิ

* จากการศึกษาย้อนหลัง พบว่าโรคเอดส์มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก ในปี พ.ศ. 2503

ไ้ (Pneumocystis carinii)³ แม้ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการรักษาอย่างดี แต่ต่อมาภายหลังผู้ป่วยทุกรายก็ถึงแก่ความตายทั้งหมด 5 ราย เพราะระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเสื่อมไปหมด⁴ และมีข้อสังเกต คือ ผู้ป่วยทุกคนเป็นหนุ่มรักร่วมเพศ ต่อจากนั้น มีผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม แล้วมีการติดเชื้อจากเชื้อต่างๆ ที่ฉวยโอกาส หลายรายเป็นปอดบวม ทุกๆ รายเมื่อทำการศึกษาค้นคว้าถึงระบบการทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรครแล้วพบว่าถูกทำลายหมด จึงมีการเสนอให้เรียกโรคนี้อีกว่า “โรคเอดส์” ซึ่งย่อมาจากคำว่า **Acquired Immune Deficiency Syndrome “AIDS”** เรียกว่ากลุ่มอาการของโรคที่ภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่อง⁵

หลังจากนั้นปี พ.ศ. 2526 นายแพทย์ลูค มงตาแยร์ (Luc Montagnier) และคณะนักวิจัยจากสถาบันปาสเตอร์ ประเทศฝรั่งเศส (The Pasteur Institute) สามารถแยกเชื้อไวรัส แอลเอวี (LAV) ได้จากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วย (ในขณะรายงานยังไม่รู้ว่าไวรัสชนิดนี้ เป็นตัวทำให้เกิดโรคเอดส์ในสหรัฐ หรือไม่) ต่อมาปี พ.ศ. 2527 ดร.โรเบิร์ต แกลโล (Robert Gallo) และคณะจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ก็สามารถแยกเชื้อไวรัส เอชทีแอลวี 3 (HTLV 3) ได้จากผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ ต่อมาเมื่อได้มีการตรวจสอบกันเมื่อ ปี พ.ศ. 2529 จึงทราบว่า เป็นไวรัสชนิดเดียวกัน และมีการตกลงกันว่าให้เรียกชื่อว่า เอชไอวี (HIV) ซึ่งย่อมาจากคำว่า Human Immunodeficiency Virus⁶ ซึ่งขณะเดียวกันในช่วงเวลานั้น ได้พบผู้ป่วยโรคเอดส์ในเกือบทุกภูมิภาคของโรค ไม่ว่าจะเป็นทางยุโรป แคนาดา และแอฟริกา และต่อมาโรคนี้ได้แพร่ระบาดมาถึงประเทศในเอเชีย

การแพร่ระบาดในระยะเวลาดังกล่าว เป็นช่วงเวลาของการหวาดผวากับโรคติดต่อชนิดใหม่ของโลก เป็นเวลากว่า 5 ปีที่นักวิทยาศาสตร์จะสามารถวินิจฉัยถึงเชื้อไวรัสต้นตอของโรคเอดส์ได้ ทำให้ประชาคมโลกเกิดความสับสน เพราะไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ อีกทั้งในช่วงเวลานี้ ตัวแสดงต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศ ยังไม่ได้มีการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศกันอย่างชัดเจนเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ มีเพียงแต่การรวมตัวกันก่อตั้งมูลนิธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐ และในสหราชอาณาจักร เช่น มูลนิธิเอดส์ซานฟรานซิสโก (San Francisco AIDS Foundation: SFAF) กลุ่มวิฤติสุขภาพชายรักร่วมเพศ (Gay Men’s health Crisis: GMHC) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในช่วงแรกเป็นการแพร่ระบาดในหมู่ของชายรักร่วมเพศ และในช่วงเวลานี้ยังไม่ทราบวิธีการป้องกันการติดต่อของโรคนี้ได้

ต่อมา ประชาคมโลกเริ่มทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น กล่าวคือ เอดส์สามารถติดต่อระหว่างชายหญิงจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ ไม่ใช่ติดต่อแต่เพียงกลุ่มรักร่วมเพศ

³ Jonathan Engel, *The Epidemic a Global history of aids* (New York: Smithsonian book, 2006), p. 5.

⁴ บรรลุ ศิริพานิช และประยูร กุณาศล, นายแพทย์, *เอดส์ มหันตภัยของโลก* (กรุงเทพฯ: คมไฟ, 2533), หน้า 4.

⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 5.

⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 7.

การได้รับบริจาคเลือดที่มีไวรัสเอชไอวีเท่านั้น หลังจากนั้น จึงเกิดการรณรงค์ระดับโลกในการระดมความคิดทางวิชาการ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดและการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ โดยอาศัยความร่วมมือจากองค์กรระหว่างประเทศเป็นแกนนำ ทั้งนี้ ในช่วงเวลานั้นนักวิทยาศาสตร์ยังไม่สามารถคิดค้นวิธีการรักษาโรคเอดส์ ส่งผลให้โรคเอดส์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็นจำนวนมากทุกปี จนเมื่อ ปี พ.ศ. 2530 นักวิทยาศาสตร์ในสหรัฐฯ สามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวี ชื่อ AZT ได้เป็นครั้งแรก แต่ยังไม่มียาประสิทธิภาพในการรักษา จึงต้องมีการระดมสร้างความร่วมมือระดับโลกอย่างต่อเนื่อง เพื่อต่อสู้และประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความเข้าใจต่อโรคเอดส์ เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ เช่น กำหนดให้ วันที่ 1 ธันวาคมของทุกปี เป็นวันเอดส์โลก และมีการจัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์เป็นประจำทุกปี ขณะเดียวกันนักวิทยาศาสตร์ได้พยายามพัฒนาวัคซีนที่รักษาโรคเอดส์และวิจัยยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อช่วยผู้ติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ดี จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จากที่กล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นถึงพัฒนาการและความเป็นมาของโรคเอดส์กว่า 20 ปีที่ผ่านมา ที่สร้างผลกระทบต่อเรามาจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ทุกวันนี้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วทุกมุมโลกนั้น มีแนวโน้มของการแพร่ระบาดที่รุนแรงโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการติดตามสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการเตรียมจัดการแก้ไขปัญหา

3.2 สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก

จนถึงพ.ศ. 2544 สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลกจากข้อมูลล่าสุดของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า สถานการณ์โรคเอดส์ยังเป็นห่วง เนื่องจาก แม้ว่าจะมีการจัดสรรงบประมาณด้านเอดส์จากทั่วโลกเพิ่มขึ้น แต่อัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงสูงขึ้นทั่วทุกมุมโลก ในการประชุมโรคเอดส์นานาชาติ พ.ศ. 2544 ที่กรุงบาร์เซโลนา มีรายงานว่า มีประชากรมากกว่า 9 ล้านคนทั่วโลก ที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 6 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคเอดส์ สถานการณ์ผู้ติดเชื้อทั่วโลก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากเดิม 35 ล้านคน ใน พ.ศ. 2544 เป็น 38 ล้านคน ใน พ.ศ. 2546 และแนวโน้มนั้นเกิดมากในทวีปเอเชีย⁷

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาทวีปเอเชีย มีประชากร 1.1 ล้านคน ที่ติดเชื้อเอชไอวี การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเอเชียเพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัดเจน จากจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น

* อ่านละเอียดสรุปลำดับความเป็นมาของโรคเอดส์และการต่อสู้ของประชาคมโลกที่สำคัญไว้ได้ที่ภาคผนวก ก, หน้า 236.

⁷ สถานการณ์เอดส์, [Online]. (2547). แหล่งที่มา: <http://www.elib-online.com> [2550, มี.ค. 4].

อย่างสูงในประเทศจีน อินโดนีเซีย และเวียดนาม⁸ เนื่องจากทวีปเอเชียมีประชากรมากถึงร้อยละ 60 ของประชากรโลก การแพร่ระบาดของโรคภัยนี้จึงมีผลกระทบต่อโลกอย่างมาก

ทางด้านประเทศในทวีปแอฟริกาแถบซบซารา มีผู้ติดเชื้อ 25 ล้านคน แม้ระดับการแพร่ระบาดของโรคจะดูเหมือนคงที่ แต่การที่ระดับการแพร่เชื้อไม่เพิ่มขึ้นนั้น เป็นผลมาจากจำนวนผู้เสียชีวิตจากเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มมากขึ้นเท่าๆ กับจำนวนของผู้ที่เพิ่งติดเชื้อใหม่

ในละตินอเมริกา มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีราว 1.6 ล้านคน ซึ่งตกอยู่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และชายรักร่วมเพศ เนื่องจากอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ของกลุ่มประเทศนี้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ทำให้เกิดการมองข้ามการแพร่เชื้อเอชไอวีที่มักเกิดขึ้นในท้องถิ่น เช่น ในประเทศบราซิล ซึ่งมีประชากรหนาแน่นที่สุดในทวีปอเมริกาใต้ มีอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีของทั้งประเทศนั้นต่ำกว่าร้อยละ 1 แต่ในบางเมือง มีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดได้รับเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 60

ทวีปยุโรปตะวันออกและเอเชียตอนกลาง ยังมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีตัวเลขอยู่ที่ 1.3 ล้านคน ประเทศรัสเซีย มีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดมากกว่า 3 ล้านคน ได้รับผลกระทบร้ายแรงที่สุด และมีรายงานว่าจำนวนผู้หญิงที่ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นจากหนึ่งในสี่ของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ใน พ.ศ. 2544 เปลี่ยนเป็นหนึ่งในสามในปีถัดมา ตัวเลขที่น่าตกใจคือร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อมีอายุต่ำกว่า 30 ปี และกลุ่มผู้ติดเชื้อนี้มักไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในทางตรงกันข้ามในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก มีผู้ติดเชื้อที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เพียงร้อยละ 30 ในประเทศอเมริกา คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 950,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 900,000 คนใน พ.ศ. 2544 และครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อใหม่ในปีที่ผ่านมา มาเป็นแอฟริกัน-อเมริกัน ส่วนในยุโรปตะวันตกมีผู้ติดเชื้อ 580,000 คน เพิ่มจาก 540,000 คน ใน พ.ศ. 2544

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁸ เรื่องเดียวกัน.

แผนภาพที่ 4 จำนวนเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2546



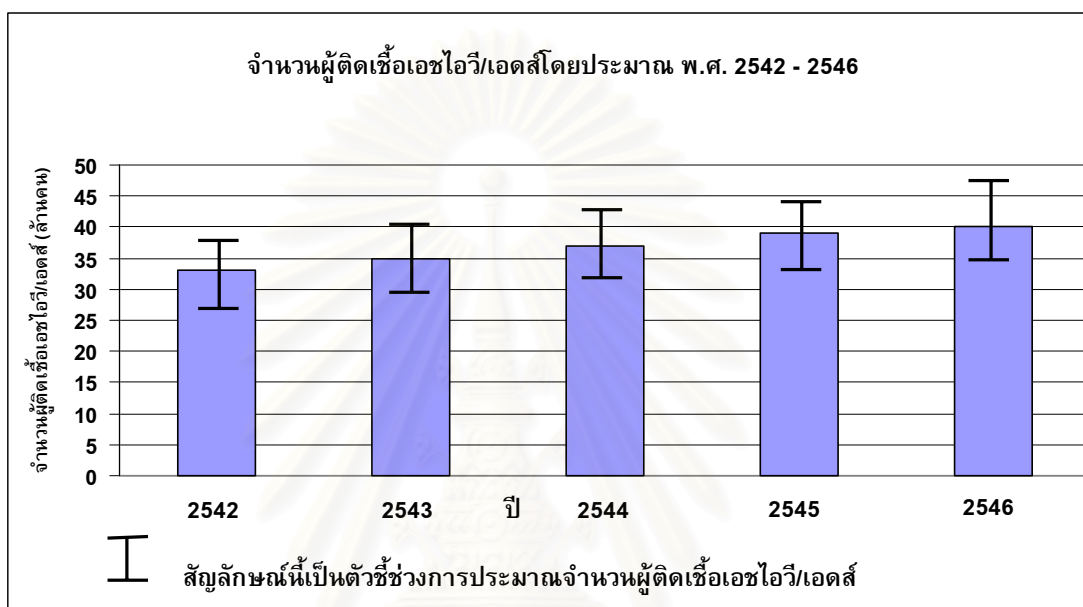
ที่มา: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004 Report on the global AIDS Epidemic (Geneva: UNAIDS, 2004), p.10.

จากแผนภาพที่ 4 ตามรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และ องค์การอนามัยโลก (WHO) แสดงให้เห็นว่า ปี พ.ศ.2546 (ธันวาคม 2003) มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน ทวีปที่มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด คือ บริเวณแถบซบซาราฮาราแอฟริกา(Sub-Saharan Africa) จำนวน 25-28.2 ล้านคน รองลงมา คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียใต้ (South & South-East Asia) จำนวน 4.6-8.2 ล้านคน ละตินอเมริกา (Latin America) จำนวน 1.3-1.9 ล้านคน ยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง (Eastern Europe & Central Asia) 1.2-1.8 ล้านคน และ เอเชียตะวันออกและแปซิฟิก (East Asia & Pacific) จำนวน 700,000-1.3 ล้านคน

ทั้งนี้จำนวนผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 95 เป็นประชากรประเทศกำลังพัฒนา จำแนกเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 35.7 ล้าน (32.7-39.8 ล้านคน) ผู้หญิง 17 ล้านคน (15.8-18.8 ล้านคน) เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน (1.9-2.5 ล้านคน) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2546 ประมาณ 4.2-5.8 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในปี พ.ศ.

2546 จำนวน 2.9 ล้านคน (2.6-3.3 ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่ 2.4 ล้านคน (2.2-2.7 ล้านคน) และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 490,000 คน (440,000-580,000 คน)⁹

**แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลกโดยประมาณ
พ.ศ. 2542-2546**

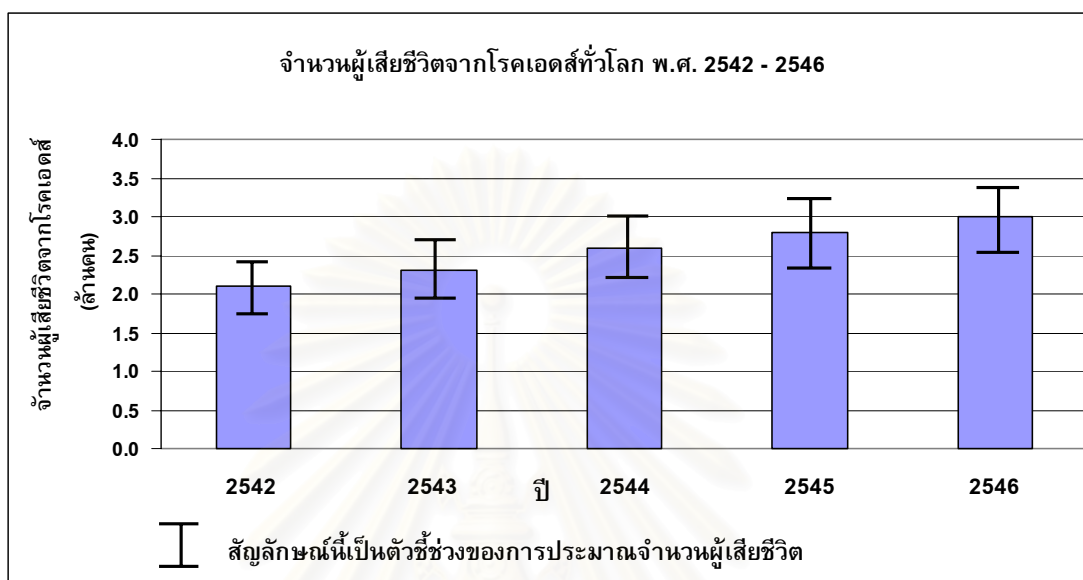


ที่มา: UNAIDS and WHO, AIDS Epidemic Update December 2003 (Geneva: UNIAIDS, 2003), p. 10

หากพิจารณาจากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่าสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2546 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละหลายแสนคน ซึ่งจากปี พ.ศ. 2542-2546 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นทั้งหมดประมาณ 10 ล้านคน กล่าวคือ จากจำนวนผู้ติดเชื้อกว่า 30 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 40 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2546

⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004 Report on the global AIDS Epidemic (Geneva: UNAIDS, 2004), p.10.

แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ทั่วโลก พ.ศ. 2542-2546



ที่มา: UNAIDS and WHO, AIDS Epidemic Update December 2003 (Geneva: UNIADS, 2003), p.10

และจากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ทั่วโลกในแต่ละปีเพิ่มเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ จากปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์กว่า 2 ล้านคน และปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มเป็นกว่า 3 ล้านคน โดยเฉลี่ย 5 ปี มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์เพิ่มขึ้นทุกปี ปีละ 200,000 - 300,000 คน ซึ่งสถานการณ์โรคเอดส์ที่ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง นำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบอย่างมากมายมหาศาล ถือเป็น ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของประชากรโลกที่ต้องรณรงค์ ร่วมมือช่วยเหลือและสนับสนุนในการยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างเต็มใจและเร่งด่วน

3.3 ความร่วมมือของประชาคมโลกในการต่อสู้ปัญหาเอชไอวี/โรคเอดส์

หลังจากเกิดการระบาดของโรคเอดส์ขึ้น ทั่วโลกต่างตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และหันหน้ามาร่วมมือกันแก้ปัญหาโรคเอดส์ในทุกๆระดับ ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบความร่วมมือได้ 3 ระดับ ดังนี้

3.3.1 ระดับที่หนึ่งความร่วมมือระดับโลก (Global Cooperation) ความร่วมมือระดับโลกในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี เป็นการประชุมความร่วมมือกันของทุกตัวแสดงในระบบไม่ว่าจะเป็นรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ ตัวอย่างความร่วมมือที่สำคัญ คือ การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (International AIDS Conference) การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ เปรียบเสมือนเป็นเวทีใหญ่สำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มผู้ดำเนินงานด้านเอดส์ ผู้เชี่ยวชาญปัญหาสุขภาพ นักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ องค์กรระหว่างประเทศต่างๆ รัฐบาล กลุ่มผู้ติดเชื้อเอง รวมถึงภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน¹⁰ ซึ่งจุดมุ่งหมายเบื้องต้นของการประชุมนี้ คือ เพื่อสร้างความร่วมมือและรับทราบสถานการณ์โรคเอดส์ วางแนวทางแก้ไขปัญหา การสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนว่าเรื่องโรคเอดส์ยังคงเป็นผลกระทบต่อโลกและเป็นเรื่องที่คุณคนต้องร่วมกันรับผิดชอบ¹¹

การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ จัดขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อปีพ.ศ. 2528 ที่เมืองแอตแลนต้า สหรัฐอเมริกา โดยกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา ร่วมกับองค์การอนามัยโลก¹² และหลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมนี้ขึ้นเป็นประจำทุกปีหรือทุกสองปี โดยหมุนเวียนกันในแต่ละประเทศ ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีประเด็นหลัก (Theme) ประจำการประชุมในครั้งนั้น เพื่อเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการประชุมที่จัดขึ้น เช่น ปี พ.ศ.2532 การประชุมเรื่องโรคเอดส์ระดับนานาชาติจัดขึ้นที่ นครมอนทรีออล ประเทศแคนาดา โดยมีประเด็นหลักว่า “ความท้าทายทางวิทยาศาสตร์และสังคมของโรคเอดส์” (The Scientific and Social Challenge of AIDS)¹³ หรือปี พ.ศ. 2543 การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13 จัดขึ้น ณ กรุงเดอร์บัน แอฟริกาใต้ ประเด็นหลักว่า “ผ่าความเงียบ” (Break the Silence) ซึ่งการประชุมครั้งนี้นับเป็นครั้งแรกที่จัดการประชุมในประเทศกำลังพัฒนา¹⁴ ความร่วมมือที่เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการนี้ ส่งผลให้ตลอดระยะเวลาปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 มีกิจกรรมการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศของตัวแสดงต่างๆ ส่งผลให้การป้องกันการแพร่กระจายโรคเอดส์ในระดับนานาชาติประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น

¹⁰ International AIDS Society, International AIDS Conference Future Directions Project Maximizing the impact of the International AIDS Conference [Online]. (n.d.), Available from: http://www.iasociety.org/futuredirections/pdf/FD_Recs_for_GC.pdf [2007, April 28].

¹¹ Ibid.

¹² The Henry J. Kaiser Family Foundation, The Global HIV/AIDS Epidemic: A Timeline of Key Milestones [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.kff.org/hivaids/aidstimeline/timeline.cfm?showyear=all> [2006, October 25].

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

3.3.2 ระดับที่สองความร่วมมือระดับพหุภาคี (Multi-Sectorial Approach) ความร่วมมือระดับพหุภาคี เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นของตัวแสดงที่มากกว่าสามตัวแสดงขึ้นไป ที่ประสานนโยบายเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี ซึ่งปัจจุบันประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ มักจะถูกสอดแทรกอยู่ภายใต้กรอบความร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับพหุภาคี เนื่องจากกลุ่มประเทศต่างๆ ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยอาศัยการสร้างความร่วมมือกันในเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร หรืออาจจะกำหนดนโยบายและการปฏิบัติในการต่อต้านโรคเอดส์ที่สอดคล้องกัน ตลอดจนอาจจะแต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อเป็นกลไกในการดำเนินงานของกลุ่มประเทศนั้นๆ กลุ่มความร่วมมือในระดับภูมิภาคนี้ อาจจะสร้างความร่วมมือกับประเทศคู่เจรจา กลุ่มประเทศ หรือองค์กรระหว่างประเทศ ตลอดจนสร้างพันธมิตรและสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณกุศล หรือสนับสนุนเงิน และให้การช่วยเหลือตัวอย่างความร่วมมือระดับนี้ เช่น กลุ่มประเทศอาเซียน เนื่องจากประเทศสมาชิกอาเซียนตระหนักถึงภัยอันเกิดจากการแพร่ระบาดของอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ในเอเชีย และผลกระทบที่จะมีต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อาทิ การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในส่วนของรัฐและของครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมของสังคมที่จะได้รับผลกระทบในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ทำให้การประชุมสุดยอดอาเซียน (4th ASEAN Summit) ครั้งที่ 4 ที่สิงคโปร์ ในปี พ.ศ. 2535 หยิบยกเรื่องนี้ขึ้นพิจารณา และมีมติให้ประเทศสมาชิกอาเซียนร่วมกันในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการกำหนดแนวนโยบายและการปฏิบัติการในการต่อต้านโรคเอดส์ที่สอดคล้องกัน ซึ่งผลจากการประชุมนี้ ประเทศสมาชิกจึงได้เห็นพ้องกันให้จัดตั้งคณะทำงานอาเซียนด้านโรคเอดส์ (ASEAN Task Force on AIDS: ATFOA) ขึ้นเพื่อเป็นกลไกในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในภูมิภาคอาเซียน และต่อมาในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ได้กำหนดระเบียบวาระโดยเฉพาะสำหรับหารือเรื่องโรคเอดส์ (ASEAN Summit Session on HIV/AIDS) ที่ประชุมรับรองปฏิญญาของการประชุมสุดยอดอาเซียนว่าด้วยโรคเอดส์ (7th ASEAN Summit Declaration on HIV/AIDS) ปี พ.ศ. 2545-2548¹⁵ นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือภายใต้กรอบความร่วมมือของ 6 ชาติ สมาชิกกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง (Greater Mekong Subregion: GMS) อันได้แก่ จีน ไทย เวียดนาม กัมพูชา ลาวและพม่า ซึ่งนายกรัฐมนตรีเวินเจีย เป่า ของจีน ได้เสนอให้จัดตั้งเครือข่ายสุขภาพลุ่มน้ำโขงเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนประสานการณ์ในการต่อสู้กับโรคร้ายแรง อาทิ โรคเอดส์ ไข้หวัดนกและโรคระบาดอื่นๆ

¹⁵ กระทรวงการต่างประเทศ, กรมองค์การระหว่างประเทศ, กองการสังคม ความร่วมมือกับต่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ (HIV/AIDS), [Online]. (มิถุนายน 2548) แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th/web/56.php> [2549, มิถุนายน 27].

ภายในภูมิภาคร่วมกัน ผู้นำจีน ยังกล่าวด้วยว่า ชาติสมาชิก GMS ทั้ง 6 ชาติควรจะจัดตั้ง เครือข่ายเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ปรับปรุงการให้ข้อมูลข่าวสารให้มีความแม่นยำและชัดเจน และ ดำเนินการป้องกันร่วมกัน ตลอดจนควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ¹⁶ นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือของกลุ่มประเทศ G8 กลุ่มประเทศ G77 กลุ่มประเทศแถบแคริบเบียน กลุ่มประเทศ แอฟริกาเช่นกันที่ตระหนักถึงประเด็นปัญหาเอดส์ที่สร้างผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ

3.3.3 ระดับที่สามความร่วมมือทวิภาคี (Bilateral) ความร่วมมือระดับทวิภาคีเป็น ร่วมมือระหว่างรัฐ 2 รัฐ ที่สร้างความร่วมมือที่จะมีนโยบายการแก้ปัญหาในทางเดียวกัน ความ ร่วมมือที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือทางวิชาการ ทรัพยากร ตัวอย่างของความร่วมมือ ระดับนี้ เช่น ความร่วมมือระหว่างสหรัฐอเมริกา-จีน เรื่องเอชไอวี/เอดส์ ความร่วมมือที่เกิดขึ้นนี้ เป็นการทำบันทึกความเข้าใจ (Memorandum of Understanding: MOU) ณ กรุงวอชิงตัน เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2545 มีวัตถุประสงค์การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสหรัฐฯ และจีน ในเรื่อง ของการป้องกันและการวิจัยพัฒนา บันทึกความเข้าใจนี้เรียกร้องให้สร้างความร่วมมือให้เพิ่มขึ้น ในเรื่องของการพัฒนายุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ รวมทั้งยุทธศาสตร์ใหม่ที่จะรับรองการบริจาคโลหิตที่ปลอดภัย และให้โอกาสนักวิทยาศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของทั้งสองประเทศได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันหรือ เดินทางไปฝึกงานที่ประเทศทั้งสอง¹⁷

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ต้องอาศัยการผนึกกำลังการสร้าง ความ ร่วมมือหลายระดับ เพื่อต่อสู้กับปัญหานี้ เนื่องจากโรคเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงประเด็นปัญหา สุขภาพระดับโลกเท่านั้น หากแต่ยังเป็นปัญหาเรื่องความมั่นคง สังคม เศรษฐกิจอีกด้วย ซึ่งใน หัวข้อต่อไป ผู้วิจัยจะกล่าวถึงบทบาทของตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศที่แก้ไขปัญหาเอดส์

3.4 บทบาทของตัวแสดงต่าง ๆ ในระบบระหว่างประเทศกับการแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์

จะเห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้กลายเป็นภัยคุกคามมนุษย์ยุคใหม่ ทำให้ ประชาคมโลกต้องรับมือกับการแก้ไขปัญหาและผลกระทบของโรคดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์จะช่วยบรรเทาปัญหา โดยสามารถ คิดค้นยาต้านไวรัสเอชไอวีได้สำเร็จ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาโรคเอดส์กลายเป็นปัญหาระดับโลก ในเวลาอันรวดเร็วในช่วงระยะแรกของการแพร่ระบาด เพราะปัจจัยส่งเสริมหลายประการทั้งจาก

¹⁶ กรุงเทพธุรกิจ (6 กรกฎาคม 2548) อ้างถึงใน 6 ชาติลุ่มน้ำโขงออกแถลงการณ์เพิ่มการค้าการลงทุน [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.ftawatch.org/news/view.php?id=4653> [2549, กรกฎาคม 5].

¹⁷ The American Embassy in china, US- China Cooperation on HIV/AIDS [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.usembassy-china.org.cn/sant/uschina-hiv aids.htm> [2007, October 15].

การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อในระดับบุคคลและระดับรัฐ การขาดความร่วมมือในการแก้ปัญหาในระดับโลกอย่างจริงจัง จากปัจจัยนี้เองจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในประชาคมโลกแก้ไขปัญหาโรคเอดส์อย่างจริงจัง ผู้วิจัยเห็นว่าตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศที่บทบาทต่อการดำเนินการแก้ปัญหาเอดส์มี ดังนี้

3.4.1 รัฐ รัฐต่างๆ เป็นตัวแสดงที่มีบทบาทในการดำเนินงานเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคเอดส์ภายในรัฐของตน ตลอดจนวางนโยบายและวางมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาระยะโรคเอดส์ขึ้น นอกจากนี้รัฐถือเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทที่สำคัญต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องโรคเอดส์แก่ประชากรภายในรัฐของตน เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคเอดส์และสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ การรณรงค์ให้ประชาชนรู้จักการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโดยการแจกถุงยางอนามัย การแจกจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ อีกทั้งรัฐต้องดำเนินการแก้ไขผลกระทบเรื่องโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นในสังคม โดยแต่ละรัฐจะมีหน่วยงานรับผิดชอบเรื่องเอดส์โดยเฉพาะ ประเทศยูกันดา บอซวานา บราซิลเป็นตัวอย่างประเทศที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาระยะโรคเอดส์ได้อย่างทันถ่วงที เนื่องจากมีแผนเอดส์แห่งชาติจึงช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง ส่วนประเทศจีน อินเดีย และประเทศในแถบทวีปแอฟริกา เป็นประเทศที่ล้มเหลวด้านการแก้ปัญหาเอดส์¹⁸

อย่างไรก็ดีรัฐไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาระยะโรคเอดส์ให้ก้าวหน้าไปได้หากปราศจากการสนับสนุนด้านงบประมาณ ความรู้ และความช่วยเหลือด้านอื่นๆ จากองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชน หรือระหว่างรัฐด้วยกัน โดยเฉพาะรัฐที่อยู่ในสถานะย่ำแย่ทางเศรษฐกิจ

3.4.2 องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) องค์กรพัฒนาเอกชนหรือเอ็นจีโอย่อมาจากคำว่า Non Governmental Organizations แปลตรงตัว คือ องค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ ในต่างประเทศมักเรียกว่า องค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร¹⁹ หรือ องค์กรอาสาสมัครเอกชน สำหรับประเทศไทย มักเรียกว่า องค์กรการกุศล หรือ องค์กรสาธารณประโยชน์ และในระยะหลังก็เรียกว่า องค์กรพัฒนาเอกชน NGOs คือ องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ และไม่ใช่ภาคธุรกิจที่แสวงหากำไร ก่อตั้งและดำเนินการโดยกลุ่มบุคคล ที่มีความมุ่งมั่นในอันที่จะเข้ามามีส่วนร่วมใน

¹⁸ Karent A. Mingst, *Essentials of international relations*, 3rd ed, (New York: Norton, 2004), p.277.

¹⁹ Graham Evans and Jeffrey Newnham, *The Penguin Dictionary of International relations* (England: penguin book, 1998), p. 267.

การแก้ไขปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาสและประชาชนผู้ทุกข์ยาก อันเกิดจากผลกระทบของการพัฒนา²⁰

NGOs ที่ทำงานด้านเอดส์ มีบทบาทด้านการแก้ปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ โดยเฉพาะปัญหาด้านมนุษยธรรม การรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ NGOs ด้านเอดส์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี NGOs มักจะทำงานในเรื่องและประเด็นที่หน่วยงานของรัฐมักจะทำได้ยากเนื่องจากข้อจำกัดของระบบ สถาบัน²¹ และการดำเนินงานของรัฐที่ไม่เอื้อต่อการแก้ปัญหาได้อย่างถึงแก่น ปัจจุบันนี้ NGOs มีบทบาทในการผลักดันนโยบายของรัฐและประสานงานระหว่างกัน NGOs ดำเนินกิจกรรมหลายด้าน เช่น การป้องกัน การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้านการรักษา การให้คำปรึกษา การสังคมสงเคราะห์ การสนับสนุนรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นต้น²² ซึ่งทุกวันนี้ มี NGOs ต่างๆ มากมายที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านโรคเอดส์ในแต่ละด้านที่ช่วยขับเคลื่อนให้การแก้ปัญหาเรื่องโรคเอดส์เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมมานานหลายปี บทบาทที่ NGOs ดำเนินการได้ดี คือ บทบาททางมนุษยธรรม เช่น การจัดการเกี่ยวกับเรื่องการแบ่งแยกกีดกันผู้ติดเชื้อ เป็นต้น²³ ซึ่งในการประชุมโรคเอดส์ในเวทีระดับต่างๆ NGOs มีบทบาทในการต่อรองเชิงนโยบายและเรื่องอื่นๆ ด้วยเช่นกัน NGOs ด้านเอดส์ที่สำคัญ คือ เอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS: APN+), องค์กรบริการปรึกษาด้านเอดส์นานาชาติ (International Council of AIDS Service Organizations: ICASO), กลุ่มวิฤติสุขภาพชายรักชายในนครนิวยอร์ก (Gay Men's Health Crisis), The AIDS Support Organizations ในประเทศยูกันดา, The Save Your Generation Association ในประเทศเอธิโอเปีย, Grupo Pela Vidda ในนครริโอเดอจาเนโล และกว่าอีกหลายร้อยองค์กรที่มีได้กล่าวถึงเพื่อร่วมมือ ต่อสู้ และประสานงานกัน แก้ไขผลกระทบจากเอดส์²⁴

3.4.3 บทบาทกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้นำประเทศหรือผู้นำองค์กร นักกิจกรรมด้านเอดส์
กลุ่มแพทย์เป็นอีกตัวแสดงหนึ่งที่มีบทบาทในการแก้ปัญหาเอดส์ เช่น บทบาทของนายโคฟี อันนัน อดีตเลขาธิการสหประชาชาติที่ผลักดันให้ทั่วโลกตระหนักถึงภัยคุกคามใหม่ของโรคเอดส์ โดยรณรงค์ให้มีการสร้างความร่วมมือจากภาคการเมืองของทุกประเทศทั่วโลกที่จะต่อสู้

²⁰ ชัชวาลย์ ทองดีเลิศ, " NGOs คือใคร ? บันทึกกลับ NGO," บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด, เชียงใหม่ ๒๕๔๓

[Online] แหล่งที่มา: http://thaingo.org/story/info_009.htm [2550,กันยายน 9].

²¹ เสรี พงศ์พิศ, ร้อยคำที่ควรรู้ (กรุงเทพฯ: พลังปัญญา, 2547), หน้า 68.

²² เบนจมาศ ศิริภัทร และ สุรพล มุละดา, "เอ็น จี โอ" นักพัฒนาระดับรากหญ้าพันธุ์ที่สังคมขาด(ไม่)ได้? (กรุงเทพฯ: อาทิตย์ โพรดักส์ กรุ๊ป, 2545), หน้า 81.

²³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Report on the Global HIV/AIDS epidemic July 2002 (Geneva: UNAIDS, 2002), p.10.

²⁴ Ibid., p11.

กับเอดส์ นายโยเวอริ มูเซวีนิ (Yoweri Museveni) ประธานาธิบดีประเทศยูกันดา มีบทบาทการเข้าถึงยาราคาถูกสำหรับประเทศกำลังพัฒนา ในแอฟริกาใต้ Zackie Achmat กรรมการโครงการรณรงค์การรักษาโรคเอดส์ ในจีน วาน ยาน ไฮ (Wan Yan Hai) ผู้ก่อตั้งโครงการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศจีน²⁵ หรือในกรณีของประเทศไทย บทบาทของนายมีชัย วีระไวทยะ ที่มีบทบาทในการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในประเทศไทย จนได้รับสมญานามจากนิตยสารไทม์ ว่าเป็น “Mr. Condom” นายจอน อึ้งภากรณ์ ที่มีบทบาทช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายในประเทศไทยด้านต่างๆ จนได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการภาครัฐ (Government Service) เมื่อปี พ.ศ. 2548 เป็นต้น

3.4.4 องค์การระหว่างประเทศ อาจกล่าวได้ว่า องค์การระหว่างประเทศ เป็นตัวแสดงที่มีบทบาทในการสร้างความร่วมมือของประชาคมโลกเพื่อต่อสู้กับประเด็นปัญหาโรคเอดส์อย่างมาก โดยเฉพาะองค์การสหประชาชาติและองค์การชำนาญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ ทั้งนี้เนื่องมาจากในช่วงแรก แต่ละรัฐต่างปกปิดข้อมูลภายในประเทศของตนและมิได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญต่อการสร้างความร่วมมือในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ องค์การสหประชาชาติ ซึ่งตระหนักถึงวิกฤติโรคเอดส์ที่เป็นภัยคุกคามมวลมนุษยชาติ เป็นตัวแสดงที่มีหน้าที่เป็นตัวกลางและมีบทบาทหลักต่อการแก้ไขปัญหาในระบบระหว่างประเทศเรื่อยมา ซึ่งผู้วิจัยจะขยายความกล่าวถึงบทบาทการดำเนินงานขององค์การระหว่างประเทศอย่างละเอียด โดยเฉพาะองค์การสหประชาชาติ เนื่องจากมีส่วนผลักดันให้เกิดปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในเวลาต่อมา

ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2530 องค์การอนามัยโลก^{*} ได้ตั้งองค์การขึ้นมาจัดการเรื่องโรคเอดส์โดยเฉพาะ เรียกว่า โปรแกรมระดับโลกเรื่องเอดส์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Programme on AIDS: GPA) มี ดร.โจนาธาน มานน์เป็นผู้อำนวยการ²⁶ และได้ดำเนินการเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเอดส์ เช่น จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเอดส์นานาชาติ เพื่อนำมาทำเป็นนโยบาย และหาข้อยุติในเรื่องที่ยังโต้เถียงกันอยู่ ตลอดจนสร้างความร่วมมือกับองค์การชำนาญพิเศษอื่นๆ ภายใต้องค์การสหประชาชาติ เพื่อสนับสนุนในการต่อต้านโรคเอดส์

ต่อมา ในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2530 ที่ประชุมสมัชชาทั่วไป องค์การสหประชาชาติได้หยิบยกเรื่องเอดส์เข้าพิจารณาในที่ประชุมและมีมติว่า ปัญหาเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินการทุกภาคส่วน จึงจำเป็นต้องประสานงานระหว่างองค์การต่างๆ ในสังกัดองค์การสหประชาชาติ ให้มีส่วนร่วมกันจัดการกับปัญหา ทั้งนี้ได้มีความพยายามร่วมกันระหว่างองค์การ

²⁵ Karent A. Mingst, *Essentials of international relations*, p.278.

^{*} ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 องค์การอนามัยโลก ได้เริ่มจัดการประชุมเรื่องเอดส์ขึ้นครั้งแรก แต่ก็ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน จึงต้องจัดการประชุมต่อเนื่องอีกหลายครั้ง

²⁶ บรรลุ ศิริพานิช และประยูร กุณาศล, นายแพทย์, เอดส์ มหันตภัยของโลก, หน้า 51.

อนามัยโลก (WHO) กับโครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP) ประสานนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการจัดการโครงการในระดับประเทศ แต่ปัญหาการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและความซับซ้อนทางการเมืองที่เกี่ยวข้องทำให้การประสานงานดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร²⁷

ปีถัดมา คือ พ.ศ. 2531 การควบคุมโรคเอดส์ในโลกประสบความสำเร็จมากขึ้น เมื่อแต่ละประเทศเริ่มเปิดเผยข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดภายในประเทศตน (ซึ่งในระยะแรกส่วนใหญ่จะปิดบัง) และพร้อมที่จะเผชิญหน้าอย่างจริงจังผ่านองค์กรระหว่างประเทศ จึงมีการประชุมระดับรัฐมนตรีเรื่องโรคเอดส์ กว่า 100 ประเทศ ที่กรุงลอนดอน ซึ่งในการประชุมนี้ ดร.โจนาธาน มานน์ ผู้อำนวยการโครงการโรคเอดส์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวในที่ประชุมว่า

“เป็นที่ประจักษ์แล้วว่า ไม่มีประเทศใดในโลกที่จะมีภูมิคุ้มกันต่อโรคเอดส์ และการระบาดของโรคเอดส์ไม่สามารถหยุดยั้งได้โดยประเทศใดประเทศหนึ่ง หากต้องการที่จะหยุดการแพร่ระบาดวิธีที่ดีที่สุด คือ การเปิดเผยความจริงและแลกเปลี่ยนความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคนี้ให้กันและกัน”²⁸

ซึ่งหลังการประชุมครั้งนี้มีการประกาศปฏิญญากรุงลอนดอนว่าด้วยการป้องกันโรคเอดส์ มีแนวทางหลักใหญ่มุ่งเน้นไปที่การป้องกันและการแพร่กระจายโรคเอดส์อีกด้วย²⁹

ในช่วงปี พ.ศ. 2534 องค์กรระหว่างประเทศที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์แก่ประชาคม 2 ระดับ³⁰ ได้แก่

1. การผนึกกำลังความร่วมมือในระดับบุคคลและชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งผลจากการผลักดันขององค์กรต่าง ทำให้ความร่วมมือในระดับนี้เข้มแข็งขึ้นเป็นลำดับ
2. การสร้างความร่วมมือในระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งยังอ่อนแออยู่มาก แม้ว่าแต่ละชาติจะเริ่มตระหนักปัญหาโรคเอดส์มากขึ้น แต่การรวมพลังขององค์กรสากลระดับโลกกับองค์กรในระดับประเทศยังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก

²⁷ เรื่องเดียวกัน.

²⁸ เรื่องเดียวกัน.

²⁹ บรรลุ ศรีพานิช และประยูร กุณาศล, นายแพทย์, เอดส์ มหันตภัยของโลก (กรุงเทพฯ: คบไฟ, 2533), หน้า 67-68.

³⁰ Mann, J.M., et al. AIDS in the World. Harvard University Press, 1992, pp.841- 843. อ้างถึงใน วิพุธ พูลเจริญ, วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542), หน้า 16-17.

พ.ศ. 2537 เป็นช่วงที่มีการปรับองค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติเพื่อพัฒนาโลก นานาชาติในการจัดการปัญหาเอดส์ โดยมีการจัดการประชุมสุดยอดผู้นำจาก 42 ประเทศทั่วโลก ที่กรุงปารีส และมีการลงนามร่วมกันในคำประกาศ ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2537 สรุปสาระสำคัญได้คือ ผู้นำรัฐบาลที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ได้ตระหนักถึงการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในทุกระดับ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างรุนแรง รวมทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาการเลือกปฏิบัติ และกลายเป็นเงื่อนไขในการละเมิดสิทธิมนุษยชนอีกด้วย จึงมีความเห็นร่วมกันว่าการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้ได้ผลนั้น ผู้นำทางการเมืองควรมีพันธกิจที่จะให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์และจะกำหนดนโยบายแห่งชาติที่จะปกป้องส่งเสริมสิทธิของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งด้านมาตรการทางกฎหมายและสังคม โดยสร้างความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ อย่างเต็มที่ และจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้เพียงพอต่อการต่อต้านการระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนจะริเริ่มสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์³¹ รวมทั้งมีความเห็นชอบที่จะจัดตั้งโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ในเวลาต่อมา

ในปี พ.ศ. 2539 ได้มีการตั้งหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติทำหน้าที่ดูแลปัญหาเรื่องเอดส์โดยเฉพาะ คือ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่ที่นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ โดยมีนายปีเตอร์ ไพออต (Peter Piot) อดีตรองผู้อำนวยการโครงการเอดส์ องค์การอนามัยโลก เป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่ประสานงานหน่วยงานทั้ง 6 องค์กร คือ องค์การอนามัยโลก (WHO) โครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP) กองทุนช่วยเหลือเด็กสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมสหประชาชาติ (UNESCO) องค์กรพัฒนาประชากรสหประชาชาติ (UNFPA) และธนาคารโลก (World Bank) องค์การข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) โครงการอาหารแห่งสหประชาชาติ (WFP) หน่วยงานทั้งหมดนี้จะคอยทำหน้าที่ สนับสนุนและประสานงานระหว่างกัน ซึ่ง UNAIDS จะเป็นองค์กรผู้นำหลัก จัดโครงการที่สอดคล้องประสานกันในการสนับสนุนประเทศและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วโลกให้สามารถจัดการกับปัญหาเอดส์อย่างมีเอกภาพ³² นับแต่นั้นมา UNAIDS จึงเป็นองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการทำงานด้านความรู้ และเป็นสำนักเลขาธิการด้านโรคเอดส์ให้กับหน่วยงานสหประชาชาติ หน้าที่หลักของ UNAIDS คือ การสร้างผู้นำและการประสานงานคอยผลักดันให้งานด้านเอดส์ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ ให้ข้อมูลแก่ชุมชน สังคมให้เกิดการเรียนรู้ ตลอดจนติดตามการแพร่ระบาดอย่างใกล้ชิด รวมทั้งให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านมนุษย ได้แก่ ด้านวิชาการ และทรัพยากร

³¹ วิพุธ พูลเจริญ, วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ(กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542), หน้า 21.

³² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Fact about UNAIDS: An overview (Geneva: UNAIDS, 1996), p.1.

ด้านการเงิน UNAIDS จึงเป็นหน่วยงานที่ทำงานกับภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ³³ ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 และ 2544 องค์กรชำนาญพิเศษของสหประชาชาติอีก 2 หน่วยงาน ก็ได้เข้าร่วมสนับสนุนตามลำดับ ได้แก่ องค์กรสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC) และองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) รวมเป็น 8 หน่วยงานที่ให้การสนับสนุน³⁴ โดยสรุปหน่วยงานของสหประชาชาติที่ประสานความร่วมมือแก้ปัญหาเอดส์ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 หน่วยงานของสหประชาชาติที่ประสานความร่วมมือแก้ปัญหาเอดส์

หน่วยงานสนับสนุนของสหประชาชาติ (UN – Co-Sponsor)	เป้าหมายการดำเนินงานด้านเอดส์ (HIV/AIDS Programming Focus)
องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)	ป้องกัน ดูแลและสนับสนุนในสถานประกอบการ รวมถึงการไม่เลือกปฏิบัติ
โครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP)	ส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งและขยายศักยภาพระดับชาติที่จะตอบสนองต่อการแพร่ระบาดที่มีนัยสำคัญต่อการพัฒนา
องค์กรการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมสหประชาชาติ (UNESCO)	ให้ความรู้เรื่องการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ
องค์กรพัฒนาประชากรสหประชาชาติ (UNFPA)	การป้องกันในบริบทของเรื่องเพศ เน้นที่เด็ก หญิงมีครรภ์และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย
กองทุนช่วยเหลือเด็กสหประชาชาติ (UNICEF)	ป้องกันและดูแลเยาวชน เด็กๆ ติดเชื้อ และครอบครัว รวมทั้งประชาสัมพันธ์เรื่องสุขภาพ ส่งเสริมการศึกษาเรื่องเอดส์ในสถานศึกษา
องค์กรสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC)	ป้องกันและดูแลบริบทผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงไม่ถึง และลดความเสี่ยงและให้ความรู้แก่ผู้เสพยาเสพติด
องค์การอนามัยโลก (WHO)	การป้องกัน ดูแลและรักษา ในบริบททางการแพทย์ ซึ่งเน้นที่กลุ่มเสี่ยง การบริจาคโลหิต การพัฒนาวัคซีน การเข้าถึงยาต้านไวรัส และสร้างประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง
ธนาคารโลก (World Bank)	ให้เงินทุนสำหรับกิจกรรมการป้องกันและการควบคุม

ที่มา: UNAIDS and UNFPA, Thailand UNAIDS Joint Plan of Action 2002-2006 (Bangkok: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, n.d.), p.8.

³³ สมพงษ์ เจริญสุข, “โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS),” ใน สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 37.

³⁴ เรื่องเดียวกัน.

จากที่กล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นจากตัวแสดงต่าง ๆ ไม่ว่าจะ รัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ผู้เชี่ยวชาญองค์กรระหว่างประเทศ มีเป้าหมายหลักมุ่งเน้นที่การควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ผลก็คือ ความร่วมมือที่เกิดขึ้นมีความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่แต่ละรัฐสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้และให้ความรู้แก่ประชาชนในรัฐของตนให้รู้จักป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ แต่ปัญหาที่เป็นผลกระทบทางด้านสังคม โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชน ปัญหาการพัฒนา ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อีกทั้ง ปัญหาความยากจน การด้อยพัฒนา และการไร้การศึกษาเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ถ้าปัญหาเรื่องเอดส์ไม่สามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ประเทศด้อยพัฒนายิ่งยากจนลง ส่งผลให้การพัฒนาลดระดับลง ประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากนานาประเทศเพิ่มขึ้น³⁵ นอกจากนี้ทุกฝ่ายควรร่วมมือกันวางมาตรการที่เฉพาะเจาะจง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาเอดส์ ดังนั้น เมื่อเริ่มคริสต์ศตวรรษที่ 21 สหประชาชาติจึงได้มีการทบทวนปัญหาเรื่องโรคเอดส์อย่างเข้มข้นอีกครั้งหนึ่ง นำไปสู่การมีปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

3.5 ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Declaration of Commitment on HIV/AIDS)

3.5.1 ที่มาของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

ปัญหาเรื่องเอดส์เป็นประเด็นปัญหาระดับโลกและคร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลกไปปีละหลายล้านคน อีกทั้งยังสร้างผลกระทบแก่สภาพสังคม เศรษฐกิจอย่างมากมาย ทุกประเทศทั่วโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศร่ำรวย และประเทศยากจน ต่างต้องเผชิญกับผลกระทบดังกล่าว ปัญหาเรื่องโรคเอดส์จึงมักจะถูกบรรจุให้เป็นวาระหนึ่งของการประชุมระดับนานาชาติอยู่บ่อยครั้ง ไม่ว่าจะเป็นระดับทวิภาคี พหุภาคี เช่น การประชุมสุดยอดของกลุ่มประเทศ G8 หรือ G77 การประชุม the Organization of American States, the Organization of African Unity, the Commonwealth of Nations, the European Union, the Association of South- East Asian Nation และ the Caribbean Community Secretariat: CARICOM³⁶

³⁵ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย ก้าพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2549), หน้า 12.

³⁶ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Report on the Global HIV/AIDS epidemic July 2002 (Geneva: UNAIDS, 2002), p.12.

ด้วยเหตุนี้เอง เมื่อเริ่มสหัสวรรษใหม่ทางสหประชาชาติจึงได้เร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสุดยอดสหัสวรรษสหประชาชาติ (Millennium Summit) ในปี พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศและผู้แทนรัฐบาลต่างเห็นว่าเอดส์เป็นปัญหาหนึ่งของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประธานาธิบดีและนายกรัฐมนตรีจากทวีปแอฟริกาและแถบทะเลแคริบเบียน รวมทั้งประเทศเอเชีย ยุโรปตะวันตกและตะวันออกที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะต่อสู้กับโรคเอดส์³⁷ ผู้นำเหล่านี้ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า หากยังมีการแพร่ระบาดของอย่างต่อเนื่องของโรคเอดส์จะก่อให้เกิดอุปสรรคอย่างใหญ่หลวงต่อการพัฒนา จึงได้ตกลงร่วมกันระหว่างการประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษที่จะต่อสู้และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ รวมทั้งยังมีการบรรจุปัญหาเรื่องโรคเอดส์ไว้เป็นเป้าหมายลำดับที่ 6 ของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs)³⁸

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษนั้น เป็นผลมาจากการประชุมสุดยอดสหประชาชาติเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่เป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ได้ตกลงร่วมกันที่จะใช้เป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดกรอบระยะเวลาชัดเจนและวัดผลได้ในการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยากหิวโหย ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ ความเสื่อมโทรมของแหล่งทรัพยากรทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การต่อสู้กับโรคเอดส์มาเลเรียและโรคอื่น เป็นต้น โดยหลักการพื้นฐานของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ คือ การแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ระหว่างสหประชาชาติและองค์การพัฒนาระหว่างประเทศและรัฐบาลประเทศต่างๆ และระหว่างภาคีการพัฒนาในแต่ละประเทศ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดขอบเขตเวลาและตัวชี้วัด เพื่อประเมินเป้าหมายของการพัฒนาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมร่วมกัน³⁹ ซึ่งผลจากที่ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ถูกบรรจุไว้เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ จึงทำให้เกิดการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 26 ในเวลาต่อมา

เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม พ.ศ. 2544 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติทั่วไปสมัยพิเศษครั้งที่ 26 (United Nations General Assembly Special Session: UNGASS) ว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ อันเนื่องมาจากการตระหนักถึงภัยและผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีต่อมวลมนุษยชาติ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของนายโคฟี อันนัน เลขาธิการสหประชาชาติที่ว่า

³⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Report on the Global HIV/AIDS epidemic July 2002 (Geneva: UNAIDS, 2002), p.12.

³⁸ Teresita Bai Bagasao. "Keeping the Promise, UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS 2001) Coalition of Asia Pacific regional Networks on HIV/AIDS," In Report of the Asia Pacific Alternative Community Forum on HIV/AIDS, p.39. 12 -14 January 2004. Bangkok.

³⁹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547 (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547) หน้า 4.

“เราต้องสร้างความเข้าใจแก่ประชากรทั่วโลกว่า วิกฤติเรื่องโรคเอดส์นั้นจะไม่มีวันสิ้นสุด และไม่ได้เกี่ยวข้องกับประเทศเพียงไม่กี่ประเทศ แต่เอดส์เป็นภัยคุกคามมวลมนุษยชาติทั้งมวลและถือเป็นภัยคุกคามต่ออารยธรรมของเราทั้งมวลด้วย การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษครั้งนี้ เป็นโอกาสที่จะช่วยให้เราจะได้ร่วมกันเผชิญหน้ากับภัยพิบัติในสิ่งที่เรามีเคยได้กระทำต่อมนุษยชาติในอนาคต และร่วมกันสร้างความก้าวหน้าในการต่อสู้ต่อปัญหาจากโรคร้ายนี้”⁴⁰

เช่นเดียวกับ ปีเตอร์ ไพออต ผู้อำนวยการโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ UNAIDS ที่ได้กล่าวว่า

“เป็นที่ประจักษ์แล้วว่า พวกเราไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ได้เพียงลำพัง เพราะยังมีการตอบสนองต่อปัญหาโรคเอดส์ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียว ซึ่งภาระหน้าที่ในตอนนี้เป็น การเพิ่มเจตจำนงทางการเมือง/ทรัพยากร และพันธกิจทางด้านสังคมที่จะช่วยในการต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์”⁴¹

การประชุมสมัชชาสหประชาชาติทั่วไปสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ครั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกที่องค์การสหประชาชาติ นำประเด็นเรื่องสุขภาพที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกมาหารือ⁴² และยังทำให้เราทั่วโลกเห็นถึงความหวังที่จะต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ถือเป็นสถานการณ์อันเร่งด่วน ดังประเด็นหลักของการประชุมครั้งนี้ที่ว่า **“Global Crisis - Global Action”** (วิกฤติระดับโลก การปฏิบัติระดับโลก)⁴³ ประมุขแห่งรัฐ หัวหน้ารัฐบาลตัวแทนของรัฐบาลและรัฐบาลของประเทศต่างๆ ได้มารวมตัวกัน ตามแนวทางของข้อมติที่ 55/13^{*} ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2543 ซึ่งถือเป็นการเร่งด่วนที่จะมีการทบทวนและนำเสนอ

⁴⁰ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, Background Information [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.un.org/ga/aids/background.htm> [2006, December 15].

⁴¹ Ibid.

⁴² 2001 Special Session [Online]. (n.d), Available from: http://www.ua2010.org/index.php/en/ungass/2001_special_session. [2006, December 22].

⁴³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Keeping the Promise Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Geneva: UNAIDS, 2002), p.4.

* ในปีหนึ่งๆ สมัชชาสหประชาชาติ (General Assembly) จะมีข้อมติ (resolutions) ที่ผ่านการพิจารณาแล้วเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจถือได้ว่าข้อมติเหล่านี้มีส่วนช่วยในการสร้างปณิธานหรือมติมหาชนรวมทั้งบรรทัดฐานในเรื่องต่างๆ ของโลก

ประเด็นของปัญหาต่างๆ เรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ รวมถึงการสร้างพันธมิตรในระดับโลก เพื่อเพิ่มความร่วมมือและความพยายามในระดับประเทศ ภูมิภาค และระหว่างประเทศที่จะต่อสู้กับโรคเอดส์อย่างครอบคลุมทุกด้าน⁴⁴ และเพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน การประชุมครั้งนี้แตกต่างไปจากการประชุมเรื่องโรคเอดส์กว่า 100 ครั้งที่เคยเกิดขึ้นในเวลา 20 ปีที่ผ่านมา เพราะว่าเป็นการประชุมของกลุ่มผู้นำทางการเมืองจากประเทศทั่วโลกทั้งหมด 189 ประเทศ เข้าร่วมประชุม ในวาระเฉพาะเรื่องเอดส์เป็นครั้งแรก หลังจากที่เอดส์เป็นปัญหามากกว่ายี่สิบปี

การประชุมสมัชชาฯ อย่างเป็นทางการทั้งสามวัน สำคัญที่สุดคือ การให้ตัวแทนผู้นำประเทศทุกประเทศได้กล่าวถึงจุดยืนของประเทศตัวเองต่อปัญหาเรื่องเอดส์ และมีการแบ่งประชุมโต๊ะกลม 4 หัวข้อ ได้แก่ เรื่อง การป้องกันและการรักษาเอดส์ สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจในเรื่องเอดส์ และการระดมทุนในการแก้ปัญหาเอดส์ ซึ่งผู้แทนประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมโต๊ะกลมในหัวข้อที่สาม เรื่องผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในเรื่องเอดส์⁴⁵ ผู้แทนของภาครัฐหลายประเทศเรียกประชุมผู้แทนเอ็นจีโอและผู้แทนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศ เพื่อร่วมกันพิจารณาร่างเอกสารซึ่งออกมาก่อนการประชุมอย่างน้อยหนึ่งเดือน⁴⁶ และในการปิดท้ายการประชุมครั้งนี้ มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้วย ผู้วิจัยสามารถสรุปที่มาของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ เป็นแผนลำดับภาพได้ตามแผนภาพที่ 5 ดังนี้

เพราะได้ผ่านการเห็นชอบของประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ ซึ่งข้อมติที่ 55/13 (A/res/55/13) ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 เป็นข้อมติจากการประชุมสมัชชาทั่วไปแห่งสหประชาชาติ วาระที่ 179 เป็นหัวข้อการทบทวนประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.un.org/Depts/dhl/resguide/r55.htm>

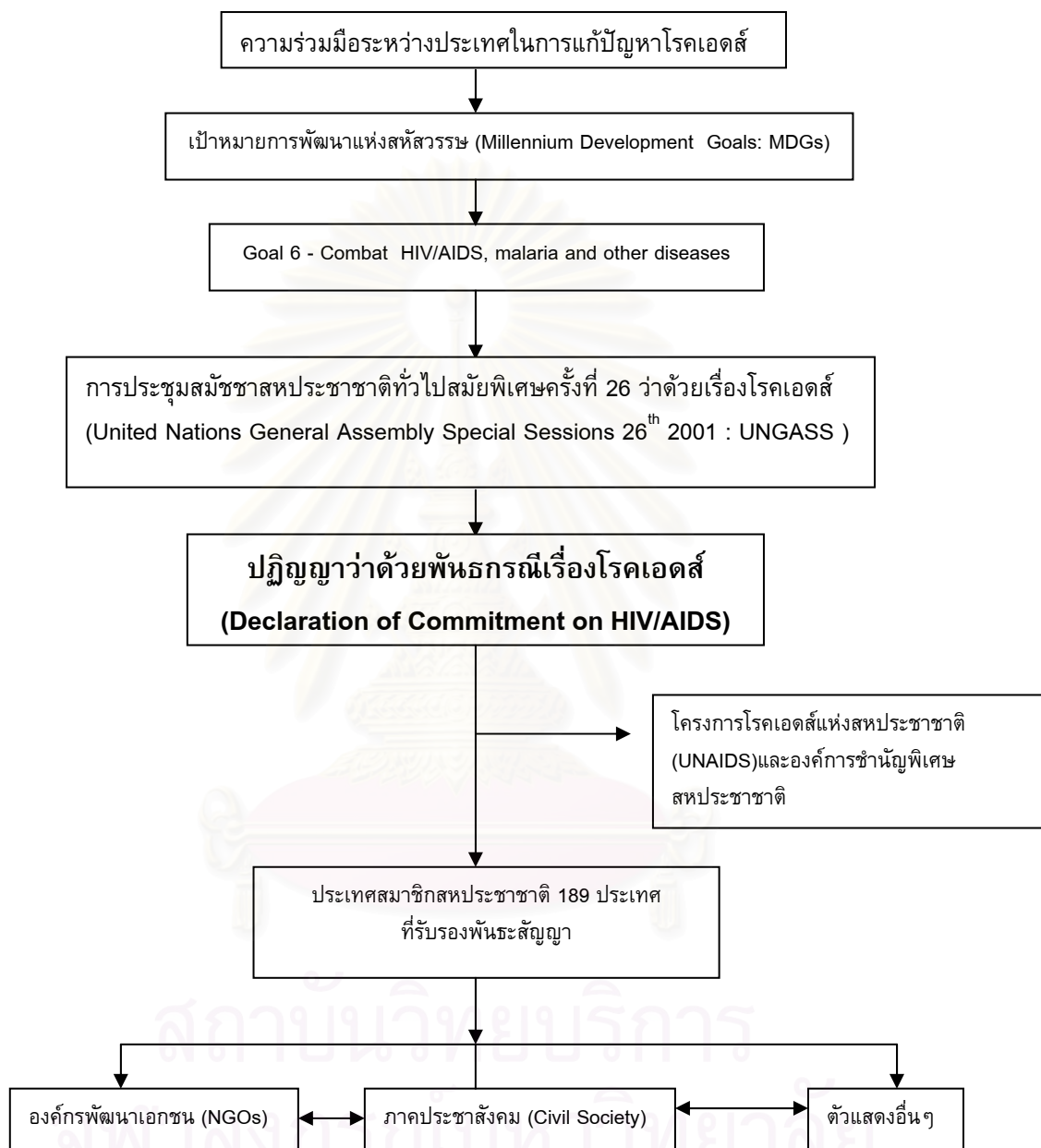
⁴⁴ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 9.

⁴⁴ ไพศาล ตันอุต, “จุดยืนของผู้ติดเชื้อไทยในเวทีเอดส์โลก,” จัดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน” (11 กรกฎาคม 2544): หน้า4. (พิมพ์สำหรับการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11- 13 กรกฎาคม 2544)

⁴⁵ เรื่องเดียวกัน.

⁴⁶ เรื่องเดียวกัน.

แผนภาพที่ 5 สรุปความเป็นมาของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์



3.5.2 ความสำคัญและวัตถุประสงค์ของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ หรือ Declaration of Commitment on HIV/AIDS มีความสำคัญ คือ ปฏิญญาฯ นี้เปรียบเสมือนเป็นนโยบายหลักใหญ่และมาตรการกลางที่มุ่งเน้นให้แต่ละประเทศมีพันธกรณีร่วมกันที่จะต้องปฏิบัติตาม ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ไม่มีผลบังคับทางกฎหมายแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ปฏิญญาฯ ฉบับนี้เป็นพันธะ

ที่ทุกประเทศตกลงร่วมกันที่จะดำเนินการต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์⁴⁷ โดยเนื้อหาในตอนต้นของปฏิญญา ได้กล่าวถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ณ ช่วงเวลาสิ้นสุดศตวรรษที่ 20 ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกแล้ว 36.1 ล้านคน และร้อยละ 90 เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา โดยที่ร้อยละ 75 เป็นประชากรในเขตซบซาฮาราทวีปแอฟริกา การแพร่ระบาดก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงและถือเป็นวิกฤติเร่งด่วนระดับโลก จึงได้มีการหยิบยกประเด็นปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากเอดส์ขึ้นมาหารือและได้ระบุพันธกรณี 11 หัวข้อ ซึ่งแต่ละประเทศควรนำไปปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง โดยผู้วิจัยสรุปรายละเอียดของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ได้ดังนี้⁴⁸ คือ

1. **ความเป็นผู้นำ (Leadership)** ในปฏิญญา ได้ระบุถึงพันธภาวะความเป็นผู้นำที่เข้มแข็งในทุกระดับของสังคมมีความสำคัญต่อการตอบโต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยในปฏิญญา เน้นว่า ความเป็นผู้นำของรัฐบาลในการต่อสู้กับโรคเอดส์เป็นสิ่งสำคัญและความพยายามของรัฐควรได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชนอย่างเต็มที่ ซึ่งความเป็นผู้นำยังรวมถึงพันธภาวะผู้กั้นระดับส่วนบุคคลและมุ่งเน้นให้มีการปฏิบัติในทางรูปธรรมอย่างชัดเจนมีการกระทำที่ชัดเจน ซึ่งตามปฏิญญา ได้แบ่งพันธภาวะเรื่องความเป็นผู้นำออกเป็น 3 ระดับ คือ
 - ระดับประเทศ ระบุเป้าหมายไว้ว่าภายในปี พ.ศ. 2546 รัฐต้องทำหน้าที่ผู้นำแก้ไขปัญหาย่างรอบด้าน ตลอดจนต้องพัฒนายุทธศาสตร์และงบประมาณแผ่นดินอย่างจริงจัง
 - ระดับภูมิภาค ระบุถึงพันธภาวะประสานงานและสร้างความร่วมมือในระดับภูมิภาคและระหว่างภูมิภาคให้เป็นไปอย่างเข้มแข็ง
 - ระดับโลก ระบุถึงพันธภาวะเรื่องบทบาทการดำเนินงานและประสานงานสร้างความร่วมมือองค์กรของสหประชาชาติ ให้มีความเข้มแข็ง ทันสมัย และสอดคล้องกับหลักการที่ระบุไว้ในปฏิญญา ฉบับปัจจุบัน
2. **การป้องกัน (Prevention)** ด้านการป้องกันได้ระบุพันธภาวะเน้นให้รัฐมีโครงการและตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ภายในปี พ.ศ. 2546 กำหนดเป้าหมายระดับประเทศและระดับโลกที่จะลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชายหญิง อายุ 15-24 ปี ในระดับประเทศลดลงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2548 และลดลงร้อยละ 25 ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2553 และภายในปี พ.ศ. 2548 จะต้องลดอัตราส่วนของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากครรภ์

⁴⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Keeping the Promise Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Geneva: UNAIDS, 2002), p.4.

⁴⁸ อ่านรายละเอียดปฏิญญา ฉบับเต็มได้ที่ภาคผนวก ข, หน้า 242.

มารดาลดลงร้อยละ 20 และลดลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2553 ตลอดจนจะต้องรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการป้องกันและดำเนินมาตรการที่เป็นสากล เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด

3. **การดูแล สหับสนุน และการรักษา (Care, Support and Treatment)**
 ในปฏิญญาฯ ได้ระบุให้ ภายในปี พ.ศ. 2546 รัฐต้องพัฒนายุทธศาสตร์และปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขและแก้ไขปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์เสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการและการให้บริการทางการแพทย์ อีกทั้งต้องทำให้รายาต้านไวรัสเอ็ดส์มีความเหมาะสม และจะต้องพัฒนาการดูแลรักษาและติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์อย่างครอบคลุม เพื่อช่วยเหลือบุคคลครอบครัว ชุมชน ภายในปี พ.ศ. 2546 และ 2548
4. **โรคเอ็ดส์กับสิทธิมนุษยชน (HIV/AIDS and Human Rights)** ในปฏิญญาฯ มุ่งเน้นให้รัฐมีพันธะที่จะมีมาตรการและกลไกที่จะปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างเป็นรูปธรรม เช่น ภายใน ปี พ.ศ. 2546 รัฐควรมีมาตรการที่จะลดการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและลดการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และภายใน ปี พ.ศ. 2548 เน้นให้มีมาตรการที่จะส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กให้ปลอดภัยและรู้จักป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และมีความเสมอภาคเท่าเทียมกับเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อต่อไป
5. **การลดความเสี่ยง (Reducing vulnerability)** พันธะนี้ผู้วิจัยเห็นว่ามีความที่สอดคล้องกันกับเรื่องการป้องกัน ซึ่งมุ่งเน้นให้แต่ละรัฐควรมีนโยบายและโครงการภายในรัฐของตน และสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ที่จะวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดบุคคลนั้นๆ ติดเชื้อเอชไอวี และระบุแนวทางปฏิบัติและตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติให้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่ รวมทั้งใช้แนวทางที่ช่วยสนับสนุนและคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มบุคคลที่มีอัตราเสี่ยง ภายใน ปี พ.ศ. 2546
6. **เด็กกำพร้าและเด็กที่มีความเสี่ยงเนื่องจากโรคเอ็ดส์ (Children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS)** ในปฏิญญาฯ ได้วางพันธะที่มุ่งเน้นให้วางแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยให้รัฐมีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กกำพร้าอย่างจริงจังในเรื่องต่างๆ เช่น การศึกษา การละเมิดสิทธิเด็ก การเลือกปฏิบัติ การได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมกับเด็กทั่วไป และปกป้องเด็กกำพร้าและเด็กที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้ถูกทำร้าย

ทหาร และลี้ภัย ขยาย ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาความร่วมมือในระดับนานาชาติที่เกื้อหนุนต่อโครงการเพื่อเด็กกำพร้า

7. **การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ (Alleviating the social and economic)** เช่นเดียวกับพันธะอื่นๆ คือ เน้นให้รัฐพัฒนาและกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะแก้ไขผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ เช่น ภายในปี พ.ศ. 2546 รัฐจะต้องประเมินผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และพัฒนายุทธศาสตร์หลายสาขาเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศ และปรับนโยบายการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมไปถึงนโยบายคุ้มครองทางสังคม เพื่อแก้ไขผลกระทบของโรคเอดส์ต่อความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อีกทั้งต้องพัฒนากฎหมายและวางกรอบนโยบายระดับชาติที่ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในสถานประกอบการ
8. **การวิจัยและพัฒนา (Research and development)** พันธกรณีนี้โดยสรุป คือ การให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนา ซึ่งมุ่งหวังให้มีการเพิ่มการลงทุนและกระตุ้นการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโรคเอดส์ รวมทั้งสร้างศักยภาพในการทำวิจัยระดับชาติ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ตลอดจนสร้างความร่วมมือระดับภูมิภาคและนานาชาติให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะความร่วมมือในระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน และความร่วมมือแบบสามฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดเทคโนโลยี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และบทเรียนตัวอย่าง รวมทั้งนักวิจัยและข้อมูลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ยังมุ่งหวังให้มีการสนับสนุนการพัฒนาองค์กรวิจัยทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ
9. **โรคเอดส์ในภูมิภาคที่มีความขัดแย้งและได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ (HIV/AIDS in regions affected by conflict or disaster)** ตามปฏิญญาฯ เน้นย้ำให้แต่ละประเทศ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนสร้างความร่วมมือระดับภูมิภาคและนานาชาติ ให้ตระหนักถึงประเด็นเรื่องโรคเอดส์ในการดำเนินงาน และกำหนดยุทธศาสตร์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่รัฐหรือภูมิภาคที่มีความขัดแย้งทางการเมืองหรือได้รับภัยพิบัติ หรือบรรจุเรื่องโรคเอดส์เข้าในโครงการที่ให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศ รวมถึงการดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาดโรคเอดส์ และให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่กลุ่มบุคคลที่ต้องไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ดังกล่าว
10. **ทรัพยากร (Resources)** มีพันธะให้แต่ละรัฐ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลาง มีพันธะที่จะจัดสรรงบประมาณแผ่นดินในการดำเนินงานด้านเอดส์ให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด และที่สำคัญ คือ ให้จัดตั้งกองทุนโรค

เอดส์โดยเฉพาะ เพื่อการระดมทุนสำหรับประเทศกำลังพัฒนาใช้ในการดำเนินงาน
แก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์

11. การติดตาม (Follow-up) ในปฏิญญาฯ แบ่งการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็น 3 ระดับ ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก โดยจะมีกลไกติดตามผล ตัวชี้วัดและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุข้อตกลงตามปฏิญญาฯ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดอีกครั้งในหัวข้อ 3.7

จะเห็นได้ว่าเนื้อหาของปฏิญญาฯ ดังกล่าวครอบคลุมมาตรการในการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างรอบด้านและมีการกำหนดกรอบเวลาเพื่อใช้ในการติดตามผลการดำเนินงานของแต่ละประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ.2553⁴⁹ ถือเป็นข้อตกลงและภารกิจร่วมของประเทศต่างๆ ที่ลงนามในการนำไปผลักดันให้เกิดการปฏิบัติในประเทศของตนเองต่อไป ปฏิญญาฯ ว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ มีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมของทุกส่วนจากสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อนำศักยภาพที่มีอยู่มาร่วมกันทำงานอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหาระดับโลกนี้⁵⁰ และเป็นพันธะที่แต่ละประเทศจะนำไปปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่างจริงจังตามคำเรียกร้องของเลขาธิการสหประชาชาติ และกำหนดกรอบเวลาในการปฏิบัติถึงสิ่งที่ควรเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 2-4 ปี นับจากมีปฏิญญาฯ เช่น มุ่งหวังให้นานาประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วต้องทุ่มเทงบประมาณด้านเอดส์จากปัจจุบัน 7 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 3.15 แสนล้านบาท ให้เพิ่มเป็นหนึ่งหมื่นล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 4.5 ล้านล้านบาท⁵¹ ให้แก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศยากจนที่ประสบปัญหาด้านเอดส์อย่างรุนแรง เพื่อใช้เป็นทุนในการทำงานด้านโรคเอดส์เพื่อป้องกันและส่งเสริมผู้ติดเชื้อ

ทางด้าน โครงสร้างการทำงานตามปฏิญญาฯ ที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น จะเห็นว่ามีภาระเน้นถึงความสำคัญของความร่วมมือจากทุกระดับตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก โดยเฉพาะในระดับประเทศนั้น ยุทธศาสตร์การทำงานมุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายได้แก่ ฝ่ายประชาสังคม ชุมชน ธุรกิจ ผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้หญิงและวัยรุ่น ทั้งนี้ต้องมีการสนับสนุนงบประมาณจากทางภาครัฐ และไม่กีดกันการสนับสนุนงบประมาณจากนานาชาติด้วย ทางด้านการป้องกัน ทุกประเทศควรให้อัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปี ลดลงให้เหลือเพียงร้อยละ 25 และอัตราการติดเชื้อของทารกวัยใหม่มูลดลงร้อยละ 20

นอกจากนี้ยังเสนอให้จัดการศึกษาในรูปแบบต่างๆ ในเรื่องเอดส์ให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ อย่างทั่วถึง รวมทั้งการจัดการศึกษาเรื่องเอดส์อย่างทั่วถึงให้แก่กลุ่มแรงงานอพยพ กลุ่ม

⁴⁹ Meeting UNGASS Targets [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.ua2010.org>. [2006, December 22].

⁵⁰ บทบรรณาธิการ, “งานเอดส์ในอนาคต,” จดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน” (11 กรกฎาคม 2544): หน้า 1, 12. (พิมพ์สำหรับการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11- 13 กรกฎาคม 2544)

⁵¹ เรื่องเดียวกัน.

ชาวต่างชาติ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มการมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ รวมทั้งประชากรจะต้องเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อ เช่น ถุงยางอนามัย เข็มฉีดยาที่สะอาดสำหรับใช้ฉีดสารเสพติด ตลอดจน ต้องพัฒนามาตรฐานในการรักษาเอ็ดส์ให้เต็มศักยภาพ ทั้งในแง่ของการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และดูแลการจ่ายยาต้านไวรัสอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ และลดอัตราการติดเชื้อ รวมทั้งสร้างนโยบายความร่วมมือด้านเภสัชศาสตร์กับกลุ่มต่างๆ เพื่อส่งเสริมนวัตกรรมด้านยาและพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ และอีกประการที่สำคัญ คือ ด้านการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะต้องพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดหายาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในราคาที่ประหยัดและมีความหลากหลาย โดยแต่ละประเทศจะต้องประเมินผลงานแต่ละปีในทุกส่วนของสังคมที่ทำงานด้านเอ็ดส์มีความก้าวหน้าอย่างไร โดยต้องจัดระบบดูแลในด้านระบาดวิทยา รวมทั้งระบบตรวจสอบการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ด้วย

3.6 ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอ็ดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน

เนื่องจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึงประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอ็ดส์อย่างละเอียด ก่อนที่จะทำการศึกษาถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทย ปัจจุบันนี้ ประเด็นปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชน ถือเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการต่อสู้ปัญหาโรคเอ็ดส์ เพราะเป็นที่ประจักษ์แล้วว่า การตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการตีตรา (Stigma) การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) นั้น จะช่วยให้การดำเนินงานด้านเอ็ดส์ประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนากระบวนการทัศนคติเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือ ใจนาธาน มานท์ และแดเนียล ทาเรนทอรา ซึ่งมีประสบการณ์กับการบริหารงานในโครงการโรคเอ็ดส์ องค์การอนามัยโลกในระยะเริ่มแรก และจากการก่อตั้งศูนย์การศึกษาสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน ฟรังซ์ซัสซาเวียร์แบนโญต์ ได้ชี้ให้เห็นในหนังสือ AIDS in the World ว่า ประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่เกื้อหนุนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ โดยประมวลจากการ 2 แนวทาง⁵² คือ

1. จากการวิเคราะห์งานวิจัย งานวิจัยวิวัฒนาการทางระบาดวิทยาของโรคเอ็ดส์ ในหลายประเทศทั่วโลก แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ากลุ่มประชาชนที่กำลังเผชิญหน้าและเสี่ยงต่อการรับและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี มักจะเป็นกลุ่มชน

⁵² วิพุธ พูลเจริญ, วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอ็ดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542), หน้า 23.

ด้วยโอกาสซึ่งถูกสังคมนำว่าต่ำต้อย ถูกกีดกันและถูกเลือกปฏิบัติอยู่แล้ว ตั้งแต่ไม่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดขึ้น

2. จากการศึกษาความล้มเหลวของโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในหลายกลุ่มประชากรแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การให้ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มคนเหล่านี้ไม่ว่าจะใช้กระบวนการสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพดีเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถช่วยบางคนในกลุ่มนี้ให้มีสมรรถนะที่จะป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ได้ ทั้งนี้เพราะการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถสร้างความรู้สึกให้ตระหนักใน ศักดิ์ศรีแห่งความเป็น “คน” ของตนเองที่เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคมได้ ตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าว ได้แก่ การที่สตรีในสังคมที่ด้อยโอกาสไม่สามารถต่อรองเพื่อให้สามีมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้เพราะยอมรับว่าสามีหรือผู้ชายมีสถานะและศักดิ์ศรีในทางสังคมเหนือกว่า เป็นต้น สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรมดังกล่าวยังเกิดกับกลุ่มคนอื่นๆ อีก เช่น หญิงบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ชายรักร่วมเพศ แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย หรือแม้แต่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ก็ยังมีสำนึกว่าตนเองเป็นเพียงเบี้ยล่างทางสังคม จำเป็นต้องหลบซ่อน ทำให้ไม่สามารถปกป้องคุ้มครองตนเองได้

อย่างไรก็ดี มีเอกสารแนวทางการดำเนินงานด้านเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนอยู่หลายฉบับ เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานของตัวแสดงต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศ เช่น The UNAIDS Guide to the United Nations Human Rights Machinery 1997 HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines 1998 เป็นต้น

จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติทั่วไปสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 26 มีการประชุมโต๊ะกลม 4 หัวข้อ โดยหัวข้อที่ 2 เป็นประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์ วัตถุประสงค์ของการประชุมโต๊ะกลมหัวข้อนี้ คือ การหาแนวทางแก้ไขปัญหาในประเด็นโรคเอดส์และสิทธิมนุษยชน รวมถึงการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ โดยใช้พื้นฐานจากบทเรียนที่ผ่านมา ความเป็นผู้นำ ความเป็นหุ้นส่วนทางยุทธศาสตร์ และการเคลื่อนย้ายทรัพยากร มีประเทศสมาชิก 20 ประเทศเข้าร่วมการอภิปราย⁵³ และในที่ประชุมได้มีข้อมติที่ประชุม A/S-26/RT.2⁵⁴ โดยสรุปประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์ไว้ 6 ประเด็น คือ

⁵³ Office of High Commissioner for Human Rights, UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS New York, 25-27 June 2001 Human Rights and HIV/AIDS OHCHR/UNAIDS Summary Note, [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/aidssummary.html> [2007, February 5].

⁵⁴ อ่านรายงานการประชุมทั้งหมดได้ที่ภาคผนวก ค, หน้า 258.

1. ความไม่มีประสิทธิภาพในการนำกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศไปปรับประยุกต์ใช้ให้เป็นแนวนโยบายหรือเป็นแผนการปฏิบัติการ ตลอดจนการไม่ส่งเสริมรณรงค์เรื่องสิทธิกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง ทั้งที่สิทธิมนุษยชน ถือเป็นพื้นฐานในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่มีการตั้งยุทธศาสตร์เอดส์ระดับโลกในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์และสิทธิมนุษยชนนั้น ได้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนว่าด้วยเรื่องเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม สนธิสัญญาว่าด้วยการจำกัดหรือการเลือกปฏิบัติต่อสตรีและเด็ก ซึ่งกฎหมายระหว่างประเทศเหล่านี้เป็นบรรทัดฐานทางกฎหมายของสมาชิกประชาชาติ สมาชิกองค์การอนามัยโลก โดยรัฐบาลที่ให้สัตยาบันสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศจึงมีข้อผูกมัดตามกฎหมายด้วย ซึ่งมีข้อผูกพันตามสนธิสัญญา

2. รัฐบาลและชุมชนระหว่างประเทศมีพันธะในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิ รวมถึงการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ การตอบสนองต่อการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์และกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ โดยมีหลักการสำคัญคือ การไม่เลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียม การมีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคล

3. กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศก่อให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์กรอบการดำเนินงานสำหรับการตอบสนองต่อความท้าทายโรคเอดส์เพราะแนวทางของมันมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาประเทศในทุกๆระดับ รวมทั้งประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดด้วย การมีนโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวกับเรื่องสิทธิมนุษยชนจะมีส่วนช่วยลดผลกระทบจากเอชไอวี ซึ่งการตอบสนองต่อโรคเอดส์นั้น ควรจะรวมถึงประเด็นต่างๆ อย่างครอบคลุมไม่ว่าจะเป็นประเด็นเรื่องศาสนา เพศสภาวะ การเหยียดผิว เป็นต้น

4. รัฐบาลต้องมีความรับผิดชอบที่จะไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิและต้องสร้างเงื่อนไขรองรับให้มีการตระหนักถึงเรื่องสิทธิเพิ่มขึ้น โดยในบริบทของเรื่องโรคเอดส์นั้น รัฐบาลมีข้อผูกพันที่จะต้องปฏิบัติตามหลักการเรื่อง การเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ โดยในแต่ละประเด็นนั้นได้เสนอแนวทางที่รัฐควรจะทำปฏิบัติ เช่น ในแง่ของการเคารพสิทธิ รัฐต้องตระหนักถึงเรื่องความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อที่ควรได้รับการปกป้องหรือผู้ต้องขังที่เป็นผู้ติดเชื้อต้องได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ต้องขังคนอื่นๆ ด้านการปกป้องสิทธิ รัฐต้องป้องกันมิให้เกิดการละเมิดสิทธิ โดยรัฐต้องจัดการแก้ไขปรับปรุงและ ต้องรับรองว่าจะไม่มีการเลือกปฏิบัติระหว่างลูกจ้างที่เป็นผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ และจัดหาแนวทางแก้ไขสำหรับบุคคลที่ถูกไล่ออกจากที่ทำงาน หรือสถานที่ทำงานต้องมีหลักเกณฑ์สำหรับผู้ติดเชื้อ การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ รัฐต้องเพิ่มมาตรการที่จะทำให้เกิดการตระหนักถึงเรื่องสิทธิเพิ่มขึ้น รวมถึงเรื่องงบประมาณ กฎหมาย หรือมาตรการอื่นๆ เช่น ให้การศึกษา ให้บริการป้องกันการติดเชื้อ

5. หลักการทั้งสามที่ได้กล่าวไปแล้วเบื้องต้น คือ การเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ จะต้องมีการดำเนินงานที่สอดรับกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยควรออกกฎหมายห้ามแบ่งแยกในสถานที่ประกอบการเป็นพื้นฐานสำหรับผู้ติดเชื้อในการสถานที่ทำงานเป็นอันดับแรก แต่อย่างไรก็ตาม หากยังคงไม่มีความสามารถที่จะจัดให้มีกลไกในเรื่องนี้ได้ นั้น ย่อมหมายถึงว่าพันธะดังกล่าวยังคงไม่ได้รับการตระหนักถึงอย่างดี

6. การละเลยและการละเมิดสิทธิส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่ง ที่รัฐบาลควรจะทำให้ความตระหนักถึงประเด็นปัญหานี้ เพราะเป็นสาเหตุของผลกระทบที่ส่งตรงถึงตัวบุคคลและชุมชน

นอกจากนี้ที่ประชุมได้อภิปรายถึง บทเรียนที่ผ่านมาว่าผลของใช้กรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมีส่วนช่วยในการลดผลกระทบและลดความเสี่ยงลงได้ โดยมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า ที่ใดที่บุคคลและชุมชนตระหนักถึงเรื่องสิทธิที่นั้นจำนวนผู้ติดเชื้อจะลดลง และสามารถลดปัญหาการตีตราทางสังคม การเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และในบทสรุปของการประชุมได้กล่าวไว้ว่า การดำเนินงานให้ปฏิญญา เป็นผลสำเร็จในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งต้องยึดหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ การไม่เลือกปฏิบัติ ความเท่าเทียม การมีส่วนร่วม หลักการทั้งสามนี้จะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประเทศสมาชิกสามารถตอบสนองต่อการแพร่กระจายตัวของโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับหลักการของกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศด้วย โดยในปฏิญญา ได้ระบุถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิที่จะมีการเลือกปฏิบัติ คือ เด็กที่ติดเชื้อ ผู้หญิง แรงงานอพยพ ผู้ลี้ภัย ชนกลุ่มน้อย (เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เพศ การเมือง)

การให้ความเคารพสิทธิ ปกป้องสิทธิ และการทำให้เรื่องสิทธิบรรลุผลนั้นจะช่วยลดอัตราการติดเชื้อ การขยายการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังจะช่วยลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ด้วย ซึ่งทุกชาติควรจะช่วยบูรณาการสิทธิมนุษยชนให้เรื่องทุกภาคส่วนร่วมกันตอบสนองต่อเอดส์

ปฏิญญา ได้เกริ่นถึงประเด็นปัญหาเอดส์กับสิทธิมนุษยชนไว้ว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระดับโลก ขยายตัวอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบอย่างรุนแรงก่อให้เกิดวิกฤตเร่งด่วนระดับโลก และเป็นหนึ่งในความท้าทายอย่างใหญ่หลวงที่สุดต่อชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์รวมทั้งสิทธิมนุษยชนที่พึงมีและได้รับ⁵⁵ ประเด็นปัญหาโรคเอดส์กลายเป็นบ่อนทำลายการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทุกคนทุกระดับในสังคมทั้งระดับชาติ ชุมชน ครอบครัว และบุคคล⁵⁶ ประชาชนทุกคนโดยไม่มีแบ่งแยกเพศ

⁵⁵ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาดำเนินการด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 9.

⁵⁶ เรื่องเดียวกัน.

อายุ ซาติพันธ์⁵⁷ ไม่ว่าจะจนหรือรวย ล้วนได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ทั้งนี้ผู้หญิง วัยรุ่น และเด็ก โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด⁵⁷ เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ทั่วโลกเป็นจำนวนมาก ประเด็นปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนจึงควรได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะประเด็นการถูกรังเกียจทางสังคม การเก็บตัว การเลือกปฏิบัติและการไม่ยอมรับ ตลอดจนการขาดการรักษาความลับ ควรได้รับการแก้ไข เพราะเป็นการบั่นทอนความพยายามในการป้องกันการรักษาและการเยียวยา ทั้งยังเพิ่มผลกระทบการแพร่ระบาดไปยังบุคคล ครอบครัว ชุมชนและชาติ⁵⁸ ซึ่งความเสมอภาคทางเพศและการเสริมสร้างอำนาจให้สตรีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของสตรีและเด็กผู้หญิง⁵⁹

นอกจากนี้ปัญญา ยังชี้ให้เห็นว่า การตระหนักถึงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ในกรณีของโรคเอดส์/เอชไอวีที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะบรรลุลความก้าวหน้าในการสร้างความรับรู้ที่ทุกคนมี “สิทธิ” ที่จะเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะพึงหาได้ในการที่จะมีสุขภาพกายและจิตที่ดี⁶⁰ ตลอดจนการสร้างความรู้เรื่องสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานของทุกคนเป็นส่วนประกอบสำคัญในการตอบโต้ในระดับโลกต่อการแพร่กระจายของโรคเอดส์ รวมทั้งการป้องกัน การดูแล การสนับสนุนและการรักษา โดยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และการป้องกันการรังเกียจทางสังคม รวมถึงการเลือกปฏิบัติต่างๆ ต่อผู้ที่กำลังมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเอดส์⁶¹

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ปัญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ชี้ให้เห็นถึงประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์กับสิทธิมนุษยชน เนื่องจากเอดส์ได้สร้างผลกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นสาเหตุของการละเมิดสิทธิมนุษยชนอยู่บ่อยครั้ง ปัญญา ฉบับนี้ จึงได้ระบุถึงประเด็นสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์ไว้เป็นพันธะสำคัญหนึ่งที่แต่ละรัฐต้องปฏิบัติ ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ จะมุ่งศึกษาสิทธิมนุษยชนภายใต้กรอบแนวความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ภายใต้กรอบแนวคิด 3 ประการคือ การเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ โดยจะประมวลเนื้อหาจากปัญญา ในหัวข้อสิทธิมนุษยชนและหัวข้ออื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อจะได้ง่ายต่อการศึกษาการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในประเด็นสิทธิมนุษยชนในบทต่อไป

⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 10.

⁵⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

⁵⁹ เรื่องเดียวกัน.

⁶⁰ เรื่องเดียวกัน.

⁶¹ เรื่องเดียวกัน.

3.6.1. การเคารพสิทธิ (Respecting Rights) จากการพิจารณาสาระสำคัญในเนื้อหาของปฏิญญาฯ ย่อต่างๆ พบว่า ย่อหน้าที่ 59 60 มีสาระสำคัญสอดคล้องกับเรื่องการเคารพสิทธิ กล่าวคือ ย่อหน้าที่ 59 ต้องการให้รัฐพัฒนายุทธศาสตร์สิทธิมนุษยชนของผู้หญิงเด็ก ให้เท่าเทียมกับชาย เพื่อสามารถรับมือกับตนเอง และมีอำนาจที่จะปกป้องตนเองไม่ให้ติดเชื้อ แสดงให้เห็นถึงการที่รัฐต้องเคารพสิทธิเบื้องต้นอย่างเท่าเทียมกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ ดังนี้

59. “ภายในปี พ.ศ. 2548 จากการตระหนักถึงลักษณะการแพร่ระบาดของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงจะติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าจะต้องพัฒนาและเร่งรัดให้มีการดำเนินยุทธศาสตร์ในระดับประเทศเพื่อสนับสนุนความก้าวหน้าในประเด็นการใช้สิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงสนับสนุนการรับมือร่วมกันของทั้งชายและหญิงเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพิ่มอำนาจให้ผู้หญิงสามารถควบคุมและตัดสินใจอย่างอิสระและรับมือกับเรื่องเพศสัมพันธ์เพื่อที่จะป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี”⁶²

และย่อหน้าที่ 60 มีเนื้อหาแนวทางเดียวกัน คือ เน้นให้รัฐมีมาตรการที่จะทำให้ผู้หญิงและเด็กสามารถปกป้องตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นความพยายามให้เกิดการเคารพสิทธิ ดังนี้

60. “ภายในปี พ.ศ. 2548 จะดำเนินมาตรการเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้หญิงและเด็กสาวในการปกป้องตนเองจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้การดูแลสุขภาพและบริการทางสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และวิธีการให้ความรู้ในการป้องกันที่สนับสนุนความเท่าเทียมกันทางเพศในกรอบของวัฒนธรรมและการคำนึงถึงเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ”⁶³

จากที่กล่าวมาเบื้องต้น ทั้งสองย่อหน้าต้องการให้มีแนวทางที่จะให้เกิดการเคารพสิทธิอย่างเท่าเทียมทางเพศ โดยเน้นไปที่ผู้หญิงและเด็ก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลจะต้องเคารพสิทธิ

⁶² เรื่องเดียวกัน, หน้า 26.

⁶³ เรื่องเดียวกัน.

ของประชาชนภายในรัฐของตนอย่างเท่าเทียมไม่ว่าจะเพศใดก็ตาม และไม่ละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในทุกๆกรณี ตลอดจนเด็กและผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ว่าตรงกับหลักการเบื้องต้นเรื่องการเคารพสิทธิ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ละเมิดสิทธิและจะต้องคำนึงสิทธิของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าคนเหล่านั้นจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่ก็ตาม ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์นั้น การเคารพสิทธิ หมายถึงการออกนโยบาย การสร้างกิจกรรม หรือการวางมาตรการการดำเนินงานที่จะต้องเคารพและตระหนักถึงเรื่องสิทธิของทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียม เช่น การมีนโยบายให้การรักษาทางการแพทย์ที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกันครอบคลุมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

3.6.2. การปกป้องสิทธิ (Protecting Rights) จากที่ได้อภิปรายถึงการปกป้องสิทธิในบทที่ 2 แล้วว่า คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินการปกป้องและคุ้มครองสิทธิเพื่อปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิหรือเมื่อเกิดการละเมิดสิทธิของประชาชน ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์ การปกป้องสิทธิ คือ การปกป้องไม่ให้มีการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกรณีต่างๆ เช่น สิทธิในการทำงาน รัฐควรปกป้องผู้ติดเชื้อไม่ให้ถูกไล่ออกจากงานโดยปราศจากความเป็นธรรม ดังนั้น รัฐจะต้องมีมาตรการในการปกป้องคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานที่ทำงานไม่ให้เกิดการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ รวมทั้งจะต้องปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงสามารถทำงานได้ไม่ให้ถูกไล่ออกจากงาน นอกจากนี้แล้ว ยังหมายรวมถึงการปกป้องสิทธิไม่ให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกขจัดขวางการได้รับการศึกษา

จากที่ผู้วิจัยพิจารณาสาระสำคัญของพันธกรณีย่อหน้าต่างๆ ในปฏิญญาฯ นั้น เห็นว่าพันธกรณีย่อหน้าที่ 61 66 และ 69 มีสาระสำคัญที่ต้องการให้รัฐปกป้องสิทธิ เพื่อไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับเอดส์ ดังนี้

61. “ ภายในปี พ.ศ. 2548 ต้องประกันให้มีการพัฒนาและเร่งรัดการดำเนินยุทธศาสตร์ระดับประเทศในการเพิ่มอำนาจแก่ผู้หญิง ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและเด็กผู้หญิงและลดอัตราการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ รวมทั้งความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิง รวมทั้งการปฏิบัติที่เกิดจากขนบธรรมเนียมที่เคยปฏิบัติมา การทำร้าย ข่มขืน และรูปแบบอื่นๆ ในการทำร้าย

ทางเพศทุกรูปแบบ และต่อต้านการลักลอบค้าหญิงและ
เด็กหญิง”⁶⁴

จะเห็นได้ว่า สาระสำคัญของย่อหน้า 61 นี้ ต้องการให้รัฐปกป้องสิทธิของประชาชน โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็กผู้หญิง ให้มีสิทธิมีเสียงในสังคมทัดเทียมกับชาย เพื่อสามารถปกป้องตนเองได้ นอกจากนี้ ย่อหน้าที่ 66 ก็เช่นกันที่เรียกร้องรัฐปกป้องสิทธิของประชาชน โดยเฉพาะเด็ก ดังรายละเอียด ดังนี้

66. “จะต้องแน่ใจว่าไม่มีการเลือกปฏิบัติทางสังคมและเด็ก ได้รับการรักษาและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่และเท่าเทียม โดยการ สนับสนุนนโยบายเชิงรุกที่เป็นรูปธรรมในการ ลดความรังเกียจต่อเด็กกำพร้าซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี”⁶⁵

จะเห็นได้ว่าย่อหน้านี้ เรียกร้องมิให้รัฐละเมิดสิทธิมนุษยชนในเด็ก และกลุ่มเสี่ยงถือเป็น ข้อเรียกร้องที่รัฐจะต้องดำเนินนโยบายเพื่อปกป้องสิทธิเด็กในเรื่องที่เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ และ สูดท้ายย่อหน้าที่ 69 มีสาระสำคัญให้รัฐปกป้องสิทธิของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ภายในรัฐของตน เพราะ บุคคลภายในรัฐนั้นต่างมีศักดิ์ศรี และสิทธิเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ เสนอให้รัฐ มีพันธะต่อการปกป้องสิทธิของลูกจ้างในสถานที่ประกอบการทั้งที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ติดเชื้อ เอชไอวี ดังนี้

69. “ใน ปี พ.ศ. 2546 พัฒนากฎหมายและกรอบนโยบาย ระดับชาติที่ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของพนักงานที่ติดเชื้อเอช ไอวีหรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และผู้ที่มีความเสี่ยงใน สถานประกอบการ โดยการหารือกับตัวแทนนายจ้างและ ลูกจ้าง โดยคำนึงแนวทางสากลเรื่องโรคเอดส์ในสถาน ประกอบการ”⁶⁶

จะเห็นได้ว่าสาระสำคัญของทั้งสามย่อหน้านั้น ต้องการให้รัฐมีแนวทางที่จะปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นธรรมใน

⁶⁴ เรื่องเดียวกัน.

⁶⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 29.

⁶⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 30.

สังคม แต่เป็นการระบุในภาพรวมและเน้นไปที่การปกป้องสิทธิของกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก และสตรี และผลกระทบที่เกิดแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ ผู้วิจัยเห็นว่าพันธกรณีเหล่านี้ เน้นให้รัฐปกป้องสิทธิ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเรื่องเคารพสิทธิ

3.6.3. การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ (Fulfilling rights) หมายถึง รัฐต้องดำเนินงานในการทำให้เรื่องของสิทธิเป็นรูปธรรม เช่น การร่างกฎหมายที่มีความยุติธรรมและเสมอภาค เพื่อการทำงานและเพิ่มงบประมาณไปสู่ภูมิภาคที่ยากจน การส่งเสริมสิทธิ การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จหรือการดำเนินงานตอบสนองเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินงานเรื่องสิทธิให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมหรือดำเนินงานตอบสนองข้อเรียกร้องต่อสิทธิด้านใดๆ ให้สมบูรณ์ ตลอดจนตระหนักถึงเรื่องสิทธิให้มากขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านสิทธิเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งต้องบังคับใช้ได้จริงและมีบทลงโทษที่เป็นธรรม หรือการออกนโยบายตามการเรียกร้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องใดๆ ก็ตาม เพื่อตอบสนองให้เกิดการใช้สิทธิได้สมบูรณ์ ซึ่งตรงกับพันธกรณีในปฏิญญา ย่อหน้าที่ 37 58 65 ย่อหน้าที่ 37 มีสาระสำคัญให้รัฐนำเรื่องสิทธิมนุษยชนมาส่วนหนึ่งของเป็นนโยบายดำเนินงานด้านเอตส์ เช่น การตระหนักถึงเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การกีดกันทางสังคม ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาให้เกิดประสิทธิผล ดังนี้

37. “ภายในปี 2546 รับรองให้มีการพัฒนาและดำเนินการตามยุทธศาสตร์และแผนงบประมาณระดับชาติโดยความร่วมมือของทุกภาคในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างจริงจัง ในการแก้ไขปัญหาการรังเกียจทางสังคม การไม่ยอมรับและปฏิเสธ การวิเคราะห์ปัญหาควรพิจารณาการแพร่ระบาดในมิติเรื่องเพศและอายุ ขจัดการเลือกปฏิบัติและการกีดกันทางสังคม การเป็นหุ้นส่วนของภาคประชาสังคมและภาคธุรกิจ และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะสตรีและเด็กวัยรุ่น โดยได้รับการจัดสรรทรัพยากรจากงบประมาณของประเทศโดยรวมถึงแหล่งอื่นๆ ด้วยอาทิความร่วมมือระหว่างประเทศ ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิในการมีสุขภาพกายและจิตที่ดีตามมาตรฐาน การผสมผสานแนวความคิดเรื่องความเท่าเทียมกันทางเพศ การลดความเสี่ยง การป้องกัน การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การลด

ผลกระทบของการแพร่ระบาด และการสร้างความเข้มแข็ง
ด้านสุขภาพ การศึกษา และระบบกฎหมาย”⁶⁷

ส่วนสาระสำคัญของย่อหน้า 58 นั้น คือ เน้นให้รัฐมีมาตรการการแก้ปัญหาที่เกิดจากการละเมิดสิทธิในทุกๆ กรณีอย่างเป็นรูปธรรม ถือเป็นการทำงาน ด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ
ดังนี้

58. “ภายในปี พ.ศ. 2546 จะต้องประกาศหรือบังคับใช้
กฎระเบียบข้อบังคับ หรือมาตรการอื่นๆ เพื่อลดการเลือก
ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
ในทุกรูปแบบอย่างเหมาะสม และประกันว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับความเท่าเทียมใน
สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เขาพึงได้รับ
โดยเฉพาะการเข้าถึงการศึกษา การรับมรดก การจ้างงาน การ
ดูแลสุขภาพ บริการทางการแพทย์และสังคม การป้องกัน การ
ดูแลรักษา และการได้รับข้อมูลและการคุ้มครองทางกฎหมาย
และได้รับความเป็นส่วนตัวและสิทธิในการปิดบังข้อมูลส่วนตัว
และพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อต่อสู้กับการถูกรังเกียจและแบ่งแยก
ทางสังคมจากเรื่องการแพร่ระบาดโรคเอดส์”⁶⁸

นอกจากนี้ยังย่อหน้า 65 มีสาระสำคัญ คือ ต้องให้รัฐสร้างมาตรการ กฎหมายนโยบาย
ที่เป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเท่าเทียมในสังคมให้แก่ผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงอย่างครอบคลุมทุก
ด้านในเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งข้อเรียกร้องดังกล่าวถือว่าต้องการให้รัฐต้องดำเนินงานเรื่องสิทธิให้
บรรลุผลสำเร็จและถือเป็นการตอบสนองเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ ดังนี้

65. “ภายในปี พ.ศ. 2546 จะต้องมีการพัฒนา และภายในปี
พ.ศ. 2548 จะต้องมีการดำเนินนโยบายและยุทธศาสตร์
ระดับชาติเพื่อสร้างความเข้มแข็งของศักยภาพของรัฐบาล
ครอบครัวและชุมชน ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน
ให้แก่เด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากโรค

⁶⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 18.

⁶⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 25.

เอดส์ รวมถึงการให้บริการปรึกษาที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ และจะต้องแน่ใจว่าเด็กนั้นจะได้รับการศึกษาตามภาคบังคับ มีที่อยู่อาศัย มีอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ได้รับการบริการด้านการแพทย์และสังคมอย่าเท่าเทียมกับเด็กทั่วไป และปกป้องเด็กกำพร้าและเด็กที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ให้พ้นจากการถูกทำร้าย ความรุนแรง ทารุณ การเลือกปฏิบัติทางสังคม การลักลอบขาย และการถูกขับออกจากครอบครัว⁶⁹

จะเห็นได้ว่าพันธกรณีที่ผู้วิจัยยกตัวอย่างมานี้ เน้นให้รัฐบาลแต่ละประเทศต้องดำเนินการเรื่องสิทธิให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิด้านเอดส์ และให้มีนโยบายที่จะตอบสนองต่อการใช้สิทธิได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสาระสำคัญของพันธกรณีเหล่านี้ผู้วิจัยเห็นว่าตรงกับเรื่องของการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ

จากที่ได้กล่าวมาถึงพันธกรณีตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์นั้น จะเห็นได้แนวทางดังกล่าวมีสาระสำคัญให้รัฐมีพันธที่จะต้องเคารพสิทธิ ปกป้องสิทธิและดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ เช่น ย่อหน้าที่ 59 และ 60 เน้นให้รัฐมียุทธศาสตร์ที่สร้างความเท่าเทียมทางเพศของสตรีเพศและเด็กในสังคมแสดงให้เห็นถึงการเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ เช่น ย่อหน้าที่ 61 66 และ 69 เน้นให้มีการปกป้องสิทธิของประชาชน โดยเฉพาะผู้หญิง เด็กผู้หญิง และแรงงานในสถานประกอบกิจการ และพันธกรณีในย่อหน้า 37 58 และ 65 ที่มุ่งเน้นให้รัฐมีมาตรการ กฎหมาย นโยบาย อย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิถือเป็นเรื่องของการดำเนินงานให้ด้านสิทธิบรรลุผลสำเร็จ พันธเหล่านี้ถือเป็นแนวทางให้รัฐสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศในการที่จะช่วยลดปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์ได้ ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานตามพันธกรณีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทาง UNAIDS จึงได้มีกลไกการติดตามกำกับการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ เพื่อเป็นการวัดประสิทธิผลของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของแต่ละประเทศ โดยกำหนดตัวชี้วัดในประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นแนวทางการสร้างตัวชี้วัดหลักด้วย

⁶⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 29.

3.7 กลไกการติดตามและประเมินผลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

แม้ว่าปฏิญญาฯ จะไม่ได้มีผลบังคับทางกฎหมายระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตามปฏิญญาฯ ฉบับนี้ ถือเป็นบรรทัดฐานและเป็นพันธะที่ทุกตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศที่ทำงานด้านเอดส์ ต้องยึดถือและร่วมมือกันปฏิบัติตาม โดยมีการกำหนดกรอบเวลาและเป้าหมายของการดำเนินงานไว้ เพื่อมุ่งหมายให้แต่ละรัฐดำเนินงานให้สำเร็จภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้เขียนสามารถสรุปถึงกลไกการติดตามและประเมินผลได้ดังนี้คือ

3.7.1. กำหนดปีเป้าหมายไว้ประเมินผล แบ่งเป็น 3 ปี คือ พ.ศ. 2546 2548 และ 2553 ตามลำดับ

3.7.1.1 พ.ศ. 2546 เป็นปีเป้าหมายระยะเวลาแรก ที่มุ่งเน้นให้รัฐมีกรอบการทำงานที่เสริมสร้างและกระตุ้นการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์⁷⁰ รวมทั้งกำหนดให้รัฐเขียนรายงานความก้าวหน้าส่งให้สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ

3.7.1.2 พ.ศ. 2548 เป้าหมายที่กำหนดไว้ในปีนี้ประกอบด้วย การพัฒนานโยบายและโครงการทางด้านเอดส์ การลดการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นลงให้ได้ร้อยละ 20 การเพิ่มงบประมาณสำหรับโรคเอดส์ สร้างกลไกในการสร้างความร่วมมือ และการสนับสนุนเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยแต่ละรัฐต้องเขียนรายงานความก้าวหน้าส่งไปยังสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ

3.7.1.3 พ.ศ. 2553 เป้าหมายสำหรับปีนี้ คือ มุ่งหวังให้ทุกประเทศทั่วโลกมีโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และโครงการดูแลและบรรเทาผลกระทบจากโรคเอดส์ ซึ่งปีเป้าหมายนี้เป็นปีเดียวกับเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่สหัสวรรษ (MDGs)

3.7.2. กำหนดองค์กรที่คอยขับเคลื่อน ปฏิบัติงาน และสนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลของการดำเนินงานแต่ละประเทศอีกทอดหนึ่ง คือ

3.7.2.1. สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UNGA) เป็นหน่วยงานบริหารงานหลักและการวางแม่บท สำนักงานเลขาธิการสหประชาชาติจะทำรายงานความก้าวหน้าประจำปีตามปฏิญญาฯ ต่อสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ซึ่งตามปฏิญญาฯ ได้ระบุไว้ว่าจะอุทิศเวลาอย่างน้อย 1 วันในการประชุมสมัชชาทั่วไปสหประชาชาติเพื่อทำการทบทวน ประเมินผล และพิจารณารายงานความก้าวหน้าของการ

⁷⁰ Meeting UNGASS Targets, [Online]. (n.d.), Available from: <http://www.ua2010.org> [2006, December 22].

ดำเนินงานเพื่อให้บรรลุข้อตกลงตามปฏิญญา เพื่อแยกแยะปัญหาและข้อจำกัดและให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติการที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป⁷¹

3.7.2.2 โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Jointed United Nations of Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) UNAIDS เป็นหน่วยงานพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานของประเทศต่างๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ตามปฏิญญา และสนับสนุนการแปลงแผนหรือยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามปฏิญญา และนอกเหนือจากนี้ UNAIDS ยังมีแผนการทำงานร่วมกันของกลุ่มหน่วยงานสหประชาชาติ วัตถุประสงค์เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (MDGs)⁷² โดย UNAIDS ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านวิชาการ ดังนี้⁷³

3.7.2.2.1 กำหนดรูปแบบของการประเมิน โดยมีตัวชี้วัดขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อช่วยให้สามารถติดตามกิจกรรมในระดับชาติและระดับนานาชาติที่วัดได้เป็นรูปธรรม ประเมินผลงานของกิจกรรมที่ดำเนินการไป และเป้าหมายที่ก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งกำหนดไว้ในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

3.7.2.2.2 ให้คำแนะนำแก่ประเทศต่างๆ ทางด้านเทคนิคเกี่ยวกับรายละเอียดที่กำหนดไว้ในตัวบ่งชี้ รวมทั้งข้อมูลที่ต้องการและรากฐานในการสร้างแบบประเมินและการแปลผล แนวทางเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือ และสามารถเปรียบเทียบได้ระหว่างประเทศต่างๆ และในช่วงทุกเวลาที่มีการประเมินโดยชี้วัด อีกทั้งยังทำให้มีความแน่นอนในชนิดของข้อมูลและวิธีการคำนวณ

3.7.2.3 กองทุนโลก (Global Fund to Fights AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM)⁷⁴ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุนเงินทุนในการประชุม UNGASS ครั้งที่ 26 ที่ประชุมตกลงที่จะก่อตั้งกองทุนโลกเพื่อสนับสนุนทุนสำหรับให้แต่ละประเทศดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เงินของกองทุนนี้จะได้จากการบริจาคของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศร่ำรวย เพื่อจัดสรรให้ประเทศกำลังพัฒนาที่ได้เขียนโครงการเสนอมายังกองทุนและได้รับการอนุมัติ นำเงินทุนไปดำเนินงานด้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย ในด้านต่างๆ

⁷¹ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 39.

⁷² สมพงษ์ เจริญสุข, "โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)," ใน สรุปรายงานสมัชชาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 38.

⁷³ คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2547, หน้า 3. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

⁷⁴ อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.theglobalfund.org/en/>

จากที่กล่าวไปเบื้องต้น เป็นกลไกการติดตามการดำเนินและประเมินผลตามปฏิญญา ซึ่งจะมีหน่วยงานที่คอยประสานงานกัน เพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาเอ็ดส์ให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ตามเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนดไว้ในปฏิญญา อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยขอกล่าวถึง รายละเอียดของแนวทางการสร้างหลักตัวชี้วัดสำหรับดำเนินการตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่องโรคเอดส์ ที่ UNAIDS จัดทำขึ้นเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นถึงแนวทางการประเมินผลความสำเร็จของแต่ละประเทศอย่างชัดเจนมากขึ้น

3.7.3 แนวทางการสร้างหลักตัวชี้วัดสำหรับดำเนินการตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

UNAIDS ถือเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่สร้างตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลตามเป้าหมาย สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 และต่อมาสำหรับการให้แต่ละประเทศส่งรายงานความก้าวหน้าอีกครั้ง คือ ตัวชี้วัดในปี พ.ศ. 2548 เป็นการปรับปรุงตัวชี้วัดให้สมบูรณ์ขึ้นเพื่อให้ได้รับรายงานข้อมูลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพจากนานาชาติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดตัวชี้วัดในปี 2548 ซึ่งเป็นปีที่กำหนดเป้าหมายของวิธานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษา โดยรายละเอียดประกอบด้วย⁷⁵

3.7.3.1 ตัวชี้วัดในระดับโลก ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ประการ ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับต่าง ๆ และแนวโน้มความร่วมมือกันในการควบคุมเอชไอวี/เอดส์ ซึ่ง UNAIDS และองค์กรพันธมิตรจะรับผิดชอบในการคำนวณตัวชี้วัดในระดับโลก รายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดในระดับโลกเหล่านี้ ข้อมูลที่ต้องการในการวัดประเมินและคำแนะนำในการแปลผลได้ถูกรวบรวมไว้ในคำแนะนำ

3.7.3.2 ตัวชี้วัดในระดับชาติ แบ่งย่อยออกได้เป็น 3 กลุ่มย่อย คือ

3.7.3.2.1 ตัวชี้วัดของความตั้งใจและกิจกรรมระดับชาติ ตัวชี้วัด

เหล่านี้มุ่งเน้นในด้านนโยบาย การกำหนดกลยุทธ์และแผนการสนับสนุนสำหรับป้องกันการแพร่กระจายการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลและการสนับสนุนผู้ติดเชื้อ และเพื่อการลดผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อที่มีสัดส่วนสุขภาพและสัดส่วนการตายสูง

3.7.3.2.2 ตัวชี้วัดของพฤติกรรมและโครงการระดับชาติ ซึ่งมุ่งเน้นผลการดำเนินการของโครงการเป็นสำคัญในด้านสัมฤทธิ์ผลและขอบข่ายที่ครอบคลุม (ตัวอย่างเช่น การเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

⁷⁵ คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2547, หน้า 3. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

3.7.3.2.3 ตัวชี้วัดผลกระทบของโครงการในระดับชาติ ซึ่งวัดระดับความสำเร็จของกิจกรรมในโครงการลดสัดส่วนการติดเชื้อเอชไอวี

ในส่วนรายละเอียดของตัวชี้วัดระดับชาติ การป้องกันการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามตัวชี้วัดชุดที่ 2 ที่เกี่ยวกับพันธะสัญญาและการดำเนินงานในระดับประเทศ ดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศ UNAIDS ออกแบบเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา การดำเนินการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ ระบุตัวชี้วัดถึงนโยบายโรคเอดส์ของรัฐบาล มีจุดประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและการดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ โดยจะประเมินผลทุก 2 ปี เป็นแบบสอบถามเพื่อติดตามและประเมินผลประเทศนั้น ซึ่งมีดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศ มีวิธีการวัดผลออกเป็นสองส่วน คือ

ส่วน A เพื่อการบริหารของรัฐบาลอย่างเป็นทางการ (คณะกรรมการเอดส์หรือองค์กรเทียบเท่า) ซึ่งส่วนนี้ครอบคลุมขอบเขตการดำเนินงาน 5 ส่วน ประกอบด้วย แผนยุทธศาสตร์ การสนับสนุนจากนโยบายทางการเมือง การป้องกัน การดูแลและการให้ความช่วยเหลือ และการติดตามและประเมินผล

ส่วน B ประกอบด้วย สิทธิมนุษยชน บทบาทของภาคประชาสังคม (Civil Society) การป้องกัน การดูแลและให้ความช่วยเหลือ โดยส่วนหนึ่งในส่วน B นั้น มีแบบสอบถามตัวชี้วัดรวมด้านนโยบายแห่งชาติ ด้านสิทธิมนุษยชนปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 13 คำถาม เพื่อสอบถามความคืบหน้าด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของแต่ละประเทศว่าการดำเนินก้าวหน้ามากน้อยเพียงไร คำถามทั้งหมดนั้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับ เรื่องกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี การมีนโยบายเพื่อปกป้องสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องสิทธิมนุษยชนในประเด็นโรคเอดส์ การสร้างความเข้าใจและความตระหนักเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อให้เกิดขึ้นในสังคม แบบสอบถามตัวชี้วัดรวมด้านนโยบายแห่งชาติ ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2548^{*} มีคำถามทั้งหมด 13 คำถาม ดังนี้⁷⁶

* แบบสอบถามตัวชี้วัดรวมด้านนโยบายแห่งชาติ ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2548 กำหนดให้มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับด้านสิทธิมนุษยชน คือ ผู้เชี่ยวชาญ เช่น เจ้าพนักงานกระทรวงยุติธรรม, กรรมการสิทธิมนุษยชน และตัวแทนจากองค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชน หรือศูนย์/สถาบันกฎหมาย

⁷⁶ แปลโดย จินตนา ธรรมสุวรรณ การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549), หน้า 100-102.

1. ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่ปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์จากการถูกกีดกัน (ยกตัวอย่างเช่น การไม่เลือกปฏิบัติ หรือกฎหมายหรือข้อบังคับที่กล่าวถึงเฉพาะเรื่องเอดส์ซึ่งมุ่งเน้นที่โรงเรียน บ้าน และที่ทำงาน เป็นต้น)
2. ประเทศของท่านมีกฎหมายที่ไม่เลือกปฏิบัติ หรือ กฎต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงในการปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง (เช่นกลุ่มผู้ยาเสพติดชนิดฉีด, กลุ่มชายรักรชาย กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ เยาวชน ประชากรที่ย้ายถิ่นอาศัยและนักโทษ)
3. ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่
4. ประเทศของท่านมีการกล่าวถึงการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชนในนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างชัดเจนหรือไม่
5. รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงหรือไม่
6. ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคระหว่างเพศชายและหญิงในการป้องกันและการดูแลหรือไม่
7. ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคในการเข้าถึงการป้องกันและดูแลกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงหรือไม่
8. ประเทศของท่านมีนโยบายในการตรวจคัดกรองหาเอชไอวีในสถานประกอบการ (เพื่อการแต่งตั้งเลื่อนตำแหน่ง การฝึกอบรมและสิทธิประโยชน์)
9. ประเทศของท่านมีนโยบายการสร้าง ความมั่นใจเรื่อง การวิจัยโรคเอดส์ในคน โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมระดับท้องถิ่น ระดับประเทศหรือไม่
10. ประเทศของท่านมีการติดตามกำกับและกลไกการบังคับใช้รายการต่อไปนี้หรือไม่
 - ก) การรวบรวมข้อมูลสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเอดส์ และใช้ข้อมูลนี้ในการพัฒนาปฏิรูปนโยบายและแผนงาน
 - ข) องค์การอิสระระดับประเทศที่มีอยู่ในการดำเนินการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชน รวมถึง คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย มีการกำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ภายใต้กรอบการทำงานขององค์กร
 - ค) การแต่งตั้งผู้ประสานงานหลักในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามกำกับดูแลการละเมิดสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับเอดส์
 - ง) การพัฒนาตัวชี้วัดหรือเกณฑ์มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนในบริบทของเอดส์
11. มีสมาชิกของศาลยุติธรรมรับการฝึกอบรมหรือได้รับการกระตุ้นเตือนถึงประเด็นสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ว่าน่าจะนำมาอยู่ในงานของพวกเขาหรือไม่

12. ประเทศของท่านมีการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายต่อไปนี้หรือไม่

- ก) ระบบการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
- ข) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือฟรีทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์กรณีที่ถูกเลือกปฏิบัติของหน่วยงานทางกฎหมายภาคเอกชนหรือหน่วยงานทางมหาวิทยาลัย
- ค) การให้ความรู้ การยกระดับการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์

13. แผนงานนี้มีการออกแบบมาเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมเรื่องการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่

จะเห็นได้ว่า แบบสอบถามดังกล่าวสอดคล้องกับสาระในปฏิญญาด้านสิทธิมนุษยชน และวางอยู่บนพื้นฐานเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ที่ประกอบไปด้วยการเคารพสิทธิ เนื่องจากให้รัฐมีการประเมินผล สร้างความตระหนักเรื่องสิทธิ เพื่อให้เกิดคุ้มครองสิทธิไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ การปกป้องสิทธิ ที่เน้นให้รัฐมีนโยบายที่ปกป้องสิทธิผู้ติดเชื้อ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ คือ ให้รัฐมีกฎหมายปกป้องและคุ้มครองผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่ รวมทั้งการช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแนวทางการสร้างหลักตัวชีวิตสำหรับดำเนินการตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของกิจกรรมระดับชาติ

สรุปท้ายบท

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้น ได้สร้างผลกระทบต่อระบบความมั่นคงระหว่างประเทศ จึงนำมาซึ่งการสร้างความร่วมมือในระบบระหว่างประเทศเพื่อต่อสู้กับประเด็นปัญหาที่ทำลายดังกล่าว การดำเนินงานเพื่อเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวแสดงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น รัฐ องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม บัณฑิตบุคคล โดยเฉพาะองค์กรระหว่างประเทศที่มีบทบาทเป็นตัวแสดงหลักในการประสานความร่วมมือระหว่างตัวแสดงต่างๆ ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในการต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ เมื่อขึ้นศตวรรษใหม่ สหประชาชาติได้ระดมกำลังจากทุกส่วนในระดับภาคการเมืองอย่างเข้มข้นมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ นำไปสู่การประชุมสมัชชาสหประชาชาติทั่วไปสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ผลจากการประชุมครั้งนี้ได้มีปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ที่กลายเป็นแนวทางการดำเนินงานระดับโลกให้แก่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติที่ร่วมรับรองปฏิญญา ปฏิญญา ได้กำหนดประเด็นในการดำเนินงานด้านเอดส์ที่สำคัญไว้อย่างครบถ้วน รอบด้าน ทั้งในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ เช่น ความเป็นผู้นำ การป้องกัน การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยและพัฒนา เป็นต้น โดยประเด็นสำคัญหนึ่งในปฏิญญา นี้ได้เน้น

ถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการตอบสนองต่อปัญหาโรคเอดส์ทุกด้าน โดยให้รัฐตระหนักถึงหลักการพื้นฐานเรื่องสิทธิมนุษยชนในการดำเนินงาน

ทั้งนี้ ปฎิญญาฯ ได้กำหนดพันธกรณีด้านสิทธิมนุษยชนไว้หลายประการ โดยสามารถประมวลพันธกรณีในย่อต่าง ๆ ตามกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานเรื่องการเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ คือ ย่อหน้าที่ 59 60 มีพันธะโดยสรุปให้รัฐพัฒนายุทธศาสตร์สิทธิมนุษยชนของผู้หญิง เด็ก ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศให้เท่าเทียมกับเพศชายแสดงถึงการเคารพสิทธิเบื้องต้นอย่างเท่าเทียมไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ ย่อหน้าที่ 61 66 และ 69 มีสาระโดยรวมให้รัฐปกป้องสิทธิของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์โดยเฉพาะเด็ก สตรี และลูกจ้างในสถานประกอบการ และสาระในย่อหน้าที่ 37 58 65 ที่ต้องการให้รัฐมีมาตรการ กฎหมาย นโยบายอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ และมีการกำหนดกลไกการติดตามประเมินผลและการสร้างตัวชี้วัดการดำเนินงานของรัฐบาลไว้ด้วย

นอกจากสิทธิมนุษยชนภายใต้ปฎิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ เป็นแนวนโยบายที่รัฐทั่วโลกต่างมีพันธะที่จะต้องนำไปปฏิบัติแล้ว ยังมีกลไกอื่นๆ อีกในระบบระหว่างประเทศ ที่เป็นเครื่องมือในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ดี ประเด็นเรื่องเอดส์กับสิทธิมนุษยชนตามปฎิญญาฯ ฉบับนี้เป็นเครื่องมือเรียกร้องให้รัฐจะต้องนำกลับไปปฏิบัติภายในประเทศของตนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม พ.ศ. 2548 ทั้งนี้เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ประเทศไทยภายใต้ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์: การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548

สำหรับการศึกษาในบทนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จนนำไปสู่การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาฯ ในภาพรวมและในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 โดยจะแบ่งหัวข้อการศึกษาของบทนี้ออกเป็น 5 หัวข้อ คือ ภูมิหลังการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศไทย การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของประเทศไทย การดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาฯ ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548

4.1 ภูมิหลังการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศไทย

นับตั้งแต่เริ่มมีผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในประเทศไทยปี พ.ศ. 2527 เอดส์ได้กลายเป็นปัญหาคุกคามประชากรไทยทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ มีการประมาณว่าประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคนี้ไปแล้วกว่า 500,000 รายและยังมีผู้ป่วยเด็กกำพร้า และผู้ที่ได้รับผลกระทบอีกจำนวนมากที่รอความช่วยเหลือ¹ โรคเอดส์เป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยต่างๆ เป็นอย่างมาก นอกจากนี้โรคเอดส์ยังก่อให้เกิดปัญหาในเชิงสังคมอีกนานัปการประการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอดส์ และผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

กระบวนการพัฒนาเรื่องการบริหารจัดการแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในระยะแรกสังคมไทยยังไม่ให้ความสนใจ แต่หลังจากที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการได้รับโลหิตที่บริจาคในปี พ.ศ. 2529 ทำให้เกิดการตื่นตัวมากขึ้นและเป็นแรงผลักดันให้เกิดนโยบายและแผนงานด้านเอดส์ระยะสั้นและระยะกลาง ซึ่งเน้นมาตรการด้านการบริหารจัดการ การให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา การเฝ้าระวังโรค และเริ่มประกาศนโยบายการคัดกรองเชื้อเอชไอวี

¹ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547)”, หน้า 3. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ในโลหิตบริจาคปี พ.ศ. 2532² ทั้งนี้จากเอกสาร UNAIDS ชุดการใช้บทบาทของกองทัพช่วยต้านโรคเอดส์ กรณีศึกษา การป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์: ประสบการณ์ของกองทัพบกในประเทศไทย ได้สรุปการต่อสู้กับเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย แบ่งได้เป็น 5 ระยะ³ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการไม่ยอมรับปัญหา พ.ศ. 2527-2530 ในช่วงระยะเวลานี้ เป็นระยะที่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหลักในการแก้ปัญหา เพราะหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องไม่ใส่ใจปัญหานี้ นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกใน พ.ศ. 2527 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ที่สังเกตเห็นภัยอันตรายและได้ออกมาเรียกร้องให้มีการดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง เพราะเป็นกลุ่มแรกของสังคมไทยที่อยู่ใกล้ปัญหาที่สุด แม้จะมีการตั้งคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ แต่ทุกฝ่ายก็มองว่าปัญหานี้เป็นเรื่องของโรคติดต่อและถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการกำหนดให้อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นประธานกรรมการของคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติในตอนแรก การที่ความตื่นตัวต่อเรื่องโรคเอดส์จำกัดอยู่เฉพาะในวงการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น การรณรงค์จึงเป็นไปอย่างค่อนข้างจำกัดในระดับชาติ อีกทั้ง ปัญหาเรื่องโรคเอดส์เองก็ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ควรปกปิดเนื่องจากเกรงผลกระทบต่อการท่องเที่ยวและภาพลักษณ์ของชาติ ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอชไอวี/เอดส์จึงมีการกระจายอยู่ในวงจำกัด มิได้มีการรณรงค์เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างเป็นกิจจะลักษณะ การดำเนินการทางระบาดวิทยาเพื่อพิสูจน์ทราบปัญหาที่แท้จริงยังมีไม่เพียงพอ ทำให้ยังไม่สามารถมองเห็นภัยคุกคามได้อย่างชัดเจน ในระยะนี้ทุกฝ่ายเห็นว่าปัญหาไม่ร้ายแรงนักและสามารถใช้มาตรการควบคุมโรคติดต่อที่มีอยู่ดำเนินการรับมือกับปัญหาได้

ระยะที่ 2 ระยะของการเริ่มต้นตัว พ.ศ. 2530-2533 เป็นระยะที่ภายในรัฐเริ่มต้นตัวถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากขึ้น จากการมีข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาที่เป็นรูปธรรมของกระทรวงสาธารณสุข จึงเริ่มมีความตระหนักถึงภัยอันตรายและความจำเป็นที่จะต้องมีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เริ่มมีการแสวงหารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลทั้งในด้านมาตรการทางระบาดวิทยาและมาตรการในการแก้ไขปัญหาตลอดจนการกำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ชัดเจนและถูกต้องยิ่งขึ้น การดำเนินงานที่เด่นชัดในระยะนี้ คือ การตื่นตัวในการกระจายข้อมูลข่าวสารในการระบาดของเอชไอวี/เอดส์เพื่อประชาชนได้รับรู้อย่างกว้างขวางโดยมีสมมติฐานว่าความรู้จะนำไปสู่การละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงได้ จึงมีการกระตุ้นให้มีความตื่นตัวของประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อแก้ไขปัญหาี้ โดยเฉพาะในภาคเหนือที่มีการระบาดของเอดส์รุนแรงที่สุด การรณรงค์ให้ข้อมูล

² เรื่องเดียวกัน.

³ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, การป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์: ประสบการณ์ของกองทัพบกในประเทศไทย (การใช้บทบาทของกองทัพช่วยต่อต้านโรคเอดส์ กรณีศึกษา 3) (กรุงเทพฯ: โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2547), หน้า 13-15.

ข่าวสารในทางวงกว้างให้แก่ประชาชนทุกหมู่เหล่า เพื่อให้เกิดความตระหนักโดยเน้นให้เห็นความน่าเกลียดน่ากลัวและอันตรายของเอชไอวี/เอดส์และการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้คนไทยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างดี แต่ก็เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ คือ ทำให้คนพลอยรังเกียจและเกิดการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ไปด้วย

ระยะที่ 3 ระยะการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม พ.ศ. 2534-2539 เป็นระยะของการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ทั้งในระดับชาติและระดับกองทัพอย่างเป็นรูปธรรมและได้ผล ในช่วงระยะเวลานี้ รัฐบาลเริ่มกำหนดยุทธศาสตร์ในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ โดยกำหนดให้มีแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ฉบับแรก (พ.ศ. 2535 – 2539) ในสมัยรัฐบาลของนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งเล็งเห็นว่าเอดส์เป็นโรคที่เป็นปัญหาต่อความมั่นคงของชาติ จึงได้ให้ทุกหน่วยงานภายในประเทศประสานความร่วมมือกันเข้าแก้ไขปัญหาเอดส์ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้สนับสนุนโครงการวิจัยการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส และเริ่มมีการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในระบบบริการสุขภาพปกติด้วยยาต้านไวรัสแบบสองชนิดและโครงการศึกษาทางคลินิกในการให้ยาแบบสูตรผสม (combine therapy) ของยา AZT+ddi และ AZT+ddc ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539

ระยะที่ 4 ระยะที่เผชิญกับผลของวิกฤติเศรษฐกิจในเอเชีย พ.ศ. 2540-2544 ช่วงระยะเวลานี้รัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณลงโดยรวมประมาณร้อยละ 19 ทำให้การดำเนินงานแบบสหสาขาตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง แต่รัฐบาลยังคงให้ความสำคัญในด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์⁴ โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้รับความกระทบกระเทือนจากวิกฤติเศรษฐกิจในเอเชีย ส่งผลให้โครงการหลายโครงการหยุดชะงัก จำต้องมีการทบทวนโครงการเพื่อพยายามรักษาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการพัฒนาการศึกษาโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับยาต้านไวรัสและเริ่มศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการดูแลรักษาต้านไวรัสเอดส์ และมีนโยบายเน้นการเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เน้นการเท่าเทียมและทั่วถึง โดยดำเนินโครงการเข้าถึงบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (Access to care : triple ARV and OI prevention and treatment)

ระยะที่ 5 ระยะเศรษฐกิจฟื้นตัว ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เป็นระยะที่เศรษฐกิจของประเทศเริ่มดีขึ้น มีการพัฒนาและฟื้นฟูโครงการเดิม เริ่มการทบทวนสำรวจสถานการณ์ใหม่เพื่อปรับปรุงแก้ไขโครงการ ในระยะเวลานี้อยู่ในช่วงของแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2545-2549 ซึ่งมีวิสัยทัศน์ คือ คน ครอบครัว ชุมชน เป็นสังคมเข้มแข็งที่มีคุณภาพ มีภูมิ

⁴ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547).” (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ปัญญา และการเรียนรู้มีความเอื้ออาทรต่อกัน และร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ ทั้งนี้ เพื่อมีวัตถุประสงค์ให้คน ครอบครัว และชุมชน ร่วมกันป้องกันแก้ไข และลดผลกระทบจาก ปัญหาเอตส์ในทุกระดับ รวมทั้งสร้างรากฐานของสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอตส์⁵

แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ชาติ พ.ศ. 2545-2549 กำหนดแนวทางและ มาตรการดำเนินงานด้านเอตส์ของชาติ (กล่องข้อความที่ 1) เน้นการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคม การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม การ พัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาระบบ บริการจัดการและองค์กรรวม

จะเห็นได้ว่า ทางภาครัฐได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหามาโดยตลอด ในการ ดำเนินงานนั้น มีแนวทางสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อนำมาปรับแก้พื้นฐานเงื่อนไขทางสังคมและการเมืองในงานป้องกันและแก้ไขผลกระทบจาก ปัญหาเอตส์ ส่งผลให้การดำเนินงานรัฐบาลไทยมีความก้าวหน้ามาถึงระดับเป็นที่ยอมรับจากใน ระดับนานาชาติ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพนั้น เป็นผลมาจากหลายปัจจัย ประกอบกัน ประการแรกคือ การที่ให้ความสำคัญของภาคการเมือง ผู้นำประเทศ นายกรัฐมนตรีให้ความสำคัญต่อเรื่องปัญหาเอตส์ว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติและจะส่งผล กระทบแก่สังคมและเศรษฐกิจก่อให้เกิดนโยบายแก้ปัญหามุ่งจริงจัง ประการต่อมา คือ การ กำหนดให้มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหามาโดยตลอด ที่เป็นแนวนโยบายสำคัญของการ ดำเนินการแก้ปัญหาและการมีคณะกรรมการเอตส์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการเอตส์แห่งชาติ ประการสุดท้ายคือ การมีโครงการแก้ปัญหาเอตส์ที่มีประสิทธิผล เช่น โครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก อย่างไร ก็ดี สถานการณ์ของโรคเอตส์ภายในประเทศไทย ยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกปีและมี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมอยู่จำนวนไม่น้อยที่ต้องการได้รับดูแลและรอกการแก้ปัญหาเรื่องผลกระทบ จากทางภาครัฐ

⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 5.

(กล่องข้อความที่ 1) แนวทางและมาตรการการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี (พ.ศ. 2545-2549)

1 การพัฒนาคน ครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมในสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน ให้มีทักษะที่เหมาะสมต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีจิตสำนึก คุณธรรม จริยธรรม และมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีด้วยความเอื้ออาทรต่อกัน โดยมีมาตรการดังนี้

- 1.1 สร้างความตระหนักด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้ สร้างจิตสำนึก และดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมค่านิยมวัฒนธรรมของพื้นที่
- 1.2 พัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชนให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง และยอมรับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ติดเชื้ออย่างปกติสุข
- 1.3 พัฒนาหลักสูตร กิจกรรม และกลวิธีการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทุกระดับ

2 การจัดการพื้นฐานทางสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคมโดยการพัฒนาคุณภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี รวมทั้งจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและเป็นธรรม ควบคู่ไปกับการส่งเสริมศักยภาพครอบครัว และชุมชนให้สามารถดูแลช่วยเหลือสมาชิกเมื่อยามเจ็บป่วยหรือเมื่อประสบปัญหาเดือดร้อน โดยมีมาตรการดังนี้

- 2.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ ดูแล รักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอชไอวีได้มาตรฐานและครอบคลุม
- 2.2 เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 2.3 พัฒนากลไกการบริหารงบประมาณเพื่อการเข้าถึงยาที่จำเป็นอย่างครอบคลุม
- 2.4 จัดบริการปรึกษา และดูแลทางจิตใจแก่ผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 2.5 ให้ความช่วยเหลือและบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้ได้รับผลกระทบและพัฒนาขีดความสามารถครอบครัว ชุมชน

2.6 ส่งเสริม สนับสนุนกลไกการคุ้มครองสิทธิและป้องกันการละเมิดสิทธิ

3 การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีโดยเน้นให้มีการติดตาม ทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์โรคเอชไอวีและองค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่ในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมองค์กร และพัฒนางานวิจัยอย่างมีคุณภาพเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อรองรับอุตสาหกรรมการผลิตที่มีผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมีมาตรการดังนี้

- 3.1 สนับสนุนการศึกษาวิจัยต่อการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี และการคาดประมาณแนวโน้ม
- 3.2 สนับสนุนการศึกษา วิจัย เพื่อการป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี
- 3.3 เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี
- 3.4 สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการวิจัยและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4 ความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี โดยเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีร่วมกัน การแลกเปลี่ยน การประเมินเทคโนโลยีและวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีกับนานาชาติ ตลอดจนเป็นแนวทางในการประสานการใช้ทรัพยากรที่ได้รับผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ โดยมีมาตรการดังต่อไปนี้

- 4.1 ระดมทรัพยากร ประสานความร่วมมือทั้งในและต่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี
- 4.2 สร้างเสริมความร่วมมือกับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแก้ปัญหาเอชไอวีบริเวณชายแดนและแรงงานข้ามชาติ
- 4.3 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ เทคโนโลยีและวิทยาการ

5 การพัฒนาระบบบริหารจัดการแบบองค์รวม เพื่อบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี โดยเน้นให้แผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีของประเทศเป็นไปอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยการพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้สามารถบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีให้เป็นภารกิจของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ปรับระบบบริหารจัดการภาครัฐให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม ความโปร่งใส การตรวจสอบได้ในภาคเอกชนและประชาชน ตลอดจนให้ความเป็นธรรม และพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการตรวจสอบได้ในสังคม

- 5.1 สนับสนุนการประสานแผนงาน และทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในลักษณะพหุภาคี
- 5.2 สนับสนุนการกระจายทรัพยากร อำนาจการตัดสินใจ และการตรวจสอบถ่วงดุลของพหุภาคี ตลอดจนการบริหารจัดการสู่องค์กรส่วนภูมิภาคและชุมชนโปร่งใส
- 5.3 พัฒนากลไกการแปลงแผนสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์
- 5.4 พัฒนาระบบและกลไกการติดตามประเมินผลที่มีตัวชี้วัดอย่างชัดเจน

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, "รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศิตยฉบับการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม - ธันวาคม 2547)", หน้า 6-7. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

4.1.1 สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ในปัจจุบันสถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศไทยมีอัตราการแพร่ระบาดไม่รุนแรงมากนัก เนื่องจากประเทศไทยสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1990 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงทุกปีตามเป้าหมายของรัฐบาล อัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 143,000 ราย ซึ่งเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2534 เหลือ 19,000 รายในปี พ.ศ. 2546⁶ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2546 ได้ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณ 604,000 คนและโรคเอดส์นี้ได้คร่าชีวิตคนหนุ่มสาวกว่า 460,000 รายแล้ว ทั้งเด็กกำพร้าจำนวนมากให้ครอบครัวญาติพี่น้องและชุมชนช่วยเหลือ นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยคนไทยติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณหนึ่งล้านคน ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 19,000 คน และมีผู้เสียชีวิต 50,000 คน โรคเอดส์ทำให้อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยลดลง⁷

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (พ.ศ. 2527-2548) มีการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai Working Group) ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2548 ไว้ คือ มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม ประมาณ 1,092,327 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กที่ติดเชื้อ ประมาณ 50,620 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 551,505 ราย และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่และต้องการดูแลและรักษา จำนวน 540,822 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประมาณ 18,172 ราย⁸

ปัจจุบันแม้ว่าอัตราการติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงจากผลของการร่วมมือป้องกันโรคเอดส์ของทุกภาคส่วนแต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการ ซึ่งต้องการการดูแลยังคงมีปริมาณมากขึ้นทุกปี จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่พบว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงสำคัญยังมีอัตราสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดร้อยละ 42.2 และหญิงให้บริการทางเพศตรง ร้อยละ 7.64 แนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มหญิงให้บริการทางเพศแฝงกับกลุ่มชายที่มาตรวจจากโรคเพิ่มขึ้น ในขณะที่แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคลดลง⁹ พื้นที่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไม่มี

⁶ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2547 (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547), หน้า 34.

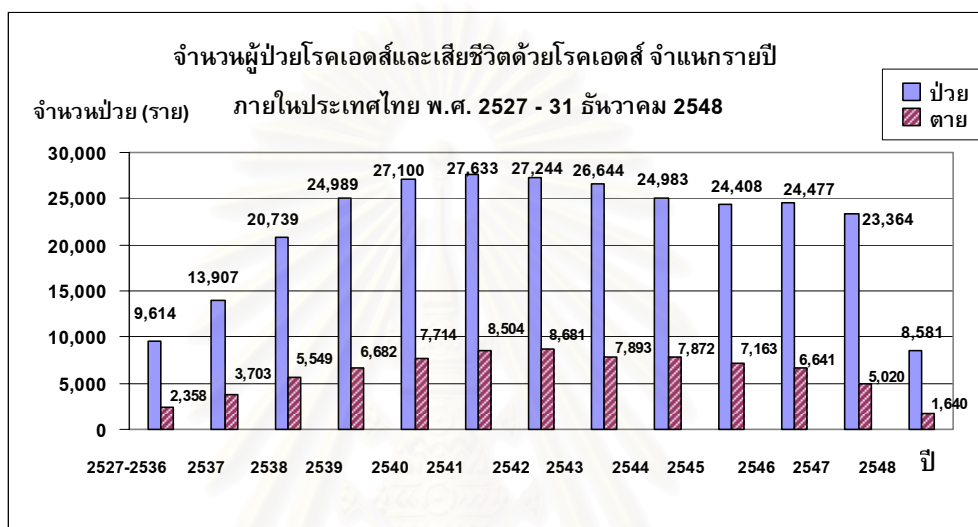
⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 34-35.

⁸ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สถานการณ์โรคเอดส์ : วิเคราะห์สถานการณ์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org/sathana-05013.html> [2549, สิงหาคม 3].

⁹ รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ สำนักโรคติดต่อวิทยาสูงสุด, 30 เมษายน 2548 อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547),” หน้า 4. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

การเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่พบในภาคเหนือ รองลงมาภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำแนกรายปี ตามปีที่เริ่มป่วย ภายในประเทศไทย พ.ศ. 2527 - 31 ธันวาคม 2548

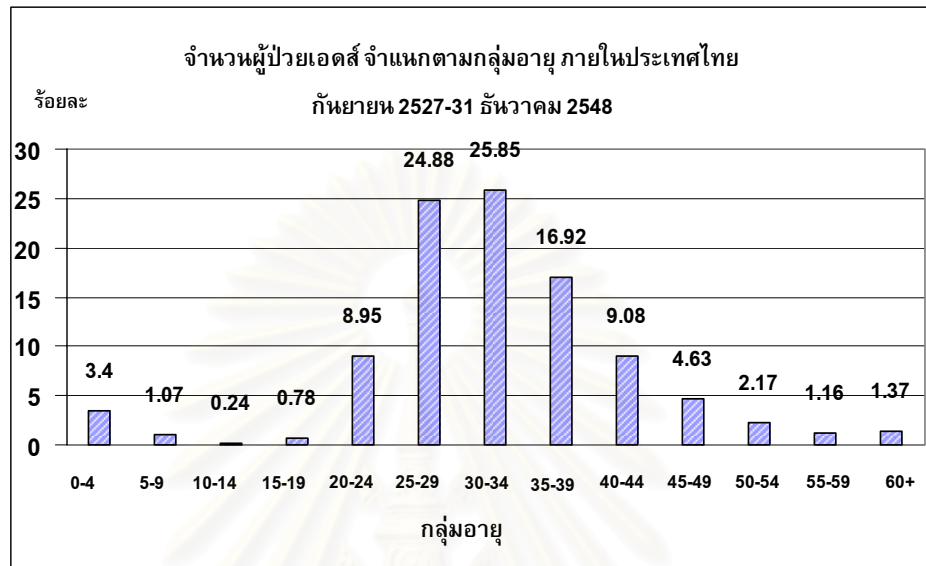


ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, จำนวนผู้ป่วยเอดส์และตายด้วยโรคเอดส์ จำแนกรายปี ตามปีที่เริ่มป่วย ภายในประเทศไทย พ.ศ. 2527 - 31 ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13].

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์ (ไม่รวมผู้ติดเชื้อ) ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ จากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 รวมทั้งสิ้น 283,668 ราย และมีผู้เสียชีวิต 79,422 ราย ซึ่งหากพิจารณาจากแผนภูมิที่ 3 จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้นทุกปี ปีละหลายพันคนในช่วงปี พ.ศ. 2527- 2541 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2542-2548 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์แต่ละปีจึงลดลง โดยในช่วง ปี พ.ศ. 2537- 2438 ถือเป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นสูงสุด

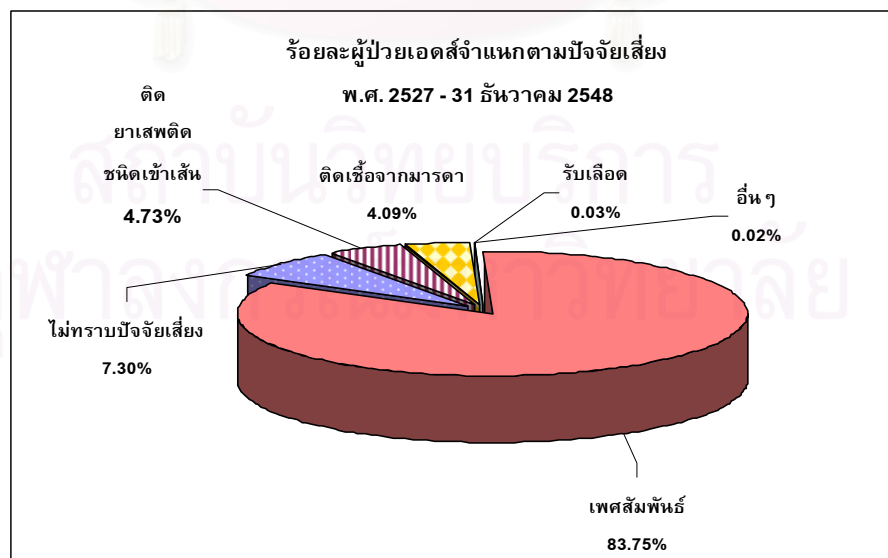
ทั้งนี้ หากจำแนกผู้ป่วยโรคเอดส์ตามกลุ่มอายุ (แผนภูมิที่ 4) พบว่า กลุ่มอายุที่พบมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด คือ กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด คือ ร้อยละ 25.85 รองลงมาอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 24.88 อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 16.92 และ อายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 8.95 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอายุต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี คือ ร้อยละ 0.24

**แผนภูมิที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ภายในประเทศไทย
กัยายน 2527 - 31 ธันวาคม 2548**



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย กัยายน 2527 – 31 ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13].

**แผนภูมิที่ 5 ร้อยละผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง
พ.ศ. 2527 - 31 ธันวาคม 2548**



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, ร้อยละผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527-31 ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13].

จากแผนภูมิที่ 5 จะเห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.75 ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 4.73 การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 4.09 และอื่นๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือ ร้อยละ 44.22 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 20.70 ว่างาน ร้อยละ 5.92 ค้าขาย ร้อยละ 4.42 และแม่บ้าน ร้อยละ 3.94¹⁰

โดยในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา พบว่าอัตราผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นมีอัตราป่วยสูงกว่าวัยรุ่นชาย หรือเท่ากับเพศชาย ซึ่งทำให้ต้องพิจารณาหรือศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมในเรื่องเพศของเด็กวัยรุ่นในยุคใหม่ที่เปลี่ยนแปลงจากอดีตด้วย¹¹ ทั้งนี้ จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มทหารเกณฑ์และพนักงานสถานประกอบการปี พ.ศ. 2547 พบว่า กลุ่มทหารเกณฑ์มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าในอดีต (ปี พ.ศ. 2540) และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 30-60 สำหรับกลุ่มพนักงานในสถานประกอบการพบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 77-84 และมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 15-33 เท่านั้น ส่วนในกลุ่มนักเรียนอาชีวะชายหญิงพบว่ามีประสิทธิผลทางเพศถึงร้อยละ 21-32 แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 10-31¹²

จากเอกสารโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ชุดการเจ็บป่วยของกองทัพช่วยต้านโรคเอดส์ กรณีศึกษา การป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์: ประสิทธิภาพของกองทัพในประเทศไทย ได้แบ่งช่วงของการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยอาศัยข้อมูลจากการเฝ้าระวังและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ทำให้ได้ภาพของสถานการณ์ระบาดและการป่วยด้วยเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย โดยได้แบ่งเป็น 6 ระลอก¹³ ดังนี้

ระลอกที่ 1 การระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ซึ่งอยู่ในช่วง พ.ศ. 2527 – ต้น พ.ศ. 2530 โดยพบว่ามีอัตราการแพร่ระบาดในระดับต่ำ ในระยะเวลาเดียวกันนี้มีการสำรวจการแพร่ระบาดในหญิงบริการทางเพศ พบผู้ติดเชื้อเป็นหญิงบริการที่พำนักเพียงรายเดียวเท่านั้น ผลการสำรวจทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินสถานการณ์ว่าเอชไอวี/เอดส์ไม่น่าจะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย

ระลอกที่ 2 การระบาดเข้าสู่กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น ในเดือนมีนาคมของ พ.ศ. 2531 พบว่าการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 1-2 ในต้นปี พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 15.6 และ

¹⁰ กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์โรคเอดส์: วิเคราะห์สถานการณ์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.aidssthai.org/sathana-05013.html> [2549, สิงหาคม 3].

¹¹ เรื่องเดียวกัน.

¹² กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547)”, หน้า 4. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

¹³ โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, การป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์: ประสิทธิภาพของกองทัพในประเทศไทย (การใช้บทบาทของกองทัพช่วยต่อต้านโรคเอดส์ กรณีศึกษา 3), หน้า 10-11.

ตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมาพบผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งทำให้ประเทศไทยตื่นตัว และเริ่มแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง

ระลอกที่ 3 การระบาดเข้าสู่กลุ่มหญิงบริการทางเพศระหว่าง พ.ศ. 2531-2533 ซึ่งมีการตรวจพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยใน พ.ศ. 2531 พบว่ามีการติดเชื้อร้อยละ 0.5 ในหญิงบริการทางเพศที่จังหวัดเชียงราย และระหว่างร้อยละ 0-0.4 ในหญิงบริการในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และพัทยา และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 44 จากการสำรวจหญิงบริการในจังหวัดเชียงใหม่เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532

ระลอกที่ 4 การระบาดเข้าสู่กลุ่มชายนักเที่ยว คือ ในช่วง พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา พบว่ากลุ่มชายนักเที่ยวที่มาตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นจำนวนมาก ได้รับเชื้อเอชไอวี เนื่องจากยังขาดความรู้ในการป้องกันตนเอง

ระลอกที่ 5 การเริ่มระบาดเข้าสู่กลุ่มแม่บ้าน ตรวจพบจากสตรีตั้งครรภ์ซึ่งมาฝากครรภ์ตามสถานพยาบาลต่างๆ โดยตรวจพบการติดเชื้อในสตรีมีครรภ์เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2534 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ สตรีเหล่านี้เป็นแม่บ้านซึ่งมิได้มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นใดแต่ติดเชื้อจากสามี

ระลอกที่ 6 การพบการติดเชื้อในเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อช่วงที่มีการระบาดสูงสุดคือ ระหว่าง พ.ศ. 2532-2535 ซึ่งเป็นการแพร่ระบาด ในบริการทางเพศและผู้ที่ใช้บริการอย่างไรก็ตามจากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน ประชากรกลุ่มต่างๆ ในช่วง 4-5 ปี ที่ผ่านมา พบว่าเริ่มมีการชะลอตัว และอัตราการความชุกเริ่ม ลดลงในประชากรกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่ยังมีความชุกการติดเชื้อสูง

แม้ว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยได้ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดและรัฐบาลประสบความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ จะเห็นได้จากการชมเชยประเทศไทยในรายงานประจำปีว่าด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ขององค์การสหประชาชาติประจำปี พ.ศ. 2548 ได้แสดงความชื่นชมประเทศไทยว่าเป็นแบบอย่างความสำเร็จในเอเชียจากการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ รายงานระบุว่า ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการต่อต้านโรคเอดส์ เห็นได้จาก ในช่วงปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีลดลงสู่ระดับต่ำสุดเป็นประวัติการณ์ เหลือประมาณเพียงร้อยละ 1.5¹⁴ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลยังคงต้องเดินหน้าแก้ปัญหาผลกระทบจากโรคเอดส์ตามพลวัตที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลรักษา ราคายาต้านไวรัส สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

¹⁴ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ยูเอ็นซมไทยลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihivcare.org/main/news1.php?ID=410> [2549, สิงหาคม 11].

4.1.2 สถานการณ์สิทธิมนุษยชนด้านโรคเอดส์ในประเทศไทย ปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิมนุษยชนกับกรณีเรื่องโรคเอดส์ ถือเป็นผลกระทบสำคัญหนึ่งจากวิกฤติโรคเอดส์ที่รัฐบาลไทยต้องดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จอย่างจริงจัง การรณรงค์ การสร้างความเข้าใจและกระบวนการที่ก่อให้เกิดการตระหนักถึงสิทธิอย่างรอบด้าน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานสำหรับภาครัฐ เนื่องจากปัญหาการละเมิดสิทธิสิทธิ การรังเกียจ การกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นเครื่องสะท้อนทัศนคติในแง่ลบของคนในสังคมต่อเรื่องโรคเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งจะกลายเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าการดำเนินงานในการต่อสู้กับโรคเอดส์ของภาครัฐไม่ประสบผลสำเร็จในระดับนานาชาติ

แม้ว่า หน่วยงานของรัฐบาลไทยจะพยายามวางมาตรการที่จะจัดการกับปัญหาสิทธิมนุษยชนกับโรคเอดส์อย่างเป็นรูปธรรม เช่น แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2544-2549 ได้ระบุมาตรการย่อยหนึ่งให้มีการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อ รวมถึงการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในชุมชน และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้จัดทำแผนปฏิบัติการแม่บทด้านสิทธิมนุษยชนแห่งชาติในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งแผนดังกล่าวมีระยะเวลาครอบคลุม 5 ปี คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม เป็นผู้รับผิดชอบหลัก อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทยยังคงมีการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ

การละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่พบเป็นประจำในประเทศไทย คือ การละเมิดสิทธิด้านสาธารณสุข เช่น การปฏิเสธการรักษาหรือมิให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับบริการขั้นพื้นฐานทางสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การละเมิดสิทธิด้านการศึกษา เช่น การกีดกันหรือตัดโอกาสทางการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาหรือในบางกรณีลูกผู้ติดเชื้อถูกแบ่งแยก กีดกัน กีดกันหลายรูปแบบ ทำให้ไม่ยอมไปโรงเรียนจึงมิได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น การเปิดเผยความลับของผลการตรวจเลือดโดยมิได้รับอนุญาตจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี การละเมิดสิทธิในการทำงาน เช่น การบังคับตรวจเลือดในการสมัครเข้าทำงาน การไล่พนักงานหรือข้าราชการออกจากงานเมื่อทราบว่าคุณคนนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทั้งนี้ สถานการณ์เรื่องสิทธิมนุษยชนกับเรื่องโรคเอดส์ที่สำคัญของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2544-2548 คือ เรื่องสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งยังไม่สามารถให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) หรือยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) แก่ผู้ติดเชื้อได้อย่างทั่วถึง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากเรื่องสิทธิบัตรยาและการเปิดเขตเสรีทางการค้า¹⁵ และการประกาศทำสงครามยาเสพติดของรัฐบาลไทย ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกปฏิเสธการบริการทาง

¹⁵ ทองกร ยัณรังษี และคณะ บรรณารักษ์, "สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ : วาระแห่งชาติ," ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 262.

สาธารณสุขและถูกเจ้าหน้าที่รัฐปราบปรามอย่างไร้มนุษยธรรม รวมทั้งการตั้งข้อรังเกียจ การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์จากคนในสังคมและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ เป็นต้น

จากสถานการณ์เรื่องสิทธิมนุษยชนกับเรื่องโรคเอดส์ที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลไทยที่จะต้องบรรเทาและแก้ไขปัญหาให้ประสบผลสำเร็จ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์กับสิทธิมนุษยชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รัฐบาลต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และภาคประชาสังคมจากทั้งในและนอกประเทศด้วย

4.2 การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย

การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์นั้นเป็นแนวทางหนึ่งของการดำเนินงานของรัฐบาล ในช่วงแรกที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ประเทศไทยยังมีความลังเลและคลางแคลงใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งในขณะนั้นเงินทุนสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นสิ่งจำเป็น ปี พ.ศ. 2531 รัฐบาลไทยใช้เงินจำนวน 684,000 เหรียญสหรัฐ ในการแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ ซึ่งเงินทุนส่วนใหญ่มาจากความช่วยเหลือจากต่างประเทศ เช่น แผนงานโรคเอดส์ขององค์การอนามัยโลก สำนักงานองค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ สหภาพยุโรป องค์การความช่วยเหลือของประเทศสหรัฐอเมริกา (USAIDS) นอร์เวย์ (Norwegian Church Aid) และประเทศเยอรมัน (GTZ) เป็นต้น ความช่วยเหลือจากต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2531 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2532¹⁶ การได้รับเงินสนับสนุนดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาประมาณจากระบบระหว่างประเทศเป็นสำคัญ

นอกจากการพึ่งพาประมาณจากต่างประเทศแล้ว ในประเทศไทยมีองค์กรระหว่างประเทศเข้ามาสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จำนวนมากทั้งจากองค์การได้สำนักงานสหประชาชาติ เช่น UNAIDS และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ การสนับสนุนและดำเนินงานขององค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้กรอบนโยบายที่เสริมสร้างความร่วมมือ เพื่อประสานการใช้ทรัพยากรและแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี โดยเฉพาะกับประเทศเพื่อนบ้านและในภูมิภาคเอเชีย การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นกิจกรรมเพื่อการวิจัย การจัดประชุมนานาชาติ ให้การศึกษาดูงาน และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในบริเวณชายแดน โครงการความร่วมมือไทยกับแอฟริกา และโครงการ Care and

¹⁶ วิฑูร วุฒิจริณ วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, ประเทศไทยกับโรคเอดส์ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ: กรุงเทพฯ, 2547), หน้า 15.

Treatment Programme under the ASEAN Work Plan II เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีระบบที่สามารถประสานงาน สนับสนุน และติดตามผลการดำเนินงานจากการสนับสนุนขององค์กรระหว่างประเทศเหล่านี้อย่างเป็นทางการ¹⁷

ทั้งนี้ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2531 ถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือและสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งในรูปแบบของทวิภาคีและพหุภาคีระหว่างประเทศไทยกับนานาประเทศรวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนต่างประเทศ เพื่อการศึกษา ค้นคว้าวิจัย และร่วมมือเกี่ยวกับแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย อาทิ

4.2.1 องค์กรสหประชาชาติ (UN) การสร้างความร่วมมือของรัฐบาลไทยกับองค์กรสหประชาชาติเรื่องการแก้ปัญหาเอดส์นั้น จากข้อมูลของกรมองค์การระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ ได้ระบุถึงความรับผิดชอบและบทบาทการดำเนินงานของไทยด้านการต่อต้านโรคเอดส์ว่าประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกของสหประชาชาติ ได้ตกลงดำเนินงานตามกรอบความร่วมมือด้านโรคเอดส์ คือ การร่วมรับรองปฏิญญาพันธกรณีว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ทั้งนี้ภายใต้กรอบปฏิญญาฯ นี้ขององค์กรสหประชาชาติ รัฐบาลไทยได้ให้ความร่วมมือในการบริจาคเงินเข้าร่วมกองทุนโลกเพื่อการต่อต้านโรคเอดส์ มาเลเรียและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Global Fund) ปีละ 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยเริ่มบริจาคในปี พ.ศ. 2546¹⁸

ปัจจุบันผู้แทนไทยได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการประสานงานโครงการโรคเอดส์ของสหประชาชาติ (UNAIDS-Programme Coordinating Board) และเอกอัครราชทูตผู้แทนถาวร ณ นครนิวยอร์ก ได้รับมอบหมายจากประธานสมัชชาสหประชาชาติให้เป็นประธานร่วมกับเอกอัครราชทูตบาร์เบโดสในการยกร่างและเจรจา Political Declaration ของการประชุมทบทวนระดับสูงว่าด้วยโรคเอดส์ที่นครนิวยอร์ก เมื่อวันที่ 1-2 มิถุนายน 2549¹⁹

4.2.2 องค์กรอนามัยโลก (WHO) เป็นองค์กรที่คอยช่วยสนับสนุนงบประมาณ และวางแผนการดำเนินงานต่อสู้กับเอดส์ในระยะแรก องค์กรอนามัยโลกเริ่มให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เมื่อปี พ.ศ. 2531 โดยให้งบประมาณ จำนวน 500,000 เหรียญสหรัฐ เพื่อการสนับสนุนบริการโลหิตแห่งชาติ การริเริ่มศูนย์ข้อมูลข่าวสารทางด้าน HIV/AIDS การรณรงค์ให้ความรู้ในประชากร กลุ่มเสี่ยง และการปฏิบัติการวิจัยทางด้านพฤติกรรมสังคมและชีววิทยาทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2532 องค์กร

¹⁷ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547),” หน้า 13. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

¹⁸ กระทรวงการต่างประเทศ, กรมองค์การระหว่างประเทศ, กองการสังคม, “การดำเนินงานของไทยในเรื่องโรคเอดส์ในกรอบ UNGASS และกรอบอื่นๆ,” 2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

¹⁹ กระทรวงการต่างประเทศ, “บทบาทการดำเนินงานของประเทศไทยด้านการต่อต้านโรคเอดส์,” ประเทศไทยกับสหประชาชาติ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th/UNandThailand/> [2550, กรกฎาคม 15].

อนามัยโลก ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินแผนงานระยะกลางแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 องค์การอนามัยโลกได้ร่วมลงนามรับรองกลยุทธ์โรคเอดส์แห่งโลกเพื่อร่วมกำหนดทิศทางกับองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ในการต่อต้านโรคเอดส์²⁰ โดยช่วงระยะแรกที่โรคเอดส์ระบาดในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกเป็นแหล่งความช่วยเหลือในระดับนานาชาติที่ใหญ่ที่สุดร่วมกับ UNDP และ UNICEF ในการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

4.2.3 โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) เป็นองค์กรที่มีบทบาทดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และลดผลกระทบที่เกิดจากโรคดังกล่าว โดยจะทำงานร่วมกับหน่วยงานพันธมิตรและองค์กรชำนาญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ เช่น UNAIDS ที่จะประสานงานกันช่วยเหลือนานาชาติในการผลักดันแต่ละรัฐให้นำเรื่องการแก้ไขปัญหเอดส์เป็นนโยบายในการพัฒนาประเทศและการลดปัญหาความยากจน ตลอดจนส่งเสริมความรู้ในการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงและกลุ่มเปราะบางในการติดเชื้อรายใหม่ (vulnerable population)²¹ และสนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ เป้าหมายที่ 6 เรื่องการต่อสู้กับโรคเอดส์ มาเลเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ซึ่งจากรายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทยปี พ.ศ. 2547 ได้ระบุว่า ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายนี้แล้ว โดยสามารถชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในประเทศได้ก่อนปีเป้าหมาย คือ ปี พ.ศ. 2558

4.2.4 โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)* เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เลขาธิการในการประสานงานกับองค์กรภายใต้สหประชาชาติอื่นๆ ในระดับนานาชาติเรื่องเอดส์ มีสำนักงานประจำอยู่ในประเทศไทย UNAIDS ประจำประเทศไทยจะคอยประสานงานกับทางกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ทางด้านวิชาการ และมีการวางแผนทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ จากหนังสือ Thailand UNAIDS Joint Plan of Action, 2002-2006 ได้ระบุถึงวัตถุประสงค์การปฏิบัติงานของ UNAIDS ประจำประเทศไทยไว้ว่า การปฏิบัติงานของ UNAIDS ประจำประเทศไทยนั้น เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) และปฏิญญา

²⁰ กระทรวงสาธารณสุข, “ความร่วมมือระหว่างไทยและสหประชาชาติด้านสาธารณสุข คณะกรรมการแห่งชาติเพื่อเตรียมงานฉลองครบรอบ 50 ปี ขององค์การสหประชาชาติ,” ไทยกับสหประชาชาติ: ความร่วมมือในรอบ 50 ปี (กรุงเทพฯ: เอรวิชันการพิมพ์, [2538?]), หน้า 86.

²¹ United Nation Development Programme. “Responding to the world's most serious development crisis” United Nation Development Programme HIV/AIDS [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.undp.org/hiv/> [2007, September 15]

* นอกจากนี้ ยังมีโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติในอนุภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก (UNAIDS SEAPICT) เป็นหน่วยงานสหประชาชาติระดับภูมิภาค (South East Asia and Pacific Intercountry Team) หรือ UN-SEAPICT เป็นหน่วยงานระดับภูมิภาคหรืออนุภูมิภาคที่รวมตัวกันเพื่อทำงานด้านเอดส์ มีโครงสร้างองค์กรประกอบ และหน้าที่คล้ายคลึงกับระดับประเทศ โดยสนับสนุนงานด้านวิชาการในทุกประเทศหากมีการร้องขอ เช่น การสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานระหว่างประเทศกำลังพัฒนา ที่เรียกว่า South- South Cooperation

ว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ โดยสอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติของประเทศไทย เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์ตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ และกรอบการช่วยเหลือการพัฒนาขององค์การสหประชาชาติในประเทศไทย (UNFDA) ปี พ.ศ. 2545-2549

ทั้งนี้ แผนปฏิบัติงานของ UNAIDS ประจำประเทศไทยมีจุดเน้น 3 ประการ²² คือ ประการแรก การรณรงค์ส่งเสริม ความมุ่งมั่น ความร่วมมือของผู้นำทางการเมือง และนักวิชาการให้เกิดความมุ่งมั่น ความร่วมมือในการทำงานเอดส์ในประเทศไทย และส่งเสริมความร่วมมือกันทำงานตลอดมา ดังจะเห็นจากการจัดตั้งคณะ Country Coordinating Mechanism หรือ CCM ของประเทศไทยในกองทุนโลก จะเห็นว่ามียอดกรเอกชน และผู้ติดเชื้อเข้าร่วมดำเนินการตลอดเวลา ประการที่สอง การสร้างความเข้มแข็งของกลไกการทำงานขององค์กรภายในและภาคีต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานสหประชาชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประการสุดท้าย การสนับสนุนการแปลงแผนหรือยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น ปัจจุบันประเทศไทยได้ร่วมลงนามในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องรายงานความก้าวหน้าของการทำงานต่อสหประชาชาติ ซึ่งแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับที่ 8 มิได้กำหนดการติดตามและประเมินผลไว้ ทำให้บอกได้ยากถึงความสำเร็จของประเทศไทยนอกจากในภาพรวม²³

ทั้งนี้ โครงสร้างโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติในประเทศไทยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม²⁴ ดังนี้

- 1) กลุ่มหน่วยงานสหประชาชาติด้านโรคเอดส์ในประเทศไทย (UN Theme Group on HIV/AIDS in Thailand) มีองค์ประกอบคือ หัวหน้าหรือผู้แทนหน่วยงานองค์การสหประชาชาติ 10 หน่วยงาน โดยรวมทั้งหน่วยงานที่สนับสนุนการทำงาน และอีก 2 หน่วยงานที่มีได้เป็นองค์กรสนับสนุนการทำงาน แต่สมัครใจเข้ามาทำงาน ได้แก่ UNIFEM และ FAO ตัวแทนภาครัฐ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ประธานคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ผู้อำนวยการสมาคมธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์และประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ โดยมอบหมายให้ผู้แทนจากหน่วยงานสหประชาชาติผลัดเปลี่ยนกันเป็นประธานกลุ่มคนละหนึ่งถึงสองปี โดยมีการประชุมทุก 3 เดือน มีบทบาทหน้าที่พิจารณาแนวทางการทำงานและกิจกรรม

²² สมพงษ์ เจริญสุข, "โครงการโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (UNAIDS)," ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 39.

²³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 38.

²⁴ เรื่องเดียวกัน.

ร่วมกันให้สอดคล้องกับทิศทางของ UNAIDS และแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ

2) กลุ่มคณะทำงานวิชาการด้านโรคเอดส์ (Technical working Group on HIV/AIDS) มีองค์ประกอบ ได้แก่ ตัวแทนจากหน่วยงานสหประชาชาติทำงานใกล้ชิดกับเจ้าของประเทศโดยตรง โดยเป็นคณะทำงานทางวิชาการให้ระดับนโยบาย จะเห็นว่าในการประชุมหรือทำกิจกรรม คณะทำงานกลุ่มนี้จะเป็นตัวแทนหน่วยงานสหประชาชาติเข้าร่วมประชุมอยู่ในกิจกรรมของประเทศ โดยมีหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ จัดสรรหาเงินทุนการทำงาน ทำงานพื้นฐานให้กับนโยบาย (Head of Agency) สำนักงานที่ปรึกษาโครงการทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการโดยสนับสนุนงานกับประธานกลุ่มหน่วยงานสหประชาชาติและกลุ่มวิชาการ

3) สำนักงานที่ปรึกษาโครงการ (Country Program Adviser) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการให้กับทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาแล้วโดยสนับสนุนงานโดยตรงกับประธานกลุ่มหน่วยงานฯ และหรือผ่านการทำงานอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มคณะทำงานทางวิชาการฯ บริหารโครงการและกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจาก UNAIDS

4.2.5 กองทุนโลก* (Global Fund to Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) กองทุนโลกเป็นหน่วยงานระหว่างประเทศที่ได้ตกลงให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยด้านทรัพยากรการเงิน เพื่อต่อสู้กับปัญหาเอชไอวี/เอดส์ตามโครงการที่ประเทศไทยเขียนโครงการเสนอของบประมาณไป ซึ่งประเทศไทยทำโครงการด้านการป้องกันของบประมาณไปทั้งหมด 109,353,700 เหรียญสหรัฐในระยะเวลา 5 ปี โดยแบ่งโครงการออกเป็น 3 รอบ²⁵ ซึ่งประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จากการพิจารณาในรอบที่หนึ่ง พ.ศ. 2545 โดยจะได้รับงบประมาณตามข้อตกลง เป็นจำนวนเงิน 30.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 1,240 ล้านบาท)

* กองทุนโลก เป็นกองทุนระดับนานาชาติที่มีเป้าหมายเพื่อการต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ตามคำประกาศ UNGASS ว่าต้องตั้งเป้าหมายจัดหางบประมาณสำหรับจัดการการแพร่ระบาดในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ประมาณ 7,000 – 10,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี 2548

²⁵ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัปดาห์การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547),” หน้า 13. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ในระยะเวลา 2 ปี (1 มิถุนายน 2546 - 31 พฤษภาคม 2548) โดยจะได้รับงบประมาณสนับสนุนมาก่อนประมาณ 13.99 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 560 ล้านบาท)²⁶

ทั้งนี้ ในจำนวนงบประมาณ 13.99 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ได้เสนอให้จัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4,389,168 ดอลลาร์สหรัฐ โดยดำเนินงานโครงการด้านการป้องกัน ได้แก่ โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเยาวชนในชุมชน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสถานศึกษาโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสถานประกอบการ และส่วนที่เหลือจัดสรรสำหรับด้านการรักษาโรคเอชไอวี 9,213,504 ดอลลาร์สหรัฐ เพื่อดำเนินโครงการด้านการดูแลรักษา ได้แก่ โครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอชไอวี โครงการขยายบริการยาต้านไวรัส และโครงการเข้าถึงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอชไอวี/เอดส์ ด้านการบริหารจัดการ 388,290 ดอลลาร์สหรัฐ รวมเป็นงบประมาณสนับสนุนทั้งสิ้น 13,990,962 ดอลลาร์สหรัฐ²⁷ ส่วนเงินในส่วนที่เหลือทางกองทุนโลกจะทยอยจัดสรรให้ในรอบที่ 2 และ 3 คือ 27,541,528 และ 911,542 ดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ²⁸ ถือได้ว่ากองทุนโลกนับเป็นความช่วยเหลือทางด้านเงินทุน เพื่อสนับสนุนให้รัฐบาลไทยดำเนินโครงการ HIV/AIDS ด้านการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วย จากภายนอกที่มีจำนวนมากที่สุดในช่วงเวลานี้

4.2.6 องค์การสาธารณสุขประโยชน์นานาชาติ องค์การสาธารณสุขประโยชน์นานาชาติที่ยังคงให้การสนับสนุนโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแก่ประเทศไทย คือ องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (ประเทศไทย) (Medicines sans Frontieres: MSF)* การดำเนินโครงการในประเทศไทยขององค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม(ประเทศไทย) เริ่มต้นจากโครงการเพื่อการเข้าถึงการรักษาคนในเขตชุมชนเมืองเมื่อปี พ.ศ. 2526 และเนื่องจากอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในประเทศไทย องค์การฯ จึงได้เริ่มโครงการเพื่อการเข้าถึงการป้องกันและการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา นอกจากนี้องค์การฯ ยังได้ริเริ่มสนับสนุน ผลักดันและ

²⁶ สุดารัตน์ เกตุราพันธ์, “ปาฐกถาพิเศษ เรื่อง เอดส์: การต่อสู้และความหวัง,” ใน *สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9* (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 13.

²⁷ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม - ธันวาคม 2547),” หน้า 4. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

²⁸ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม - ธันวาคม 2547),” หน้า 13. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

* องค์การหมอไร้พรมแดน เป็นองค์การอิสระด้านสาธารณสุขที่เป็นกลางและไม่แสวงหาผลกำไร ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2514 โดยกลุ่มหมอชาวฝรั่งเศส นำโดย เบอร์นาร์ด โคชเนอร์ การดำเนินโครงการในต่างประเทศต่างๆ ทั่วโลกขององค์การฯ มีเป้าหมายหลักเพื่อการช่วยเหลือ พี่นฟู และส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งทางการเมือง สงคราม ภัยพิบัติธรรมชาติ โรคระบาด และโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งในภาวะฉุกเฉิน และภาวะปกติบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนโดยมิเลือกชนชาติ ศาสนา และลัทธิการเมือง

เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขจากการดำเนินโครงการขององค์กรฯ และร่วมมือกับองค์ภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และภาคประชาชนและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในเชิงปฏิบัติ และเชิงนโยบาย เพื่อให้ทุกคนในประเทศไทยได้รับสิทธิในการได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานเท่าเทียมและยั่งยืน²⁹

ปัจจุบันทางองค์กรฯ ได้ดำเนินโครงการทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย เช่น โครงการกุนิน นารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ เป็นโครงการนำร่องเพื่อการเข้าถึงฯ ยาด้านสูตรสำรอง โครงการมุสลิม เป็นโครงการเพื่อการเข้าถึงยาในชุมชนมุสลิม มีการอบรมให้ข้อมูลและการสื่อสารเรื่องเอ็ดส์ใน วิถีมุสลิม โครงการ MSM โครงการเพื่อการเข้าถึงฯ ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น

4.2.7 รัฐต่าง ๆ การสร้างความร่วมมือส่วนใหญ่เป็นการสร้างความร่วมมือในระดับทวิภาคีเพื่อการวิจัยคิดค้นและศึกษาทดลองวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น ที่ร่วมมือระหว่างกันทำโครงการวิจัย และพัฒนาวัคซีนเอดส์ทดลองในคนไทย โครงการนี้เป็นความร่วมมือตั้งแต่ในระดับห้องปฏิบัติการ ในสัตว์ทดลอง จนถึงการผลิตวัคซีนที่จะทดสอบในคนไทย โดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ HIV-1 สับทัยปี้ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ระบาดในประเทศไทย โดยมีช่วงดำเนินการในระยะ Pre – Clinic ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2545 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทั้งรัฐบาลญี่ปุ่นและรัฐบาลไทยเป็นเงิน 120 ล้านบาท รัฐบาลไทยสนับสนุนงบประมาณ 13 ล้านบาท และได้รับการสนับสนุนทางด้านสถานที่ระบบต่างๆ และอุปกรณ์จากประเทศญี่ปุ่น³⁰ นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและสหรัฐอเมริกา คือ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐทางด้านสาธารณสุขเป็นโครงการทดสอบประสิทธิผลของวัคซีนเอดส์ทดลองชนิดป้องกันที่คาดว่าจะใช้ได้ผลกับคนไทยนอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (The United States Agency for International Development: USAID) เป็นองค์กรที่เคยให้ความช่วยเหลือในระหว่าง ปี พ.ศ. 2538-2543 โดยผ่านทางโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS Control and Prevention: AIDSCAP) และสถาบันสาธารณสุขครอบครัว (Family Health Institution: FHI) ตลอดจนยังมีองค์กรอื่นอีกเช่น Save the Children (สหราชอาณาจักร), PSI (โดยการสนับสนุนงบประมาณจากภาค DFID) และ PATH³¹ นอกจากนี้

²⁹ องค์กรหมอไร้พรมแดน เบลเยียม (ประเทศไทย) เกี่ยวกับองค์กรหมอไร้พรมแดน จดหมายข่าวฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) 2550, หน้า 2.

³⁰ ทองกร ยันรังษี และคณะบรรณาธิการ, “ความร่วมมือระหว่างไทยกับญี่ปุ่น,” ใน สรุปรายงานการสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2544 (นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2544), หน้า 48-49.

³¹ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคติดต่อ, “รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศ ระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547),” หน้า 8. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ประเทศไทยยังมีบทบาทการต่อสู้กับเรื่องเอดส์บนเวทีระหว่างประเทศด้วย เช่น ประเทศไทยได้นำประเด็นปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ไปผลักดันในหลายเวทีระหว่างประเทศ รวมทั้งได้ผลักดันให้ความร่วมมือด้านโรคเอดส์ได้รับการบรรจุไว้ในแผนงานของเครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security Network) ซึ่งมีประเทศในยุโรป 7 ประเทศ เป็นสมาชิก ได้แก่ ออสเตรีย กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สโลวีเนีย สวิสเซอร์แลนด์ โดยไทยชี้ให้เห็นว่าปัญหาเรื่องโรคเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสุขภาพแต่เป็นปัญหาความมั่นคงด้านสุขภาพของมนุษย์ (Health Security) และล่าสุดที่ประชุมระดับรัฐมนตรีเครือข่ายความมั่นคงของมนุษย์ครั้งที่ 8 ที่กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 1-2 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการแพร่ขยายของโรคเอดส์ ซึ่งนับเป็นปัญหาต่อความมั่นคงของมนุษย์ด้วย โดยเฉพาะในปัจจุบันโรคเอดส์ได้แพร่ขยายไปอย่างไร้พรมแดน อาทิ โรคเอดส์ โรคไขหวัดนก และโรคซาร์³² ตลอดจนมีบทบาทการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภูมิภาค ประเทศไทยได้ริเริ่มที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในภูมิภาคแอฟริกาในกรอบของ (New Partnership for Africa's Development: NEPAD) และได้จัดทำโครงการให้ความช่วยเหลือด้านโรคเอดส์แก่ประเทศในภูมิภาคแอฟริกา โดยมุ่งเน้นการถ่ายทอดประสบการณ์ด้านการบำบัดและป้องกันโรคเอดส์ โดยอาจดำเนินการในลักษณะสามฝ่าย ทั้งกับองค์การระหว่างประเทศ เช่น UNDP หรือกับประเทศที่สาม เช่น ญี่ปุ่น แคนาดา ฯลฯ³³

จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับตัวแสดงต่าง ๆ ในระบบระหว่างประเทศในเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าความร่วมมือที่เกิดขึ้นนั้น เป็นไปเพื่อประโยชน์ในการต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากภาคการเมือง เศรษฐกิจ ด้านการแพทย์ การป้องกัน การดูแลรักษา การแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือกันในด้านวิชาการ เงินงบประมาณ เป็นต้น ส่งผลให้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ อีกทั้ง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความร่วมมือระดับการเมืองที่สำคัญ ณ ช่วงเวลานี้ คือ การที่ประเทศไทยร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในฐานะประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติครั้งพิเศษว่าด้วยโรคเอดส์ ครั้งที่ 26 ณ นครนิวยอร์ก พร้อมกับประเทศสมาชิกอีกกว่า 189 ประเทศ

³² กระทรวงการต่างประเทศ, กองการสังคม, "การดำเนินงานของไทยในเรื่องโรคเอดส์ ในกรอบ UNGASS และกรอบอื่นๆ," 2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

³³ กระทรวงการต่างประเทศ, กรมองค์การระหว่างประเทศ, กองการสังคม ความร่วมมือกับต่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ (HIV/AIDS) [Online]. (มิถุนายน 2548) แหล่งที่มา: <http://www.mfa.go.th/web/56.php> [2549, มิถุนายน 27].

4.3 การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของประเทศไทย

การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของประเทศไทย เป็นผลมาจากการที่คณะผู้แทนของรัฐบาลไทยได้เดินทางไปร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 26 เมื่อวันที่ 25-27 มิถุนายน พ.ศ. 2544 ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา โอกาสนี้ รัฐบาลได้ร่วมรับรองว่าด้วยปฏิญญาพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ณ ที่ประชุมครั้งนั้นด้วย และส่งผลให้รัฐบาลไทยมีพันธะที่จะต้องดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ฉบับดังกล่าว โดยคณะผู้แทนของรัฐบาลไทยที่เดินทางไปร่วมประชุมในครั้งนั้น ประกอบด้วย นายพิทักษ์ อินทวิทย์นันท์ รองนายกรัฐมนตรี หัวหน้าคณะ นายแพทย์สุรพงษ์ สีบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวร ณ นครนิวยอร์ก และอธิบดีกรมองค์การระหว่างประเทศ³⁴ นอกจากนี้ผู้แทนจากรัฐบาลไทยแล้ว ตัวแทนจากองค์กรพัฒนาเอกชนของประเทศไทยได้เดินทางไปร่วมประชุมเช่นกัน การประชุมครั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักในการนำนโยบายจากการประชุมมาปฏิบัติ ส่วนกระทรวงการต่างประเทศมีบทบาทในการประสานงานให้คณะผู้แทนรัฐบาลไทยเดินทางไปร่วมประชุมที่นครนิวยอร์ก

ทั้งนี้ ในการประชุมครั้งนี้ นายพิทักษ์ อินทวิทย์นันท์ รองนายกรัฐมนตรี ได้กล่าวสุนทรพจน์ ณ ที่ประชุมถึงจุดยืนของประเทศไทยที่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเอดส์และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือกับประชาคมโลกที่จะต่อสู้กับปัญหาเอดส์ สำหรับสาระสำคัญของถ้อยแถลงที่รองนายกรัฐมนตรีได้กล่าวต่อที่ประชุมครั้งนั้นนั้น สรุปความได้ว่า ประเทศไทยรู้สึกยินดีที่ได้เห็นว่าองค์การสหประชาชาติได้เป็นผู้นำในการตระหนักว่า โรคเอดส์มิได้เป็นเพียงเรื่องทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่ยังเป็นเรื่องของมนุษยธรรมด้วย ประเทศไทยรู้สึกพอใจต่อบทบาทและการจัดการประชุมครั้งนี้เป็นอย่างมาก และพร้อมที่จะให้การสนับสนุนและยอมรับร่างประกาศข้อผูกพันที่มีไว้ร่วมกันในการประชุมวาระพิเศษเช่นนี้อีกด้วย ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวนี้

“...การประชุมนี้ถือเป็นการเริ่มต้นพันธะสัญญาระดับโลกที่จะต่อสู้กับวิกฤตระดับโลกนี้ ประเทศไทยขอเป็นส่วนหนึ่งในการต่อสู้กับปัญหาที่สำคัญนี้...ประเทศไทยมีความยินดีที่ได้เห็นว่าองค์การสหประชาชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ว่าไม่ได้เป็นเพียงแค่ปัญหาทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่

³⁴ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2549), หน้า 1.

โรคเอดส์เป็นประเด็นปัญหาของเผ่าพันธุ์มนุษย์จึงได้จัดการประชุมสมัชชาพิเศษนี้ ซึ่งเราพอใจการทำงานสนับสนุนในการทำงานด้านเอดส์ของ UNAIDS และประเทศไทยขอสนับสนุนปฏิญญาพันธกรณีที่เกิดจากการประชุมครั้งนี้ด้วย...”³⁵

อีกทั้ง ได้กล่าวถึงแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ เน้นไปถึงเรื่องของความเป็นผู้นำ (Leadership) ว่ามีความสำคัญสำหรับการต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

“...บทเรียนหนึ่งที่เราได้เรียนรู้จากประสบการณ์เรื่องเอชไอวี/เอดส์ คือ เรื่องความเป็นผู้นำควรจะต้องได้รับการตระหนักถึงในบริเวณที่มีการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ และควรจะต้องนำเรื่องนี้มาอภิปรายในการแก้ปัญหาเอดส์ด้วย...”³⁶

นอกจากนี้ ยังได้เรียกร้องต่อประเทศที่ร่ำรวยเรื่องยาต้านไวรัส ซึ่งผู้แทนรัฐบาลไทยได้ร้องขอต่อประเทศ ภูมิภาค องค์การระหว่างประเทศและภาคประชาสังคม ผู้ผลิตยา ให้ช่วยกันคิดค้นและพัฒนาการวิจัยวัคซีนและยา เพื่อที่จะช่วยให้กลุ่มคนในประเทศกำลังพัฒนาเข้าถึงยากันได้มากขึ้น³⁷ ตลอดจนกล่าวถึงปัญหาทรัพยากรทางการเงินที่ใช้ต่อสู้กับปัญหาเอดส์สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งในสุนทรพจน์ของนายพิทักษ์เปรียบเทียบกับเห็นว่า ทรัพย์สินของมหาเศรษฐีที่ร่ำรวยที่สุดของโลก 29 คนนั้น รวมกันแล้วมีมูลค่ามากกว่า 7-10 ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งถือเป็นจำนวนงบประมาณที่ต้องการใช้สำหรับจัดการปัญหาเรื่องเอชไอวี หากประเทศพัฒนาและภาคเอกชน ร่วมไปถึงเศรษฐีต่างๆ ช่วยกันบริจาคเงินเพียงแค่น้อยนิด เพื่อใช้ต่อสู้กับปัญหาเอชไอวีแล้ว เชื่อว่าทั่วโลกจะสามารถเอาชนะปัญหานี้ได้

ทั้งนี้ นายพิทักษ์ได้แสดงจุดยืนของประเทศไทยว่าพร้อมที่จะนำประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาช่วยเหลือประเทศอื่นๆ ที่ต้องการการแนะนำ ซึ่งการช่วยเหลือนี้ถือว่าเป็นการเข้าแทรกแซงเพื่อมนุษยธรรม (Humanitarian intervention) และย้ำว่าการประชุมครั้งนี้เป็น

³⁵ Thailand Statement by H.E. Mr. Pitak Intrawitayanunt [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.un.org/ga/aids/statements/docs/thailandE.html>. [2006, July 18].

³⁶ cited in UNAIDS, Keeping the Promise Summary of the Declaration of the Commitment on HIV/AIDS (Geneva: UNAIDS, 2002). p. 6.

³⁷ Press Release GA/9884 SPECIAL SESSION IS OPPORTUNITY FOR GREAT LEAP FORWARD IN GLOBAL BATTLE AGAINST HIV/AIDS, ASSEMBLY IS TOLD Speakers from Many Nations Describe Multi-faceted Efforts To Combat Scourge Said to Threaten Future of Mankind 25/06/2001 [Online]. Available from: <http://www.un.org/News/Press/docs/2001/ga9884.doc.ht> [2006, July 18].

จุดเริ่มต้นของการต่อสู้วิกฤติระดับโลก ด้วยความมุ่งมั่น ความเสียสละ และความสุจริต ในฐานะที่ประเทศไทยได้ต่อสู้กับโรคเอดส์มาเป็นเวลากว่าสองทศวรรษแล้ว นายพิทักษ์ให้ความมั่นใจว่าประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายแห่งการหยุดยั้งการระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้ก่อนปี พ.ศ. 2553 เพื่อประโยชน์ของมวลมนุษยชาติต่อไป

หลังจากเดินทางกลับมาจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติครั้งพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (UNGASS) นายพิทักษ์ อินทวิทย์นันท์ ซึ่งดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แจ้งในที่ประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2544 วันที่ 2 สิงหาคม 2544 ณ ทำเนียบรัฐบาล เรื่องการเดินทางเข้าร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษครั้งที่ 26 ว่า ทุกประเทศได้เห็นถึงปัญหาและความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน หลายประเทศได้ยอมรับข้อเสนอต่างๆ ของประเทศไทย ทั้งทางด้านประสพการณ์ และวิชาการ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับประเทศนิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย เบลเยียม ทุกประเทศยินดีให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเอดส์ และทาง UNFPA ได้ให้การยอมรับในมาตรการการป้องกันของประเทศไทย โดยการใช้ถุงยางอนามัย และยังให้ความสนใจในการสั่งซื้อถุงยางอนามัยจากประเทศไทย และเห็นว่าประเทศไทยเป็นผู้นำทางสุขภาพอนามัยภูมิภาคนี้ และได้เชิญประเทศเพื่อนบ้านไทย 5 ประเทศ เข้าร่วมการประชุม คือ จีน พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนาม โดยทางประเทศจีนได้เสนอให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งนับว่าเป็นโอกาสที่ดีของประเทศไทย เพื่อเป็นที่ยอมรับทั่วโลก³⁸

นอกจากผู้แทนจากทางภาครัฐของไทยแล้ว ยังมีตัวแทนของภาคเอกชนจากประเทศไทยที่ได้มีโอกาสเดินทางไปร่วมประชุมโดยมีบทบาทที่แตกต่างไปจากภาครัฐ คือ นายไพศาล ตันนุต เดินทางไปร่วมประชุมในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนหนึ่ง และในนามของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย โดยได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การ Health Global Access Project (GPA) Coalition ในสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นเครือข่ายการรณรงค์ระดับโลกเรื่องการเข้าถึงยาและการรักษา (Global Treatment Access Campaign)³⁹ และเนื่องจากการประชุมครั้งนี้เป็นการจัดประชุมผู้นำระดับโลก องค์การต่างๆ จึงได้พยายามจัดกิจกรรมทั้งก่อนและระหว่างการประชุมเพื่อให้เกิดกระแสและสร้างความสนใจในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ กิจกรรมสำคัญหนึ่ง คือ การเดินขบวนเรียกร้องให้ทั่วโลกหันมาสนใจร่วมมือกันแก้ปัญหาเอดส์ ตามคำขวัญที่ว่า “หยุดปัญหาเอดส์ของโลก...เราวันนี้” (Stop Global AIDS Now) ในวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ.2544 ก่อนการประชุมสมัชชาฯ ซึ่งผู้แทนภาคเอกชนของประเทศไทยได้รับเชิญจาก

³⁸ กระทรวงสาธารณสุข, “รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2544,” วันที่ 2 สิงหาคม 2544 ทำเนียบรัฐบาล. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

³⁹ ไพศาล ตันนุต, “จุดยืนของผู้ติดเชื้อไทยในเวทีเอดส์โลก,” จดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน” (11 กรกฎาคม 2544): หน้า 4 (พิมพ์สำหรับการสมมนาประชาชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2544)

คณะกรรมการจัดการเดินขบวน ซึ่งเป็น NGOs ทั้งในสหรัฐอเมริกา และจากประเทศต่างๆ ให้เป็นหนึ่งในผู้กล่าวปราศรัยในฐานะเป็นตัวแทนผู้นำการเคลื่อนไหวเรื่องการเข้าถึงยา⁴⁰ (กล่องข้อความที่ 2) นอกจากผู้แทนจากประเทศไทยแล้ว ยังมีผู้แทนจากประเทศบราซิล แอฟริกาใต้ และผู้แทนจากสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ องค์กรด้านศาสนา และผู้นำแรงงาน

(กล่องข้อความที่ 2) คำปราศรัยของนายไพศาล ดันอุด

มิตรสหายที่รัก... ผมชื่อไพศาล ดันอุด ผมยืนอยู่ ณ ที่นี้ ในฐานะตัวแทนของพี่น้องเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย วันนี้เป็นอีกครั้งที่นักกิจกรรมเรื่องเอดส์จากทั่วโลกได้มารวมกันแสดงพลังเพื่อต่อต้านการเอารัดเอาเปรียบของบริษัทยาที่กระทำต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เราต่างรู้ว่า “ยา” ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการมีชีวิตอยู่สำหรับพวกเราเรามีราคาแพงอย่างไม่น่าเชื่อ ในประเทศไทยของผมน เงินเดือนโดยเฉลี่ยของคนทั่วไป อยู่ที่ประมาณ 110 เหรียญสหรัฐ แต่ราคาของการรักษาแบบใช้ยาต้าน 3 ตัว อยู่ที่ 200 – 300 เหรียญสหรัฐ แน่นอนว่ารัฐบาลไทยของผมนมีความสามารถในการผลิตได้ในราคาถูก แต่สถานการณ์บ้านผมก็คงไม่ต่างจากที่อื่นๆ ส่วนใหญ่ในโลกนี้ ที่ยาเหล่านั้น ก็ยังไม่สามารถกระจายไปถึงถึงพวกเราทุกคน

และไม่มีหนทางใดอีก เว้นเสียแต่ที่เราจะรวมพลังเพื่อผลักดันให้เกิดการเลิกการผูกขาดยา และลดอิทธิพลทางการเมืองของบริษัทยา มีเช่นนั้น ยาเหล่านี้ก็จะไม่มีวันที่จะมาถึงมือเราได้ ราคาขายจะต้องถูกลงกว่านี้ไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เราต้องเรียกร้องให้ข้อตกลงทางการค้าเคารพสิทธิในเรื่องสุขภาพอนามัย รัฐบาลของพวกเราต้องกำหนดนโยบายเรื่องเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ และประเทศสหรัฐอเมริกาต้องหยุดการใช้อำนาจทางอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่กดดันไม่ให้รัฐบาลของแต่ละประเทศใช้มาตรการที่ควรใช้

มิตรสหายที่รัก ห่างไปเพียงไม่กี่ช่วงถนน ณ ที่ทำการสหประชาชาติ ผู้นำระดับโลก กำลังจะร่วมลงนามในกระดาษที่จะบ่งบอกถึงพันธะสัญญาในการต่อสู้เพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ กระดาษแผ่นนั้น จะไม่มีคุณค่าใดเลย หากเนื้อหาที่บรรจุมิได้สะท้อนถึงพื้นฐานความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ประเทศไทยของผม มีผู้ที่กำลังมีชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีอยู่กว่าเจ็ดแสนคน พวกเรากำลังรออะไรกันอยู่?

...ในอดีตที่ผ่านมา ความจริงที่ว่าไม่มียาใดๆ ที่จะรักษาเอดส์ได้ เป็นเรื่องเจ็บปวดยิ่งนัก วันนี้ การได้รู้ว่าจะหาหนทางในการรักษามีอยู่ แต่ยังคงอยู่ไกลเกินกว่าที่เราหลายคนจะเข้าถึงได้นับเป็นเรื่องเจ็บปวดยิ่งกว่า...

คำกล่าวในการเดินขบวนและการชุมนุมเรียกร้อง “หยุดปัญหาเอดส์ของโลกเรา...วันนี้” ของไพศาล ดันอุด เพื่อนผู้ติดเชื้อจากประเทศไทย ในฐานะเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ท่ามกลางสายฝน เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2544 ณ สวนสาธารณะไบรอัน กรุงนิวยอร์ก

ที่มา: ไพศาล ดันอุด, “จุดยืนของผู้ติดเชื้อไทยในเวทีเอดส์โลก,” จดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน” (11 กรกฎาคม 2544): หน้า 4 (พิมพ์สำหรับการสัมมนาระดับนานาชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2544) (เน้นโดยผู้วิจัย)

การเดินขบวนครั้งนี้มีคนมาร่วมขบวนเป็นจำนวนหลายร้อยคน ขบวนเดินออกจากจัตุรัสวอชิงตัน ไปยังสวนสาธารณะไบรอันซึ่งเป็นจุดตั้งเวทีปราศรัยการชุมนุม โดยกลุ่มผู้เดินขบวนครั้งนี้ได้มีข้อเรียกร้อง 3 ข้อ คือ 1) ให้รัฐบาลสหรัฐฯ และกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม 7 ประเทศร่วมกันบริจาคเงินกับกองทุนเอดส์โลกเพื่อสนับสนุนการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศกำลังพัฒนา 2) ให้รัฐบาลสหรัฐฯและประเทศอุตสาหกรรม 7 ประเทศ ผลักดันและเรียกร้องให้กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) และธนาคารโลก ยกเลิกหนี้สินของประเทศยากจนที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักจากเอดส์ และ 3) ให้ประเทศร่ำรวยลงทุนสนับสนุนมาตรการต่างๆ ที่จะช่วยในการเข้าถึงการรักษาและลงทุนในด้านโครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการสุขภาพรวมถึง

⁴⁰ เรื่องเดียวกัน.

ระบบบริการกระจายวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าว รวมถึงการนำเข้ายา การผลิตยาและการจัดระบบการซื้อยาจำนวนมากๆ เพื่อใช้แจกจ่าย⁴¹

จากที่ได้กล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นรัฐบาลมีเจตจำนงที่จะร่วมมือกับนานาชาติเพื่อจะต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์ โดยรัฐบาลไทยได้ร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ทำให้รัฐบาลไทยมีพันธะที่จะต้องดำเนินงานตามกรอบของปฏิญญาฯ ที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานไว้ 11 ด้าน ซึ่งรัฐบาลจะต้องรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ใน ปี 2546 และ 2548 และครั้งสุดท้ายปี 2553 ตามแนวทางการสร้างตัวชี้วัดและแนวทางการติดตามการดำเนินของรัฐบาลของทาง UNAIDS โดยในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะกล่าวถึงการดำเนินงานของรัฐบาลตามกรอบปฏิญญาฯ ในภาพรวมทุกด้าน

4.4 การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยเกิดขึ้นหลังจาก UNAIDS ได้นำเสนอแนวทางการประเมินผลโดยมีตัวชี้วัดหลักทั้ง 13 ตัวทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ จึงได้เรียกประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาตัวชี้วัดแต่ละตัว และกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม พ.ศ. 2545 เป็นครั้งแรก ต่อมาเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2545 ทางสำนักโรคเอดส์ฯ ได้บรรจุวาระเรื่องปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์เป็นวาระหนึ่งเพื่อพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการแก้ไขปัญหาดเอดส์ ครั้งที่ 3/2545 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2545 โดยที่ประชุมมีมติรับทราบปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์และเห็นชอบการขอความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาอนุมัติปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การติดตามประเมินผล การจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด และการให้ความร่วมมือกับUNAIDS ในการรายงานผลการดำเนินงานตามกำหนดเวลาประเมินผลครั้งแรก ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 และพฤศจิกายน พ.ศ. 2548⁴² ทั้งนี้มีการแปลเอกสารที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ Declaration of Commitment on HIV/AIDS และ Construction of Core Indicator โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจัดพิมพ์จาก UNAIDS

ต่อมา เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ได้มีการจัดการประชุมคณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้องระดับปฏิบัติทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อทบทวน วางแผนการทำงาน และกำหนดทีมงาน

⁴¹ เรื่องเดียวกัน.

⁴² คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, “สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS,” 2547, หน้า 4. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

รับผิดชอบตัวชี้วัดแต่ละตัว ที่ประชุมได้กำหนดแผนเป็น 2 ระยะ ได้แก่ แผนระยะสั้นและแผนระยะยาว

แผนระยะสั้นเพื่อเตรียมการรายงานผลครั้งที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2546 เป็นข้อเสนอจากที่ประชุม ให้เร่งรัดการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามกำกับ และประเมินผล โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อรองรับตัวชี้วัดแต่ละตัว ซึ่งที่ประชุมได้พิจารณาร่วมกัน และทำหนังสือแจ้งเพื่อทราบสำหรับหน่วยงานที่ไม่ได้ร่วมประชุม ตลอดจนให้จัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ และกำหนดที่มงานขอให้ที่มงานย่อยเริ่มประสานงาน นัดหมาย และวางแผน กำหนดกลไก คน เวลา และงบประมาณ รวบรวมข้อมูลให้เสร็จภายในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน มีนาคม พ.ศ. 2546 สำหรับตัวชี้วัดที่ยังไม่สามารถรายงานให้อธิบายขยายความกระบวนการกลั่นกรองข้อมูลก่อนทำรายงาน เป็นหน้าที่ของอนุกรรมการติดตามกำกับและประเมินผล โดยการสนับสนุนของทีมนักวิชาการจากทบวงมหาวิทยาลัย นักวิชาการกระทรวงต่างๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ UNAIDS ประมาณ 6-7 คน ช่วยในเรื่องการออกแบบกระบวนการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยมี สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นแกนประสาน Proposal ที่ขอรับการสนับสนุนจาก UNAIDS มีการยกขานขอให้ปรับ เพื่อการรองรับการประชุมของคณะทำงานย่อย 2- 3 ครั้ง วงเงิน 3,000 บาทต่อคณะ

แผนระยะยาว สร้างการยอมรับควมมีการปฏิรูประบบบริหารโดยคณะอนุกรรมการติดตาม กำกับ และประเมินผล ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีเนื่องจากมีการปฏิรูประบบราชการคณะทำงานเป็นเครือข่ายการติดตาม และประเมินแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติ มีหน้าที่ต้องสร้างกลไกการติดตามผลอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ทำรายงานสรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามแนวทางการสร้างตัวชี้วัดของ UNAIDS คือ สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report Format Reporting period: January-December 2002) ผลการดำเนินงานที่ระบุตามสรุปผลการรายงานงวดที่ 1/2003 โดยสรุป⁴³ ตามตัวชี้วัดคือ

1) ตัวชี้วัดความตั้งใจและกิจกรรมระดับชาติ

เรื่องนโยบายและการสนับสนุนของรัฐบาล ปีงบประมาณ 2545 รัฐบาลมีงบประมาณด้านเอดส์จำนวน 37.75 ล้านบาท โดยแบ่งออกเป็น การดูแล STD จำนวน 1.38 ล้านบาท เหยื่อสหรัฐ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2.20 ล้านบาท เหยื่อสหรัฐ การดูแลรักษา

⁴³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 9-10.

จำนวน 29.19 ล้านเหรียญสหรัฐ การลดผลกระทบ จำนวน 3.59 ล้านเหรียญสหรัฐ และการวิจัยและพัฒนา จำนวน 1.42 ล้านเหรียญสหรัฐ โดยภาพรวมของประเทศไทยเน้นความสำคัญเรื่อง การป้องกันและการดูแลรักษามาก โครงการที่รัฐบาลดำเนินการเป็นโครงการด้านการดูแลรักษา เป็นส่วนใหญ่

เรื่องดัชนีนโยบายแห่งชาติ พิจารณาจาก กลยุทธ์การวางแผน การป้องกัน สิทธิมนุษยชนและการดูแลและช่วยเหลือ

ก) กลยุทธ์การวางแผน มีการทำงานแบบการมีส่วนร่วมและบูรณาการในหน่วยต่าง ๆ และมีคณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์แห่งชาติเป็นแกนประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย มีการผสมผสานประเด็นปัญหาเอตส์และผลกระทบในภาคประชาชน ประชาคม มีการทำกิจกรรมในกลุ่มทหารอย่างต่อเนื่อง

ข) การป้องกัน มีการทำโครงการในพื้นที่ชายแดนประเทศไทยมีคณะกรรมการชายแดน และโครงการเอตส์ชายแดนในบางแห่ง มีนโยบายสนับสนุนการป้องกันตนเองโดยส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และมีการใช้เทคโนโลยีผ่านทางเว็บไซต์ มีกลยุทธ์การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก มีนโยบายการให้ข้อมูลเน้นทักษะชีวิต โดยการฝึกอบรมครูในโรงเรียน แล้วไปจัดกิจกรรม แต่ยังไม่สามารถรายงานเป็นข้อมูลพื้นฐานได้ มีการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยโรงเรียน NGOs และบุคลากรสาธารณสุข

ค) สิทธิมนุษยชน ตามรายงานระบุว่า ประเทศไทยยังไม่มีความคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอตส์โดยเฉพาะ แต่มีคณะกรรมการดูแล ไม่มีกฎหมายลงโทษการกีดกันทางสังคม แต่มีการประชาสัมพันธ์สร้างเจตคติและค่านิยมให้เกิดความรักความเข้าใจ มีการส่งเสริมความเท่าเทียมกัน เช่น มีนโยบาย 30 บาท เพื่อการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและกระจายในชุมชน มีคณะกรรมการจริยธรรมในการทบทวนตรวจสอบและการวิจัยภาพรวมและวิจัยเฉพาะการดูแลและช่วยเหลือ มีบริการให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และเด็กกำพร้า โดยเริ่มทำร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ง) การดูแลและช่วยเหลือ มีบริการให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เด็กกำพร้า โดยเริ่มทำร่วมกันกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2) ตัวชี้วัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากผลการดำเนินงานของโครงการระดับชาติ

ตามรายงานระบุว่า การรายงานในเรื่องนี้มีความยากเพราะข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็น Project Base ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนกลางแต่ละโครงการจะมีวิธีการวัด และมุมมองที่แตกต่างกัน

ด้านการป้องกัน

- โครงการในโรงเรียน มีครูที่ผ่านการอบรมแล้วมีการนำไปถ่ายทอด โดยใช้กระบวนการทักษะชีวิต และผลที่ได้ยังไม่ชัดเจน

- โครงการในโรงงาน เป็นการคำนึงถึงผลกระทบหากกลุ่มวัยทำงานติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีข้อมูลจากการทำโครงการและการวิจัย
- โครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 77.1

ด้านการรักษาเพื่อการศึกษาความถูกต้องในกระบวนการรักษา

- โครงการรักษา STI ร้อยละ 85 ที่ได้รับการรักษาถูกต้องครบถ้วน
- โครงการรักษา HIV/AIDS ร้อยละ 46 ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามชนิดพร้อมกัน

ด้านพฤติกรรม

- โดยเน้นกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อที่เหมาะสม พบว่า ร้อยละ 75 (โครงการวิจัย) ซึ่งประเทศไทยก้าวหน้าไปมากกว่าปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ สอบถามจึงมีความยากในการหาข้อมูลรองรับ จึงรวบรวมข้อมูลจากโครงการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนมัธยมร้อยละ 25 ทหารเกณฑ์ร้อยละ 30 และคนงานร้อยละ 20-38.6

การบรรเทาผลกระทบ

สัดส่วนการเข้าเรียนของเด็กปกติเทียบกับเด็กกำพร้า ในส่วนนี้ไม่ปรากฏข้อมูล

นอกจากนี้ ยังรายงานถึงตัวชี้วัดของผลกระทบของโครงการระดับชาติ ซึ่งวัดความสำเร็จของโครงการระดับชาติในการลดสัดส่วนการติดเชื้อ การลดอัตราการติดเชื้อในวัย 15-24 ปี มีเพียงข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 19 ปี ร้อยละ 0.6 กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 1.39 การลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ร้อยละ 58 ซึ่งสามารถดำเนินการได้มากกว่าเกณฑ์ที่ ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ กำหนดไว้ร้อยละ 25

จากที่กล่าวมาเป็นภาพรวมของการดำเนินงานของรัฐบาลไทยและการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่ผ่านมาไปยังสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นรูปของคณะกรรมการภายใต้การประสานงานของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สรุปไว้ว่าจุดเน้นของการทำงานของประเทศไทยนั้น ไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์⁴⁴ ที่เน้นให้บูรณาการการแก้ปัญหาเอดส์ไว้

⁴⁴ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, "การพัฒนารูปแบบการติดตาม กำกับ และประเมินผล โครงการเอดส์แห่งชาติ:

รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS ของประเทศไทย," ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 ของกรม ยับรังษี, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 83.

อย่างครบคลุม ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าในตัวชีวิตความตั้งใจและกิจกรรมระดับชาติ ประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นประเด็นสำคัญหนึ่ง ที่ต้องการให้รัฐตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนในการแก้ปัญหาเอ็ดส์ ซึ่งเรื่องสิทธิมนุษยชนนี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญหนึ่งที่ได้ระบุไว้ในปฏิญญาฯ และกำหนดถึงพันธะที่รัฐควรจะทำในภายใน พ.ศ. 2548 ไว้ โดยผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในประเด็นสิทธิมนุษยชนในหัวข้อต่อไป

4.5 การดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548

การดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน จากรายงานสรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของคณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ได้สรุปรายงานการดำเนินงานของรัฐบาลไทยประจำปี พ.ศ. 2546 รอบแรก เรื่องดัชนีนโยบายแห่งชาติได้สรุปการดำเนินงานประเด็นสิทธิมนุษยชนไว้สั้นดังนี้ว่า

“ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะ แต่มีคณะกรรมการดูแล ไม่มีกฎหมายลงโทษการกีดกันทางสังคม แต่มีการประชาสัมพันธ์สร้างเจตคติและค่านิยมให้เกิดความรักความเข้าใจ มีการส่งเสริมความเท่าเทียมกัน เช่น มีนโยบาย 30 บาท เพื่อการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและกระจายในชุมชน มีคณะกรรมการจริยธรรมในการทบทวนตรวจสอบและการวิจัยภาพรวมและวิจัยเฉพาะการดูแลและช่วยเหลือ มีบริการให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และเด็กกำพร้า โดยเริ่มทำร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์”⁴⁵

ทั้งนี้ ก่อนที่รัฐบาลไทยจะร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ รัฐบาลได้ดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเอดส์อยู่บ้างแล้ว เป็นลักษณะของแนวนโยบาย แผน

⁴⁵ คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS, “สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS,” 2547, หน้า 10. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ป้องกันควบคุม หรือพยายามนำกฎหมาย ระเบียบที่มีอยู่แล้วมาปรับใช้ เนื่องจากสิทธิที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์มีสภาพเป็นสิทธิธรรมชาติ ยังไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองหรือคุ้มครองไว้โดยเฉพาะ⁴⁶ เช่น แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539 กำหนดแนวทางและมาตรการในการคุ้มครองสิทธิประชาชนทั่วไป โดยห้ามตรวจเอดส์หรือใช้ผลการตรวจเอดส์เพื่อจำกัดสิทธิในการรับเข้าศึกษาหรือทำงาน รวมทั้งการจำกัดสิทธิในระหว่างการศึกษาหรือทำงาน ห้ามบังคับตรวจเอดส์ไม่ว่ากรณีใดๆ การรักษาความลับของผลการตรวจเอดส์ ให้กระทำโดยตรวจแบบนิรนามหรือให้ผลการตรวจเป็นความลับ กรณีถ้าพบบุคลากรเป็นเอดส์ให้พิจารณามอบหมายงานใหม่ที่ลดการเสี่ยงลง⁴⁷ การให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โดย ห้ามออกกฎหมายหรือระเบียบที่ลิดรอนสิทธิผู้ติดเชื้อเอดส์ ดำเนินการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย ระเบียบข้อบังคับที่กระทบหรือละเมิดสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ห้ามปฏิเสธผู้ติดเชื้อ ห้ามจำกัดสิทธิในการได้รับผลประโยชน์ในการประกันชีวิตบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสิทธิ เป็นต้น ซึ่งแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ได้กำหนดแนวทางมาตรการในการคุ้มครองสิทธิเช่นกัน ทั้งนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ระบุไว้ถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง อีกทั้งได้กำหนดสิทธิเสรีภาพของประชาชนชาวไทยทุกคน ไว้ในหมวด 1 และหมวด 3 ซึ่งถือได้ว่าเป็นหลักประกันสิทธิเสรีภาพของชาวไทยทุกคนรวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รัฐหรือเอกชนไม่สามารถออกกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับใดๆ ที่ขัดกับกฎหมายรัฐธรรมนูญไม่ได้

อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในประเด็นสิทธิมนุษยชนระหว่างพ.ศ. 2544-2548 โดยจะพิจารณาโครงการของรัฐบาลไทยที่มีการดำเนินงานสอดคล้องกับปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์เรื่องโรคเอดส์กับสิทธิมนุษยชนและกรอบความคิดหลักการยึดสิทธิเป็นพื้นฐาน คือ การเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ โครงการต่างๆ ของรัฐบาลไทยที่เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 ที่มีพื้นฐานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหลักการการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน มีดังนี้

4.5.1 การเคารพสิทธิ ผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานของประเทศไทยที่สอดคล้องการเคารพสิทธิ ภายใต้กรอบปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชนและแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน คือ การดำเนินงานของโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (National Access to Antiretroviral Program for PHA: NAPHA)

จากที่ได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 2 ว่า การเคารพสิทธิ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ละเมิดสิทธิและจะต้องคำนึงสิทธิของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าคน

⁴⁶ สำนักงานคุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.), คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ (กรุงเทพฯ: สำนักงานอัยการสูงสุด, มปป.), หน้า 55.

⁴⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 55-56.

เหล่านั้นจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์หรือไม่ก็ตาม ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์นั้น การเคารพสิทธิอาจหมายถึงการออกนโยบาย การสร้างกิจกรรม หรือการวางมาตรการการดำเนินงานที่จะต้องเคารพและตระหนักถึงเรื่องสิทธิของทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียม เช่น การมีนโยบายให้การรักษาทางการแพทย์ที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกันครอบคลุมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งโครงการ NAPHA เป็นความพยายามของรัฐที่แสดงให้เห็นถึงการเคารพสิทธิของประชาชนเบื้องต้น ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขของรัฐบาลอย่างเท่าเทียมไม่ว่าจะหญิงหรือชาย การดำเนินงานโครงการ NAPHA กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการผลิตยาต้านไวรัสโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผลทำให้ราคาถูกลง

จนกระทั่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งประสบผลสำเร็จบรรลุเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ 50,000 ราย โดย ณ สิ้นเดือนกันยายน 2547 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสะสมจำนวน 50,752 ราย และผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ ณ เดือนกันยายน 2547 จำนวน 44,089 ราย ในปี พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2547 และเนื่องจาก ในปี พ.ศ. 2547 ได้รับเงินจากกองทุนโลกและเงินงบประมาณ จึงสามารถที่จะให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อได้ประมาณ 50,000 คน อย่างไรก็ตาม มาตรการที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อทุกคนที่ควรได้รับยาต้านไวรัสสามารถได้รับยาต้านไวรัสทุกคนนั้น อยู่ในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน หลังจากนั้นจะสามารถผลักดันให้ยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) และระบบหลักประกันสังคม⁴⁸

ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสสะสมจำนวน 73,507 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 จำนวน 59,936 ราย นอกจากนี้ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 เพียงเดือนเดียว มีผู้ป่วยรายใหม่ ที่เริ่มต้นรับยาต้านไวรัสเอดส์รวมจำนวน 3,049 ราย แสดงให้เห็นว่ามีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้มากขึ้นและยังมีความต้องการบริการยาต้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเดือน อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการยาต้านไวรัสในโครงการยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสที่มีอยู่จริง

⁴⁸ ทองกร ยัณรังษี และคณะบรรณาธิการ, สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546), หน้า 374.

อีกทั้ง การที่รัฐบาลยังไม่นำโครงการนี้เข้าสู่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น การไม่เคารพสิทธิอย่างเท่าเทียม

ดังนั้น ทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงพยายามผลักดันให้โครงการนี้เข้าสู่โครงการ 30 บาท⁴⁹ และอีกเหตุผลหนึ่งมาจากการเรียกร้องของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ในเวลาต่อมา ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมการให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส เพื่อนำโครงการนี้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁵⁰ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเคารพสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม ร่วมกับสำนักโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค องค์การเภสัชกรรม และคณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่เป็นโรคเอดส์ โดยสำนักงานประกันสังคมได้ออกประกาศคณะกรรมการ การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งคณะรัฐมนตรีรับทราบแล้ว

โครงการนี้ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2547 ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่เป็นโรคเอดส์ทุกคน จะได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และได้รับการดูแลปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ ถือเป็นของขวัญที่กระทรวงแรงงานมอบให้ผู้ประกันตน เนื่องในวโรกาสสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถเฉลิมพระชนมพรรษา ครบ 6 รอบ รวมทั้งเป็นการประกาศให้ทั่วโลกรับทราบถึงความคืบหน้าในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย

จากการประมาณการค่าใช้จ่ายในปี 2547 คาดว่าจะมีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่เป็นโรคเอดส์เข้ารับยาต้านไวรัสเอดส์ประมาณ 13,000 คน รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นเงินประมาณ 407,290,000 บาท โดยแบ่งออกเป็น ค่ายาต้านไวรัสเอดส์ทั้ง ค่ายาสูตรพื้นฐาน กรณีแพ้ยา และกรณีดื้อยา ประมาณ 365,040,000 บาท และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประมาณ 42,250,000 บาท เฉลี่ยแล้วสำนักงานประกันสังคมจะต้องจ่ายค่ายาต้านไวรัสเอดส์และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการให้กับผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่เป็นโรคเอดส์ ประมาณคนละ 31,330 บาทต่อคนต่อปี

การดำเนินงานดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นเรื่องของ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ แต่ก็แสดงถึงการตระหนักถึงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่ควรจะต้องได้รับสิทธิของการรับบริการทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม

⁴⁹ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ยาต้านไวรัสเอดส์: โครงการ ARV เข้าสู่โครงการ 30 บาท [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org/arv30.html> [2549, สิงหาคม 3]

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน.

นอกจากนี้ การเคารพสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์นั้น ทางแพทยสภาได้จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับโรคเอดส์ เนื่องจากพบปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมและความเหมาะสมในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในทางเวชปฏิบัติ จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแพทยสภาขึ้น ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้จากหลายสถาบันรวมทั้งนักกฎหมายเพื่อร่างแนวทางปฏิบัติของแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและใช้อ้างอิงหากมีกรณีพิพาทเกิดขึ้น แนวทางฉบับนี้ได้รับการแก้ไขและพิจารณาอีกชั้นหนึ่งโดยคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2545 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2545 มีมติเห็นชอบยอมรับแนวทางปฏิบัตินี้⁵¹ ซึ่งมีหลักการให้แพทย์เคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และบุคคลทั่วไป เช่น แพทย์ต้องไม่ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยด้วยสาเหตุเพราะว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ หรือกรณีที่ต้องการตรวจการติดเชื้อเอดส์ในบุคคลทั่วไปนั้น แพทย์ต้องให้คำปรึกษาแนะนำก่อนตรวจ ขอความยินยอมจากผู้รับการตรวจเป็นลายลักษณ์อักษร การแจ้งผลการตรวจต้องแจ้งเป็นส่วนตัวและต้องระวังรักษาความลับของผู้ตรวจอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

4.5.2 การปกป้องสิทธิ จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 แล้วว่าการปกป้องสิทธิ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินการปกป้องและคุ้มครองสิทธิเมื่อเกิดการละเมิดสิทธิของประชาชนหรือเพื่อปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิ ในบริบทของเอชไอวี/โรคเอดส์ การปกป้องสิทธิ คือ การปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิในการทำงาน หรือปกป้องไม่ให้ถูกไล่ออกจากงานโดยปราศจากความเป็นธรรม ดังนั้น รัฐจะต้องมีมาตรการในการปกป้องคุ้มครองสิทธิของทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานที่ทำงานไม่ให้มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ หรือปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงสามารถทำงานได้ไม่ให้ถูกไล่ออกจากงานนอกจากนี้แล้ว ยังหมายรวมถึงสิทธิของการปกป้องไม่ให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกขัดขวางการได้รับการศึกษา ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่ามีโครงการที่รัฐบาลดำเนินงานภายใต้พื้นฐานของการเคารพสิทธิ ดังนี้

4.5.2.1 โครงการมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO THAILAND) ดำเนินงานโดยกระทรวงแรงงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญเรื่องการแก้ปัญหาเอดส์ในสถานประกอบกิจการ โดยเฉพาะการให้ความคุ้มครองสิทธิแก่แรงงานในส่วนของการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชนนั้น กระทรวงแรงงาน จัดโครงการมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO THAILAND) ซึ่งกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ประสานความร่วมมือกับ กรมควบคุม

⁵¹ สำนักงานคุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.), คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ (กรุงเทพฯ: สำนักงานอัยการสูงสุด, มปป.), หน้า 75-80.

โรค องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA)* กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย (GFATM) ดำเนินโครงการกำหนดมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ หรือที่เรียกว่ามาตรฐาน ASO Thailand (AIDS-response Standard Organization) โครงการ ASO Thailand เป็นการประเมินมาตรฐานจากแนวร่วมภาคธุรกิจต้านภัยเอดส์ และลงนามรับรองมาตรฐานร่วมกันระหว่างอธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและ อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

มาตรฐาน ASO Thailand นี้ เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้สถานประกอบการมีการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์ของเอดส์ในสถานที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐานนี้ ส่งเสริมนโยบายด้านเอดส์ของสถานที่ทำงานต่างๆ ได้แก่

1. ส่งเสริมให้มีนโยบายไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. ส่งเสริมให้มีการประกาศนโยบายเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ
3. ส่งเสริมให้มีมาตรการการรักษาความลับเรื่องเอดส์ของพนักงาน
4. ส่งเสริมให้มีมาตรการช่วยเหลือพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี
5. ส่งเสริมให้มีการให้การศึกษารื่องเอดส์ในสถานประกอบการ
6. ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคม ในการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์

ที่มาของมาตรฐาน ASO Thailand เกิดขึ้น เมื่อปี พ.ศ. 2543 กล่าวคือ TBCA ได้พัฒนามาตรฐาน ASO ขึ้นโดยความร่วมมือและสนับสนุนจาก The Population Council AUSAIDS บริษัท AIA ประเทศไทย กรมควบคุมโรค และ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงนโยบายสำหรับการแก้ปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการในประเทศไทย จากนั้น ในปี พ.ศ. 2545 ได้เกิดโครงการนำร่องที่จังหวัดระยอง โดยความร่วมมือระหว่าง องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) กรมสวัสดิการสังคม กระทรวงแรงงาน กรมควบคุมโรค ศูนย์คุ้มครองสิทธิต้านเอดส์ และ TBCA เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการโดยใช้กลยุทธ์การทำงาน 3 ประการ⁵² คือ

1. การทำงานเชิงนโยบายด้วยมาตรฐาน ASO
2. การสร้างเครือข่าย และ
3. การสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์

* สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านเอดส์ (Thailand Business Coalition AIDS TBCA) เป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ทำงานร่วมกับภาครัฐในการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อขยายเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันปัญหาเอดส์ เพื่อสนับสนุนนโยบายไม่แบ่งแยก กีดกัน หรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับในสถานประกอบการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์อย่างถูกต้อง

⁵² เอเอสไอ ไทยแลนด์, ความเป็นมาของโครงการ [Online]. (2549), แหล่งที่มา: <http://www.asothailand.com/> [2550, กรกฎาคม 9].

มาดำเนินการแบบผสมผสานกันด้วยระบบการทำงานแบบไตรภาคีที่สนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่าง ภาครัฐ ภาคธุรกิจ และ NGOs และต่อมา รูปแบบการทำงานที่ประสบความสำเร็จที่จังหวัดระยองนี้ ได้รับการสนับสนุนให้ขยายผลให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยการสนับสนุน จากกองทุนโลกเป็นเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2551

ทั้งนี้ วัตถุประสงค์ของโครงการ ASO Thailand คือ

- ก) เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องเอตส์ลดพฤติกรรมเสี่ยงของพนักงาน และลดความรู้สึกลัวหรือรังเกียจเพื่อนพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี
- ข) เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- ค) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้สถานประกอบกิจการ มีนโยบายและโปรแกรมเอตส์ในสถานประกอบกิจการของตนเอง ในอันที่จะลดปัญหาการแพร่ระบาดและการเลือกปฏิบัติต่อพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะการดำเนินงานของโครงการนี้ จะมีการประเมินสถานประกอบกิจการต่างๆ เพื่อประเมินผลสำหรับออกใบรับรองมาตรฐานให้สถานประกอบกิจการต่างๆ โดยแบ่งการพิจารณาออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

การประเมินขั้นที่ 1 เป็นการประเมินนโยบายของสถานประกอบกิจการ 4 ประการ คือ สถานประกอบกิจการนั้น ต้องมีนโยบายไม่บังคับให้ผู้สมัครงานตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ประการที่สอง สถานประกอบกิจการนั้น ต้องมีนโยบายไม่บังคับให้พนักงานตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ประการที่สาม สถานประกอบกิจการนั้น ต้องมีนโยบายไม่เลิกจ้างเพราะเหตุที่ติดเชื้อเอชไอวี ประการที่สี่ สถานประกอบกิจการนั้น ต้องมีนโยบายให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอตส์แก่พนักงาน

การประเมินขั้นที่ 2 เป็นการประเมินการบริหารจัดการภายในสถานประกอบกิจการ ซึ่งมีการให้คะแนน ในขั้นตอนนี้ 100 คะแนน หลักเกณฑ์การให้คะแนนการดำเนินการบริหารจัดการเรื่องเอตส์ตามมาตรฐาน ASO นี้ประกอบด้วย

1. มีการประกาศนโยบายเอตส์ให้พนักงานทราบ 10 คะแนน
2. มีระบบการรักษาความลับเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงาน 20 คะแนน
3. มีแนวปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี 20 คะแนน
4. มีการจัดการอบรมเรื่องเอตส์ให้แก่ผู้บริหารและพนักงาน 25 คะแนน
5. มีกิจกรรมเรื่องเอตส์ที่นอกเหนือจากการอบรม 20 คะแนน
6. มีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคมในการป้องกันแก้ปัญหาเอตส์ 5 คะแนน

หากพิจารณาการประเมินทั้งสองขั้นตอนที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้ว สถานประกอบการ กิจการแห่งใดมีนโยบายด้านเอดส์ขั้นพื้นฐานครบทั้ง 4 ประการ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และ ได้คะแนนในการบริหารจัดการเรื่องเอดส์มากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป สถานประกอบการนั้นจะ ได้รับรองมาตรฐาน ระดับทอง (ASO Gold) หากสถานประกอบการใดมีนโยบายเอดส์ขั้น พื้นฐาน ครบ 4 ประการ แต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร และคะแนนในการบริหารจัดการอย่างน้อย 25-60 คะแนน สถานประกอบการนั้นจะได้ใบรับรองมาตรฐานระดับเงิน (ASO Silver)

จะเห็นได้ว่านโยบายด้านเอดส์ของสถานประกอบการตามเกณฑ์มาตรฐาน ASO นี้ เป็นความพยายามที่จะปกป้องสิทธิของลูกจ้างภายในสถานประกอบการ กล่าวคือ จะ ช่วยให้ลูกจ้างที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่รู้สึกว่าการตนเองแตกต่างจากพนักงานคนอื่นๆ และเป็นกำลังใจให้ พนักงานที่ติดเชื้อทุ่มเทแรงกายแรงใจทำงานเพื่อตอบแทนองค์กรอย่างเต็มความสามารถ ขณะเดียวกันพนักงานอื่นๆ ก็จะมีความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อและสามารถทำงาน ร่วมกับพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างปกติสุข และจากข้อมูลที่มาของโครงการนี้ กระทรวง แรงงานได้พัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน ASO นี้ขึ้นตามกรอบของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และบทบัญญัติของกฎหมายแรงงานรวมทั้งกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งยัง สอดคล้องกับนโยบายเอดส์ชาติและแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ของกระทรวงแรงงานและองค์กร แรงงานระหว่างประเทศซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

ทั้งนี้ นอกเหนือไปจากมาตรฐาน ASO แล้ว ทางกรมสวัสดิการและคุ้มครอง แรงงาน ยังได้ดำเนินการรณรงค์แก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับ สิทธิของแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย โดยได้สร้างความเข้าใจกับผู้บริหารของสถาน ประกอบการเพื่อให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ มีการจัดทำหนังสือคู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและการแก้ไขสถานการณ์เอดส์ใน สถานประกอบการ เพื่อเป็นการเสนอแนวทางของกรอบโครงสร้างของนโยบายเอดส์ในสถาน ประกอบการ ให้ตระหนักถึงเรื่องของสิทธิมนุษยชน และช่วยเหลือดูแลพนักงานที่ติดเชื้อเอช ไอวีในสถานประกอบการในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน เช่น ปัญหาการรังเกียจ แรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี การบังคับตรวจเลือด การกีดกันพนักงานที่ติดเชื้อ หรือการไล่ออกจาก งาน ซึ่งถือเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน การให้ความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนสร้างแนวคิดกับเจ้าของกิจการในการรับลูกจ้างที่เป็นผู้ติดเชื้อเข้าทำงานและไม่มี นโยบายกีดกันผู้ติดเชื้อในสถานประกอบการ การดำเนินงานนี้เป็นการสร้างความร่วมมือ ระหว่างกันของสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์เพื่อแก้ปัญหาเอดส์สภาองค์กร นายจ้างแห่งประเทศไทย องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ได้ร่วมมือกับนักกฎหมายอิสระ เครื่องข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และสำนักงานอัยการสูงสุดดำเนินการรวบรวมข้อ

กฎหมายเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาเอดส์ในสังคม⁵³ และยังได้ประชาสัมพันธุ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลทั่วไป และลูกจ้างผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ทราบข้อกฎหมายในการปกป้องสิทธิของตน โดยสรุปข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ เป็นลักษณะของการนำกฎหมายที่มีอยู่มาเทียบเคียงใช้กับการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ เช่น การเทียบกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กับเรื่องเอดส์ ประมวลกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา

การเทียบกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กับเรื่องเอดส์ เป็นการกล่าวถึงการกระทำที่ขัดต่อกฎหมายรัฐธรรมนูญ ในส่วนของลูกจ้างแรงงาน การเลิกจ้าง การบังคับตรวจเลือดก่อนรับทำงาน ถือเป็นการละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 30 มาตรา 31 มาตรา 34

มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องการถือกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สถานภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานภาพของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้⁵⁴

ตามรายละเอียดข้อรัฐธรรมนูญมาตรานี้ อธิบายลักษณะความผิดกรณีโรคเอดส์ว่าการเลิกจ้างพนักงานเพราะเหตุที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ถือว่าเป็นการกระทำที่เข้าข่ายขัดต่อกฎหมาย⁵⁵ ผู้วิจัยเห็นว่ากฎหมายมาตรานี้ มีหลักการคุ้มครองสิทธิของประชาชนภายในรัฐเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะชายและหญิง ซึ่งครอบคลุมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

มาตรา 31 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย การจับกุมขัง ตรวจค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธินี้ จะกระทำมิได้ เว้นแต่อาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย⁵⁶

⁵³ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, คู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ, พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพฯ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, 2550), หน้า 16-18.

⁵⁴ ธีระพล อรุณะกสิกร, ผู้รวบรวม, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2548), หน้า 16.

⁵⁵ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, คู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ, หน้า 16.

⁵⁶ ธีระพล อรุณะกสิกร, ผู้รวบรวม, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, หน้า 17.

มาตรานี้ได้ระบุถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตและร่างกายของประชาชนไว้อย่างชัดเจน ลักษณะของการกระทำที่ขัดต่อมาตรานี้กรณีโรคเอดส์ เช่น หากสถานประกอบการใดๆ บังคับให้พนักงานหรือผู้สมัครงานต้องตรวจเอดส์ ก่อนรับเข้าทำงานนั้น เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรานี้⁵⁷

มาตรา 34 สิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัวย่อมได้รับความคุ้มครอง การกล่าวหรือไขว่ขว้า แพร่หลายซึ่งข้อความหรือภาพ ไม่ว่าด้วยวิธีใดไปยังสาธารณชน อันเป็นการละเมิดหรือกระทบถึงสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ หรือชื่อเสียงและความเป็นอยู่ส่วนตัวจะกระทำมิได้เว้นแต่กรณีที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน⁵⁸

ตัวอย่างการกระทำที่เข้าข่ายขัดกับมาตรา 34 นี้ คือ หากโรงพยาบาลใดแจ้งผลการตรวจเอดส์ให้บริษัททราบ หรือบริษัทใดแจ้งให้ผู้อื่นทราบว่าผู้ใดติดเชื้อโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้นั้นก่อน เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรานี้⁵⁹

การเทียบเคียงข้อกฎหมายในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กับเรื่องเอดส์ ถือเป็นความพยายามที่จะปกป้องและคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากหน่วยงานที่ดำเนินงานทางด้านสิทธิมนุษยชน จากมาตราที่กล่าวมานี้ เป็นการยกตัวอย่างข้อกฎหมายเพื่อใช้ปกป้องคุ้มครองสิทธิของแรงงานที่ติดเชื้อ และประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

นอกจากรัฐธรรมนูญแล้ว ยังมีประมวลกฎหมายอาญา สามารถนำมาเทียบเคียงใช้สำหรับปกป้องสิทธิให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ติดเชื้อ เช่น หมวด 2 ความผิดฐานเปิดเผยความลับ มาตรา 322 323 และ หมวด 3 ความผิดฐานหมิ่นประมาท มาตรา 326 327

มาตรา 322 ผู้ใดเปิดเผยของจดหมายหรือเอาจดหมายโทรเลข หรือเอกสารใดๆ ซึ่งปิดผนึกของผู้อื่นไป เพื่อล่วงรู้ข้อความก็ดี เพื่อนำข้อความออกเปิดเผยก็ดี ถ้าการกระทำนั้นน่าจะเกิดความเสียหายต่อผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

⁵⁷ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, คู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ, หน้า 16.

⁵⁸ ธีระพล อรุณะกสิกร, ผู้รวบรวม, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, หน้า 16.

⁵⁹ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, คู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ, หน้า 16.

การกระทำที่เป็นการละเมิดกฎหมายมาตรานี้ คือ บริษัทใดเปิดซองผลเลือดของพนักงานเพื่อล่วงรู้ผลการตรวจเลือดโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากพนักงานผู้นั้นก่อน เป็นการกระทำที่ละเมิดกฎหมายมาตรานี้

มาตรา 323 ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เกษัตริกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้นแล้ว เปิดเผยความลับนั้นเป็นประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ตัวอย่างการกระทำที่ขัดต่อประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323 คือ หากโรงพยาบาลใดแจ้งผลการตรวจเอ็ดส์ให้บริษัททราบ หรือบริษัทใดแจ้งให้ผู้อื่นทราบว่าผู้ใดติดเชื้อ โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้นั้นก่อน เข้าข่ายการกระทำผิดต่อกฎหมายมาตรานี้ นอกจากนี้ การกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาท ตามมาตรา 326 และ 327 เป็นอีกสองมาตราที่นำมาเทียบเคียงใช้ในกรณีโรคเอ็ดส์ได้

มาตรา 326 ผู้ใดใส่ความผู้อื่นต่อบุคคลที่สามโดยประการที่น่าจะทำให้ผู้อื่นนั้นต้องเสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่นหรือถูกเกลียดชัง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาท ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 327 ผู้ใดใส่ความผู้ตายต่อบุคคลที่สามและการใส่ความนั้นน่าจะเป็นเหตุให้บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ตายเสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่นหรือถูกเกลียดชัง ผู้นั้นกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาทต้องระวางโทษ ดังบัญญัติไว้ในมาตรา 326

จะเห็นได้ว่า กฎหมายอาญาที่นำมาเทียบเคียงเพื่อใช้ในการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อนั้น เป็นเพียงกลไกหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นบ่อยในประเทศไทย นอกเหนือไปจากจะนำกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายอาญามาเทียบเคียงแล้ว ข้อบังคับแพทยสภากับเรื่องเอ็ดส์ยังเป็นอีกหนึ่งกลไกที่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อปกป้องสิทธิผู้ติดเชื้อ เช่น

หมวด 3 ข้อ 4 ที่กล่าวว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ ถ้าหากโรงพยาบาลใดตรวจเอดส์โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากคนไข้ เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อข้อบังคับแพทยสภา และหมวด 3 ข้อ 9 ที่กล่าวว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพเว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือหน้าที่ ถ้าหากโรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจเอดส์ให้บริษัททราบโดยไม่รับคำยินยอมจากผู้ตรวจ เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อข้อบังคับแพทยสภา และ หมวด 3 ข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ ถ้าหากโรงพยาบาลใดปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อข้อบังคับแพทยสภา

และนอกจากนี้ ทางกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน ยังได้รณรงค์ให้ความรู้แก่ลูกจ้างและแรงงานที่ติดเชื่อ ให้รับทราบถึงเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานของตนเอง (กล่องข้อความที่ 3) และสามารถนำไปปกป้องตนเองมิให้ถูกละเมิดสิทธิ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเลือด การได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเท่าเทียม ได้ให้ความรู้ในเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานของลูกจ้างที่เกี่ยวกับเอดส์ ลูกจ้างที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าเป็นการดำเนินงานที่ตรงกับหลักการเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานในเรื่องการปกป้องสิทธิ

(กล่องข้อความที่ 3) สิทธิพื้นฐานของลูกจ้าง มีดังนี้

- 1) สิทธิที่จะตัดสินใจเลือกที่จะตรวจหรือไม่ตรวจเอดส์โดยไม่ถูกกดดันหรือบีบบังคับ
- 2) สิทธิที่จะรักษาความลับผลการตรวจเลือดของตนเอง
- 3) สิทธิที่จะได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะบริจาคที่ปลอดภัยจากเอดส์
- 4) สิทธิที่จะได้รับการรักษาโรคฉวยโอกาส ได้รียาป้องกันโรคฉวยโอกาส รวมทั้งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อภูมิคุ้มกันมีจำนวนซีดี 4 น้อยกว่า 200 ทั้งนี้ตามแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข
- 5) สิทธิที่จะได้รับบริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเอดส์ทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการตรวจเอดส์มีความพร้อมในการตรวจเอดส์ และเพื่อให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหากตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- 6) สิทธิที่จะได้ทำงานต่อไปจนกว่าจะทำงานไม่ได้แม้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวี
- 7) สิทธิที่จะได้รับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ลูกจ้างที่ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิได้รับการดูแลรักษาจากกองทุนประกันสังคมเหมือนกับลูกจ้างที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ลูกจ้างที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากเอดส์ มีสิทธิได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต
- 8) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากเอดส์
- 9) สิทธิที่จะได้รับและเข้าถึงเครื่องมือหรืออุปกรณ์การป้องกันเอดส์ เช่น ถุงยางอนามัย
- 10) สิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคเท่าเทียมไม่ถูกเลือกปฏิบัติเมื่อติดเชื้อเอชไอวี

ที่มา: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, "สิทธิของลูกจ้างที่เกี่ยวกับโรคเอดส์," (แผ่นพับ)

อย่างไรก็ดี เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิแก่แรงงานได้อย่างเป็นรูปธรรม ทางกระทรวงแรงงานจึงได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ⁶⁰ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน (ฯพณฯ อุไรวรรณ เทียนทอง) ได้ลงนาม เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2548 เพื่อให้สถานประกอบกิจการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและจัดการด้านเอดส์ด้วยความสมัครใจ โดยบัญญัติสาระสำคัญไว้ว่า สถานประกอบกิจการต่างๆ มักประสบปัญหาเอดส์ 3 ประการ คือ ลูกจ้างมีพฤติกรรมเสี่ยง ลูกจ้างซึ่งติดเชื้อเอชไอวีถูกรังเกียจและลูกจ้างซึ่งติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับความช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม⁶¹ ประกาศแรงงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นตามกรอบของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บทบัญญัติของกฎหมายแรงงาน และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ประมวลกฎหมายอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทั้งยังเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับนโยบายว่าด้วยการตรวจเอดส์ของคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติเรื่องเอดส์ขององค์กรแรงงานระหว่างประเทศ และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์⁶²

4.5.2.2 โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ สำนักงานอัยการสูงสุด
โครงการนี้ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นอีกโครงการที่ทางรัฐดำเนินการเพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่ตรงกับหลักการการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ เป็นโครงการหนึ่งในแผนคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด (พ.ศ. 2545 – 2549)⁶³ ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแผนคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด (พ.ศ. 2545 – 2549) ตามที่สำนักงานอัยการสูงสุดเสนอ โดยให้สำนักงานอัยการสูงสุดรับความเห็นของกระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานงบประมาณไปพิจารณาดำเนินการ สำหรับงบประมาณดำเนินการให้เป็นไปตามความเห็นของสำนักงานงบประมาณ

สำนักงานอัยการสูงสุดมีหน้าที่ตามกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ และผลประโยชน์ของประชาชน รวมทั้งให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน ตระหนักถึงปัญหาการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงจัดทำโครงการคุ้มครองสิทธิ

⁶⁰ อ่านประกาศฉบับเต็ม ภาคผนวก ง, หน้า 265.

⁶¹ สุรัชย์ พนาภิขสุวรรณ, เอดส์ล้นๆ สารานุกรมสำหรับพนักงานและผู้บริหารในสถานประกอบกิจการ พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพฯ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, 2550) หน้า 81.

⁶² สุรัชย์ พนาภิขสุวรรณ, เอดส์ล้นๆ สารานุกรมสำหรับพนักงานและผู้บริหารในสถานประกอบกิจการ พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพฯ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, 2550), หน้า 84.

⁶³ รายงานการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 25 กันยายน 2544 “สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน เรื่อง แผนคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด (พ.ศ.2545-2549) [Online]. (2544), แหล่งที่มา: <http://www.thaigov.go.th/webold/news/cab/44/cB25SEP44.DOC> [2550, สิงหาคม 28].

ประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ขึ้น โดยสอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และได้จัดให้มีการฝึกอบรมหลักสูตร วิทยาการตามโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ขึ้น เพื่อพัฒนาบุคลากรของ สำนักงานอัยการสูงสุดให้มีความรู้และมีทักษะในเรื่องเอดส์ การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ จิตวิทยา ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ให้นำความรู้ไปเผยแพร่แก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับทราบถึงสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายและได้รับความ ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อถูกละเมิดสิทธิ⁶⁴

โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ เกิดจากหลักการและเหตุผลที่ ทางสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ตระหนักถึงปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชนของประชาชนไทยควรจะได้รับ การปกป้อง เนื่องจาก คนในสังคมยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ไปติดเชื้อ โดยมีได้ตั้งใจหรือมีความรู้เรื่องการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อยู่เพียงเล็กน้อยก็ตั้งข้อรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อและบุคคลข้างเคียงถูกละเมิดสิทธิในด้านต่างๆ เช่น การบังคับตรวจเลือดผู้สมัครเข้าทำงานเพื่อหาเชื้อเอชไอวี เมื่อตรวจพบก็ไม่รับเข้าทำงาน การ บังคับตรวจเลือดพนักงาน เมื่อตรวจพบเชื้อเอชไอวีก็ถูกให้ออกจากงาน ตลอดจน ผลกระทบ จากการให้บริการสาธารณสุข การปฏิเสธการรักษา การเปิดเผยความลับ (เช่น ให้ผลตรวจ เลือดกับบริษัทประกันภัย) การให้บริการด้วยความรู้สึกรังเกียจเหยียดหยาม แอบตรวจเลือด ก่อนรักษา วัดไม่อนุญาตให้เข้าพิธีกรรม เช่น เเผศพ แต่งงาน บวช เพื่อนร่วมงานตั้งข้อ รังเกียจไม่ทำงานร่วมด้วย ผู้ติดเชื้อและบุคคลข้างเคียงถูกทอดทิ้งให้ออกจากบ้าน ไม่ให้เข้า บ้าน ไม่ขาย ไม่ให้เดินผ่าน ไม่ให้มีส่วนร่วมในงานชุมชน ไม่ให้เรียน รวมไปถึง การชักจูง และกดดันให้ทำแท้งหรือทำหมัน การถูกทดลองวัคซีนเอดส์ โดยไม่ได้ให้ความยินยอมก่อน ปัญหาการละเมิดสิทธิเหล่านี้ เป็นปัญหาที่รัฐบาลจะต้องหาทางช่วยเหลือแก้ไขทั้งสิ้น ซึ่ง คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีมาตรการให้ความ ช่วยเหลือผู้ถูกละเมิดสิทธิ โดยกำหนดให้สำนักงานอัยการสูงสุด ซึ่งมีสำนักงานคุ้มครองสิทธิ และช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำหน้าที่ให้บริการให้ความ ช่วยเหลือแก่ผู้ถูกละเมิดสิทธิให้ได้รับความเป็นธรรมเท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคม⁶⁵

วัตถุประสงค์สำคัญของโครงการนี้ คือ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิประชาชน โดยทั่วไปในส่วนที่เกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่ได้รับความยินยอม และได้รับความ ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อถูกละเมิดสิทธิเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย

⁶⁴ สำนักงานอัยการสูงสุด เอกสารข่าวประชาสัมพันธ์, อส.ให้ความคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือประชาชนเกี่ยวกับ เอดส์ (ฉบับที่ 10 / 2549 22 กุมภาพันธ์ 2549), หน้า 1-2.

⁶⁵ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, "โครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์" หน้า 2. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

โรคเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ เช่น การศึกษา การทำงาน การรับบริการทางการแพทย์และสวัสดิการสังคมโดยเท่าเทียมกับบุคคลอื่นโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อถูกละเมิดสิทธิ

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีให้กับประชาชนและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องโดยเฉพาะด้านการคุ้มครองสิทธิและการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในสังคมเพื่อเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ โดยเฉพาะวิธีการป้องกันการติดเชื้อและการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมาย

ในส่วนของรายละเอียดการดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์นั้น ดำเนินการเป็น 2 ส่วน⁶⁶ คือ ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค

ในส่วนกลางนั้น ทางสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) ส่วนกลาง จะดำเนินการจัดทำโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมและคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตร วิทยาการตามโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยประสานกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ สคช.ส่วนกลาง ยังจะร่วมกับสถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายอัยการ จัดฝึกอบรมพนักงานอัยการ นิติกร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานอัยการสูงสุด ตามโครงการฝึกอบรมที่กำหนดปีละ 1 รุ่น จำนวน 100 คน ตลอดจนจัดพิมพ์หนังสือรวมกฎหมายที่เกี่ยวกับเอดส์และสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ หนังสือคู่มือนี้ ให้รายละเอียดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อกล่าวถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ไว้ทั้งหมด 10 ด้าน คือ สิทธิความเป็นส่วนตัว สิทธิในคามมีอิสระและความปลอดภัย สิทธิในการย้ายถิ่นฐาน ความเป็นอิสระจากการปฏิบัติหรือการลงโทษอย่างไร้มนุษยธรรมและต่ำทรมาน สิทธิในการทำงาน สิทธิในการศึกษา สิทธิด้านสวัสดิการและการให้บริการทางสังคม สิทธิในการได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน สิทธิในการสมรสและการมีครอบครัว สิทธิการรับการรักษาและดูแล สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองของกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ⁶⁷

ในส่วนภูมิภาค สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนประจำจังหวัด (สคช.จังหวัด) ทุกจังหวัดดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีเพื่อกำหนดหมู่บ้านเป้าหมาย ทั้งนี้ โดยประสานงานกับอำเภอ คัดเลือกหมู่บ้านในตำบลหรือสถานศึกษาที่มีปัญหาการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ไว้ในแผนปฏิบัติการ และประสานงานดำเนินการในพื้นที่กับสำนักงานจังหวัด นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารสถานศึกษา

⁶⁶ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, “โครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์” หน้า 3. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

⁶⁷ วีระพล จันทรดียิ่ง, สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เอกสารประกอบคำบรรยายหลักสูตรวิทยาการตามโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ สำนักงานอัยการสูงสุด อ้างถึงใน สำนักงานคุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.), คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ (กรุงเทพฯ: สำนักงานอัยการสูงสุด, มปป.), หน้า 31-42.

เพื่อจัดเตรียมผู้เข้ารับการเผยแพร่ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการเผยแพร่ตามกำหนดเวลา ในแผนฯ หรืออาจบูรณาการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวกับหน่วยงานอื่นๆ ในจังหวัด ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน พร้อมแจกเอกสารเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมาย จังหวัดละ 30 หมู่บ้าน อีกทั้งยังรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะแนว จังหวัดละ 5 เรื่อง

โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์นี้ มีพื้นดำเนินการทั่วประเทศ โดยเน้นการดำเนินงานในหมู่บ้านและตำบลที่มีปัญหาการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในแต่ละจังหวัด สถานศึกษาหน่วยงาน ทหารและโรงงานต่างๆ การติดตามประเมินผลของโครงการนั้น ให้รายงานการดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์เป็นรายงวด ทุก 3 เดือน ตามวงงบประมาณให้สำนักงานอัยการสูงสุดทราบ โดยผ่านสำนักงานอัยการเขต และให้สำนักงานอัยการเขตและสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน ทำการตรวจติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ครั้ง สำนักงานวิชาการ สำนักงานอัยการสูงสุดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำการประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ อธิบดีอัยการฝ่ายช่วยเหลือทางกฎหมายเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ อธิบดีอัยการเขต อัยการพิเศษฝ่ายคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายเขต อัยการจังหวัด อัยการจังหวัดประจำกรม สำนักงานคุ้มครองสิทธิจังหวัด และสคช.สาขา รับผิดชอบการดำเนินงานระดับจังหวัด

จะเห็นได้ว่าโครงการดังกล่าว เกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการปกป้องสิทธิและช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการละเมิดสิทธิอันเนื่องมาจากโรคเอดส์ ซึ่งสำนักงานอัยการสูงสุด โดยสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน ตระหนักถึงความสำคัญในการให้การคุ้มครองสิทธิประชาชนโดยทั่วไป ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเอดส์โดยไม่ได้รับความยินยอม และได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อถูกละเมิดสิทธิ การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ เช่น การศึกษา การทำงาน การรับบริการทางการแพทย์และสวัสดิการสังคม โดยเท่าเทียมกับบุคคลอื่น โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อถูกละเมิดสิทธิ รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีให้กับประชาชนและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการคุ้มครองสิทธิและการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในสังคม ตลอดจนเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ โดยเฉพาะวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอดส์และการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมาย

4.5.3 การดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ จากที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จหรือการดำเนินงานตอบสนองเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ คือ การที่รัฐจะต้องดำเนินงานเรื่องสิทธิให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมหรือดำเนินงานตอบสนองข้อ

เรียกร้องต่อสิทธิด้านใดๆ ให้สมบูรณ์ ตลอดจนตระหนักถึงเรื่องสิทธิให้มากขึ้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านสิทธิสมบูรณ์อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การออกกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งต้องบังคับใช้ได้จริงและมีบทลงโทษที่เป็นธรรม หรือการออกนโยบายตามการเรียกร้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องใดๆ ก็ตาม เพื่อตอบสนองให้เกิดการใช้สิทธิได้สมบูรณ์

การดำเนินงานที่ตรงกับหลักการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าความพยายามในการร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ถือว่าตรงกับหลักการดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ จากข้อมูลที่พบนั้น ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีที่มาจากความพยายามในการปรับปรุงกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นหนึ่งในการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาความยากจน

จากสรุปผลการประชุมคณะอนุกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาความยากจน ครั้งที่ 1/2548 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2548 ณ ห้องประชุมกระทรวงยุติธรรม คณะอนุกรรมการฯ รับทราบกฎหมายที่เสนอเข้ามาในแผนพัฒนากฎหมายทั้งหมด 6 ฉบับ ซึ่งกฎหมายหนึ่งในนั้น เป็นกฎหมายการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ต่อจากนั้น ในวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2548 ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ได้เสนอผลการดำเนินงานต่อที่ประชุมการซักซ้อมความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าการดำเนินงาน ณ ห้องประชุมคณะรัฐมนตรี สำนักเลขาธิการคณะรัฐบาล ทำเนียบรัฐบาล^{*} ว่าคณะอนุกรรมการฯ เห็นชอบการร่างกฎหมายตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาความยากจนแล้วทั้ง 6 ฉบับ และอยู่ระหว่างการขอความเห็นชอบในการจัดจ้างผู้วิจัยในการร่างกฎหมาย โดยคาดว่ากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะแล้วเสร็จประมาณเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 สำหรับการศึกษาวินิจฉัยและยกยกร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ทางสำนักนายกรัฐมนตรีสนับสนุนงบประมาณ 2 ล้านบาท ร่วมกับคณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ การศึกษาวินิจฉัยและยกยกร่างกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี เป็นประธานคณะและคณะผู้ศึกษาวินิจฉัยประกอบด้วย นายโสภณ ตะติไชติพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ นางกอร์ปกุลวิจิฉัยภาค แก้วทิพย์ สำนักอัยการสูงสุด รองศาสตราจารย์ ดร. สุวัจนรา เปี่ยมญาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รองศาสตราจารย์ สุรางค์ วศินารมณีน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นายอำนาจ เนตรสุภาสำนักอัยการสูงสุด นางสาวกรรณิรมย์ โกมลารชุน มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ นางสาวสุรชาติ พุทธโยธิน ผู้ช่วยผู้พิพากษาศาล

* อ่านรายละเอียดสรุปผลการประชุมคณะกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาความยากจนที่ภาคผนวก จ, หน้า 268.

** อ่านรายละเอียดสรุปผลการประชุมการประชุมการซักซ้อมความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการพัฒนากฎหมายและคณะเจรจาข้อตกลงฯ ทุกคณะ ภาคผนวก ฉ, หน้า 270.

ยุติธรรม นางไชนภา ไวทยกุล สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ นางสาวสุปรีชา ศิริเอี่ยม สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ⁶⁸

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 7 หมวด มีทั้งหมด 100 มาตรา คือ หมวดหนึ่งบททั่วไป หมวดสองการคุ้มครองผู้ติดเชื้อ หมวดสามการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ หมวดสี่ สถานพยาบาล หมวดห้าสถานสงเคราะห์พิเศษ หมวดหก กองทุนโรคเอดส์ หมวดเจ็ดบทลงโทษ อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยังไม่ผ่านสภา เนื่องจากรายละเอียดในหลายมาตรามีปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้ออย่างร้ายแรง

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของรัฐบาลตามปฎิญาญา ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน สอดคล้องกับหลักการในปฎิญาญา และมีความก้าวหน้าไปในระดับหนึ่ง กล่าวคือ รัฐดำเนินงานตามกรอบของปฎิญาญา ภายใต้หลักการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน โครงการที่มีจะมุ่งเน้นไปที่การปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เช่น โครงการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นการแสดงให้เห็นว่ารัฐเคารพถึงเรื่องสิทธิในเรื่องการได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียม การดำเนินโครงการ ASO Thailand ของกระทรวงแรงงาน และการออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือประชาชน ที่เป็นการปกป้องสิทธิ ส่วนการมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถือเป็นเรื่องของการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จนั้น ยังคงอยู่ในกระบวนการร่างกฎหมาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและปัจจัยความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในบทต่อไป

สรุปท้ายบท

ตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 รัฐบาลดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ประสบความสำเร็จจนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ทั้งนี้เป็นผลจากที่ภาคการเมืองให้ความสำคัญและกำหนดแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ และอีกส่วนหนึ่งเป็นผลจากการประสานความร่วมมือในระดับนานาชาติกับตัวแสดงต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศที่ได้สนับสนุนเงินงบประมาณ ความรู้ทางวิชาการ และมาตรการดำเนินงานให้แก่ประเทศไทย ปัจจุบันความร่วมมือในการแก้ปัญหาเอดส์ที่สำคัญคือ การที่รัฐบาลไทยได้ร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัย

⁶⁸ สุภัทรา นาคะผิว, “สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องเอดส์,” ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 11 4-6 กรกฎาคม 2550 [Online]. 2550. แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org> [2550, สิงหาคม 20].

* ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ร่างเสร็จในปี พ.ศ. 2550 อ่านร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ฉบับเต็มที่ ภาคผนวก ข, หน้า 277.

พิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2544 ด้วยเห็นถึงความสำคัญของปัญหาเอดส์ที่ถือเป็นภัยคุกคามใหม่ที่ต้องอาศัยความร่วมมือในระบบระหว่างประเทศต่อสู้กับปัญหานี้อย่างเข้มแข็ง

ภายใต้กรอบปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ รัฐบาลไทยจึงต้องดำเนินงานตามพันธกรณีที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และได้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานไปยังสมัชชาใหญ่สหประชาชาติครั้งแรก พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ ในการวิจัยเรื่องนี้มุ่งศึกษาเฉพาะการดำเนินงานตามพันธกรณีในประเด็นสิทธิมนุษยชนเท่านั้น ซึ่งการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในประเด็นนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 ผู้วิจัยพิจารณาตามหลักการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานพบว่ารัฐบาลไทยได้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และประชาชนทั่วไป ซึ่งการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมีความก้าวหน้าไปในระดับหนึ่ง กล่าวคือ การเคารพสิทธิรัฐบาลมีโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติ (NAPHA) ดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุข และข้อบังคับแพทยสภา พ.ศ. 2545 การปกป้องสิทธิ รัฐบาลมีโครงการ ASO Thailand และมีประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ดำเนินงานโดยกระทรวงแรงงาน และโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ดำเนินงานโดยสำนักงานอัยการสูงสุด และการดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ รัฐบาลได้อนุมัติให้มีการยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งยังอยู่ในขั้นตอนกระบวนการยกเว้นเท่านั้น ยังไม่ประกาศบังคับใช้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่องโรคเอดส์ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548

จากบทที่ 4 ผู้วิจัยได้กล่าวถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในด้านสิทธิมนุษยชนไปแล้ว สำหรับในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยจะสรุปภาพรวมของการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 และจะวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนของรัฐบาลไทยตามกรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน รวมไปถึงวิเคราะห์ถึงอุปสรรคของการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

5.1 สรุปภาพรวมการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548

การดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2444-2548 ที่ผู้วิจัยกล่าวถึงในบทที่ 4 ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานด้านนโยบายและโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ โครงการ ASO Thailand โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวกับเอดส์ การอนุมัติให้ยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ซึ่งการดำเนินงานที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งโครงการที่สอดคล้องตามปฏิญญาพันธกรณีว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์และไม่สอดคล้องดังนี้

5.1.1 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการเคารพสิทธิ ดังที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 ในเรื่องของการเคารพสิทธิ ตามเนื้อหาในปฏิญญาฯ มุ่งส่งเสริมให้มีการเคารพสิทธิของผู้หญิงและเด็ก เพื่อให้มีความเท่าเทียมกับเพศชาย และให้ผู้หญิงและเด็กสามารถปกป้องตนเอง โดยจะเห็นได้จากตามพันธกรณีในปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 59 มีสาระสำคัญต้องการให้รัฐบาลต้องพัฒนายุทธศาสตร์สิทธิของผู้หญิง เด็ก ให้เท่าเทียมกับชาย เพื่อสามารถรับผิดชอบตนเอง และมีอำนาจที่จะปกป้องตนเองไม่ให้ติดเชื้อ และย่อหน้าที่ 60 มีเนื้อหาแนวทางเดียวกันกับย่อหน้าที่ 59 คือ เน้นให้รัฐบาลมีมาตรการส่งเสริมสิทธิของผู้หญิงและเด็กสามารถปกป้องตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากเนื้อหาในปฏิญญาฯ ทั้งสองย่อหน้าที่กล่าวไปเบื้องต้นจะมีพันธะให้รัฐบาลมียุทธศาสตร์ระดับประเทศในการส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กให้มีความเสมอภาคทางเพศ และเพื่อให้มีสิทธิในการปกป้องตนเอง นอกจากนี้ หากพิจารณาจากคำถามที่เป็นการประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานรัฐบาลของแต่ละประเทศตามแนวทางการสร้างตัวชี้วัดของ

ทาง UNAIDS นั้น ได้มีแบบสอบถามเพื่อประเมินความก้าวหน้า ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของรัฐบาลได้อีกทางหนึ่งที่มีคำถามสอบถามมายังรัฐบาลว่า

-ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคระหว่างเพศชายและหญิงในการป้องกันและการดูแลหรือไม่

-ประเทศของท่านมีนโยบายความเสมอภาคในการเข้าถึงการป้องกันและดูแลกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงหรือไม่

จากเนื้อหาของปฏิญญาเบื้องต้น และคำถามเพื่อติดตามการดำเนินงานของแต่ละรัฐบาลของ UNAIDS จะเห็นว่าการดำเนินงานของรัฐบาลที่เกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ. 2544-2548 นั้น รัฐบาลยังไม่มี การดำเนินงานที่สอดคล้องกับปฏิญญา อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ดี มีโครงการที่รัฐบาลได้ดำเนินงานไว้ตั้งแต่ก่อนที่จะร่วมรับรองปฏิญญา ซึ่งโครงการดังกล่าวสอดคล้องกับปฏิญญา คือ โครงการรณรงค์อนามัย 100 เปอร์เซนต์ ผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานโครงการนี้ มีแนวทางที่จะส่งเสริมให้ทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้หญิง ผู้ชาย ผู้ใหญ่หรือเด็ก รู้จักวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และมีกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเน้นหนักไปที่กลุ่มผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงทำงานบริการ เพื่อใช้ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับสาระสำคัญของปฏิญญา นอกจากนี้ ผู้วิจัยพบว่าผลการดำเนินงานของรัฐบาลต่อเรื่องสตรีและเด็กนั้น มีเพียงแนวทางตามยุทธศาสตร์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติในการส่งเสริมให้ทุกฝ่ายยอมรับบทบาทสตรี และส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทในการร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาเรื่องต่างๆ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายที่เหมาะสม แต่ยังไม่มีการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ รวมไปถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเพศ เพศภาวะและเพศวิถี ได้แก่ ความเสมอภาคระหว่างชายมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย ส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของสตรีส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างรอบคอบก่อนมีเพศสัมพันธ์และก่อนมีบุตร¹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาพรวมของเอชไอวีจะมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าอัตราการติดเชื้อของผู้หญิงติดเชื้อจากสามีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดที่แปรเปลี่ยนไป ในขณะที่อัตราติดเชื้อในหญิงขายบริการทางเพศมีแนวโน้มลดลง² จึงแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลยังไม่มี การกำหนดนโยบายหรือโครงการที่จะส่งเสริมสิทธิของสตรีให้รู้จัก

¹ บุชบา ตันติศักดิ์, "การวิเคราะห์แปลงแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2548 ไปสู่โครงการกิจกรรม," ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในช่วงแผนเอชไอวี พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 8

² วิพุธ พูลเจริญ, "ข้อเท็จจริงปัญหาเอชไอวี ภาพปัจจุบันสู่สิ่งท้าทายในอนาคต," ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 13-15 กรกฎาคม 2548, ทองกร ยัณรังษี และคณะ, บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549), หน้า 85.

ต่อรองกับเพศที่เหนือกว่าในการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะกับผู้ที่เป็นสามีตนเองตามปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 59 และ 60

ทั้งนี้ จากรายงานผลทั้วราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 (Final Report: The Multiple Indicator Cluster Survey: MICS) จากความร่วมมือขององค์การยูนิเซฟประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ได้ชี้ให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กและสตรี ภายในประเทศไทยนั้นมีสถิติเป็นที่น่าพอใจ กล่าวคือ ร้อยละ 98.3 ของสตรีอายุ 15-49 ปี ในประเทศไทยเคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์ ร้อยละ 49 ของสตรีอายุระหว่าง 15-49 ปี ทราบวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อ การใช้ถุงยางอนามัย และการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.5 ของสตรี ทราบว่า การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อและข้อสัต์ย่เพียงคนเดียวเท่านั้น และร้อยละ 60.3 ทราบว่า ไม่มีเพศสัมพันธ์กับใครเลยจะไม่ติดเชื้อเอชไอวี³ โดยร้อยละ 94.7 ของสตรีทราบวิธีการป้องกันเอดส์อย่างน้อย 1 วิธี และพบว่าภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) ภาคใต้ทราบวิธีการป้องกันเอดส์ต่ำกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 42.7 และ ร้อยละ 46.2 ตามลำดับ⁴ สตรีร้อยละ 46.6 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าภาคอื่นๆ ร้อยละ 50.2 และร้อยละ 48.3 ตามลำดับ โดยสตรีที่มีอยู่นอกเขตเทศบาลมีความเข้าใจด้านโรคเอดส์ดีกว่าในเขตเทศบาล⁵ และสตรีที่ไม่รู้จักวิธีป้องกันเลยมีเพียง ร้อยละ 5.3 สตรีที่ไม่ทราบวิธีป้องกันการติดเชื้อ เป็นสตรีที่ไม่มีการศึกษาถึง ร้อยละ 29.9 และเป็นสตรีในครัวเรือนที่พูดภาษาอื่นๆ ร้อยละ 12.6 นอกจากนี้ พบว่าสตรีในภาคใต้ไม่ทราบวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีอัตราสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 6.6 ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้หญิงไทยส่วนใหญ่จะมีความรู้เรื่องของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี แต่ก็มีประชากรผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษาและตกอยู่ชายขอบบางส่วนที่ยังไม่รับทราบและไม่มีความรู้ถึงวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้ง แนวโน้มของการติดเชื้อที่สูงขึ้นในกลุ่มแม่บ้านยอมเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการขาดมาตรการหรือยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสิทธิสตรีในประเทศไทย เพื่อให้มีอำนาจที่เพิ่มมากขึ้นในการต่อรองกับเพศชาย

นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ดำเนินโครงการให้ยาด้านไวรัสระดับชาติ ซึ่งการดำเนินงานในโครงการนี้นั้น ไม่ได้สอดคล้องกับสาระของปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชนโดยตรง แต่สอดคล้องกับสาระของปฏิญญาฯ ในย่อหน้า 15 ที่ระบุว่า

³ องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, รายงานผลทั้วราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 (กรุงเทพฯ: ยูนิเซฟประเทศไทย, 2549), หน้า 55.

⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

⁵ เรื่องเดียวกัน.

15. “ตระหนักว่าการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในบริบทของการแพร่กระจายไปทั่วโลกของโรค เช่น เอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะบรรลุความก้าวหน้าในการรับรู้ว่าคุณคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะพึงหาได้ในการที่จะมีสุขภาพกายและจิตที่ดี”⁶

การที่รัฐบาลมีนโยบายให้ขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสให้แก่ผู้มีเชื้อ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50,000 รายในปี พ.ศ. 2547 และ 80,000 รายในปี พ.ศ. 2548 ถือเป็นภาระที่หนักถึงสิทธิของประชาชนเรื่องการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แสดงถึงความเท่าเทียมกันของพลเมืองภายในประเทศ ซึ่งรัฐบาลมีหน้าที่ต้องให้ความเคารพสิทธิตามกรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อทางอ้อม แม้ว่าโครงการที่รัฐบาลไทยได้ดำเนินงานนี้ จะมุ่งเน้นไปที่เรื่องของการดูแลรักษา ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเคารพสิทธิของประชาชนในด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยไม่สอดคล้องตามพันธะสัญญาของปฏิญญา ในย่อหน้าที่ 59 และ 60 ที่ต้องการให้รัฐบาลพัฒนายุทธศาสตร์สิทธิมนุษยชนของผู้หญิง เด็ก ให้เท่าเทียมกับชาย เพื่อสามารถรับผิดชอบตนเอง และมีอำนาจที่จะปกป้องตนเองไม่ให้ติดเชื้อ และเนื้อหาของปฏิญญา ย่อหน้าที่ 60 มีพันธะที่ต้องการให้รัฐบาลเคารพสิทธิของสตรีและเด็ก คือ เน้นให้รัฐบาลมีมาตรการที่จะทำให้ผู้หญิงและเด็กสามารถปกป้องตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงเห็นว่ารัฐบาลไทยมิได้มีการดำเนินงานตามปฏิญญา ในส่วนนี้อย่างชัดเจน เนื่องจาก รัฐบาลไทยยังไม่มียุทธศาสตร์เป็นรูปธรรมเรื่องการส่งเสริมและเคารพสิทธิของความเสมอภาคระหว่างเพศชายและหญิงในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการมีอำนาจต่อรองป้องกันตนเอง รัฐบาลมีเพียงการดำเนินงานในโครงการรณรงค์ป้องกัน คือ โครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ และสำหรับโครงการในการดูแลรักษา รัฐบาลมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสระดับชาติแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เท่าเทียมกันไม่ว่าหญิงหรือชาย

5.1.2 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการปกป้องสิทธิ สำหรับผลการดำเนินของรัฐบาลในส่วนนี้ ผู้วิจัยเห็นว่ารัฐบาลมีการดำเนินงานที่สอดคล้องตามปฏิญญา คือ การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในโครงการ ASO Thailand และการออกประกาศกระทรวงแรงงาน

⁶ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ใน ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2549), หน้า 13.

เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการเอดส์ในสถานประกอบการ เป็นผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปฏิญญาฯ กล่าวคือหลักการในปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 69 ต้องการให้รัฐบาลปกป้องสิทธิของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เพราะ บุคคลนั้นต่างมีศักดิ์ศรี และสิทธิเท่าเทียมกัน โดยเสนอให้รัฐบาลพัฒนากฎหมายและกรอบนโยบายระดับชาติใน พ.ศ. 2546 ให้มีพันธะต่อการปกป้องสิทธิของลูกจ้างในสถานที่ประกอบการทั้งที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยนั้น สอดคล้องกับปฏิญญาฯ ย่อหน้านี้อย่างชัดเจนดังนี้

69. “ใน ปี พ.ศ. 2546 พัฒนากฎหมายและกรอบนโยบายระดับชาติที่ปกป้องสิทธิและศักดิ์ศรีของพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และผู้ที่มีความเสี่ยงในสถานประกอบการ โดยการหารือกับตัวแทนนายจ้างและลูกจ้าง โดยคำนึงแนวทางสากลเรื่องโรคเอดส์ในสถานประกอบการ”⁷

จากสรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2548 ทางผู้แทนจากกระทรวงแรงงาน ได้รายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงแรงงานถึงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ ซึ่งทางกระทรวงแรงงานได้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากรอบการป้องกันและการจัดการปัญหาด้านเอดส์ในโลกของการทำงาน โดยมีอธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเป็นประธาน เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2547 และมอบใบรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการให้แก่สถานประกอบการที่เข้าร่วมกิจกรรมและผ่านการประเมินมาตรฐานจากการทำงานร่วมกับสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA) ขณะนี้มีสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการ 2,536 แห่ง⁸ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากเว็บไซต์ TBCA ที่ได้รายงานผลการดำเนินงานโครงการนี้ว่า มีจำนวนสถานประกอบการเป็นจำนวนหลายพันแห่งทั่วประเทศที่ได้รับมาตรฐานนี้ ทั้งในระดับทองและระดับเงิน เมื่อสิ้นสุด พ.ศ. 2548 โดยบริษัทที่เข้าร่วมโครงการจะต้องมีนโยบายป้องกันและไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทั้งนี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างบริษัทที่ได้รับมาตรฐานนี้ คือ นโยบายการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ของบริษัท เอ็ม พี โอ เอเชีย จำกัด บริษัทนี้มีนโยบายที่แสดงความตระหนักถึงความรับผิดชอบในสิทธิมนุษยชนและการสนับสนุนให้พนักงานมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง

⁷ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวิวัฒนกุล, ใน ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 30.

⁸ “รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2548,” 28 กันยายน 2548. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

สมบูรณ์ มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่สะอาดและปลอดภัย รวมทั้งเพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของพนักงาน ดังนั้นบริษัทฯ จึงประกาศนโยบายเกี่ยวกับโรคมุ้มนกพร่องหรือโรคเอดส์ให้ทราบ เพื่อยึดเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันดังต่อไปนี้⁹ คือ

- บริษัทฯ จะไม่มีการบังคับผู้สมัครงานและพนักงานตรวจเอดส์ (เว้นแต่สมัครใจ)
- บริษัทฯ จะส่งเสริมสนับสนุน ในการให้ความรู้กับพนักงานทุกระดับ
- บริษัทฯ จะปฏิบัติต่อพนักงานทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน
- บริษัทฯ จะให้สิทธิแก่พนักงานที่ติดเชื้อ ให้ทำงานต่อไปได้ตามปกติ ถ้าพนักงานผู้นั้นได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ
- บริษัทฯ อาจจะพิจารณาเลิกจ้างพนักงานผู้นั้น โดยพนักงานจะได้รับสิทธิ และสวัสดิการต่างๆ ตามระเบียบของบริษัทฯ และกฎหมายคุ้มครองแรงงาน
- บริษัทฯ จะส่งเสริมและสนับสนุนให้พนักงาน ได้มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข่าวสารแก่บุคคลภายนอก และให้การช่วยเหลือสังคมตามเห็นสมควร
- บริษัทฯ พร้อมทั้งจะให้คำปรึกษา แนะนำและช่วยเหลือ โดยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ

นอกจากนี้ ผลของการดำเนินงานดังกล่าวยังสอดคล้องกับคำถามเพื่อติดตามผลการดำเนินงานของ UNAIDS ที่สอบถามว่า ประเทศของท่านมีนโยบายในการตรวจคัดกรองหาเอชไอวีในสถานประกอบกิจการ (เพื่อการแต่งตั้งเลื่อนตำแหน่ง การฝึกอบรมและสิทธิประโยชน์) หรือไม่ ทั้งนี้ ตามแนวปฏิบัติของโครงการ ASO Thailand แสดงให้เห็นชัดเจนว่าสถานประกอบกิจการจะต้องไม่มีนโยบายในการตรวจคัดกรองหาเอชไอวีในสถานประกอบกิจการ

อย่างไรก็ดี ความก้าวหน้าของการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฎิญญาฯ เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อมีประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน (นางอุไรวรรณ เทียนทอง) ได้ลงนามประกาศเมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2548 โดยกำหนดแนวทางในการป้องกันและนโยบายการไม่เลือกปฏิบัติในการทำงานและดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้ออย่างเหมาะสม

จากการรายงานผลการดำเนินงานของผู้แทนกระทรวงแรงงาน ถือเป็นรายงานความสำเร็จในเชิงนโยบายของทางกระทรวงแรงงานที่สามารถผลักดันให้มีมาตรการออกมาอย่างเป็นรูปธรรม คือ ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ซึ่งผลของการดำเนินงานในเรื่องนี้ถือเป็นความก้าวหน้าตาม

⁹ วิไลวรรณ แก้วเพชรพริ้ง, “สิทธิแรงงานและสวัสดิการแรงงานด้านเอดส์,” ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 11 4 -6 กรกฎาคม 2550, (Presentation) [Online] แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org>. [2550, กันยายน 9].

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ แม้ว่าจะมีการดำเนินงานล่าช้าไปกว่าปีเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามปฏิญญาฯ ก็ตาม

นอกจากนี้ โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวกับเอดส์ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด เป็นอีกโครงการหนึ่งที่รัฐบาลดำเนินงานสอดคล้องคำถามจากการติดตามการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ของ UNAIDS 2 คำถาม คือ

ประเทศของท่านมีสมาชิกของศาลยุติธรรมรับการฝึกอบรมหรือได้รับการกระตุ้นเตือนถึงประเด็นสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่าน่าจะนำมาอยู่ในงานของพวกเขาหรือไม่

ประเทศของท่านมีการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายต่อไปนี้หรือไม่

- ก) ระบบการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
- ข) สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือฟรีทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กรณีที่ถูกเลือกปฏิบัติของหน่วยงานทางกฎหมายภาคเอกชนหรือหน่วยงานทางมหาวิทยาลัย
- ค) การให้ความรู้, การยกระดับการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

เนื่องจากว่าภายใต้การดำเนินงานในโครงการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือกฎหมายประชาชน ทางสำนักงานอัยการสูงสุดจัดการอบรมอัยการเพื่อเป็นวิทยากร ปีละ 1 รุ่น รุ่นละประมาณ 100 คน ทุกปีงบประมาณ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ และเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ อีกทั้งในโครงการดังกล่าว ยังมีการดำเนินกิจกรรมรับเรื่องร้องทุกข์จากการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์ การแนะนำและรับปรึกษาทางกฎหมาย ตลอดจนมีการจัดพิมพ์หนังสือรวมกฎหมายที่เกี่ยวกับเอดส์และสาระต่างๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมไปถึงสช.ทุกจังหวัดเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายและวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ จังหวัดละ 30 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 2,250 หมู่บ้าน

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาจากปฏิญญาฯ จะเห็นว่ารัฐบาลยังไม่ได้ดำเนินงานครบถ้วนตามหลักการในปฏิญญาฯ กล่าวคือ หลักการตามปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 61 และ 66 มีสาระสำคัญต้องการให้รัฐมีแนวทางที่จะปกป้องไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิของกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและสตรี ซึ่งทั้งเด็กและสตรีต่างเป็นกลุ่มเสี่ยงและไม่มีอำนาจต่อรองในการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติ การล่วงละเมิดทางเพศ และความรุนแรง ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในสังคม มีเพียงการกำหนดแนวทาง แต่ยังไม่มีการปฏิบัติชัดเจน

5.1.3 ผลการดำเนินงานของรัฐบาลเรื่องการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ ดังที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงปฏิญญาฯ กับการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ ในบทที่ 3 หากนำผลการดำเนินงานของรัฐบาลมาพิจารณาตามพันธกรณีในปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 37 และ 58 จะเห็นว่า ย่อหน้าที่ 37 มีสาระสำคัญให้รัฐบาลนำเรื่องสิทธิมนุษยชนมาเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระดับชาติในการดำเนินงานด้านเอ็ดส์ เช่น การตระหนักถึงเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การรังเกียจ การกีดกันทางสังคมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอย่างเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาให้เกิดประสิทธิผล

ทั้งนี้ จากการพิจารณาการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาฯ ในย่อหน้าี้แล้ว ผู้วิจัยพบว่า ในระดับนโยบายของรัฐบาลไม่ได้มีการระบุถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจน กล่าวคือ ในการแสดงนโยบายของรัฐบาลไทย เมื่อ ปี พ.ศ. 2546 นางสุตารัตน์ เกยุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล ภายใต้หัวข้อ พลังการต่อสู้อย่างสร้างสรรค์ และบทบาทของประเทศไทยต่อการเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านเอ็ดส์สู่เวทีโลก ในการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 ไว้ว่าการดำเนินงานเอ็ดส์เน้นบทเรียนที่สำคัญโดยสรุป 3 ประการ¹⁰ ได้แก่

1. การปรับปรุงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ โดยหาความรู้ว่า ทำอย่างไรให้ประชาชนลดพฤติกรรมเสี่ยงให้ได้มากที่สุด ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ และส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยสำหรับประชากรที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่
2. ปัญหาผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีต่อตัวบุคคลและครอบครัวเป็นเรื่องที่จะต้องทำการศึกษาและเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกจุด สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วย และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
3. กระบวนการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เหมาะสม ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับชาติซึ่งมีผู้นำฝ่ายบริหารในระดับสูงสุดเป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่กำหนดแนวนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขึ้น แต่มีสิ่งที่จะต้องปรับปรุง คือ การสร้างภาคีการทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพ ให้การทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นความทุกข์ของประชาชน และให้เกิดขึ้นในทุกๆระดับ โดยผู้ดำเนินการต้องใช้

¹⁰ บุษบา ดันดีศักดิ์, “การวิเคราะห์ประเด็นนโยบายและการผลักดันนโยบายเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย 2548,” ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 65.

แนวคิดเชิงระบบที่วิเคราะห์ปัญหาแบบองค์รวม และจัดกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด โดยอาศัยเครือข่ายการทำงานร่วมกันที่เข้มแข็ง ภายใต้ภาวะการณ์ด้านทรัพยากรที่มีจำกัด

โดยมีแนวนโยบายด้านเอดส์ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ระหว่างพ่อ แม่ และลูก ในการจัดการกับปัญหาสังคมต่างๆ รวมทั้งปัญหาเอดส์
2. การขยายบริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับยา
3. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในเชิงวิชาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จะเห็นได้ว่านโยบายรัฐบาลไทยมิได้วิเคราะห์รากฐานของปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ในมิติของสิทธิมนุษยชนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะตามสิ่งที่ได้กำหนดไว้ในปฏิญญาฯ โดยนโยบายรัฐบาลไทยมุ่งเน้นในเรื่องของการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเป็นหลัก รวมไปถึงบริบทของการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ปัญหา เพราะ ถึงแม้ว่านโยบายหลักจะตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนพื้นฐานในเรื่องของการมีสุขภาพที่ดีตามมาตรฐาน แต่ในนโยบายนั้นยังขาดการแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การรังเกียจ การกีดกันทางสังคมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอย่างเพียงพอ

และสำหรับในส่วนสาระสำคัญของย่อหน้า 58 มีพันธะที่มุ่งเน้นให้รัฐบาลมีมาตรการการแก้ปัญหาที่เกิดจากการละเมิดสิทธิในทุกๆ กรณีอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้มีประกาศใช้กฎระเบียบข้อบังคับ ภายในปี พ.ศ. 2546 เพื่อส่งเสริมสิทธิมนุษยชนผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับความเท่าเทียมกันกับคนในสังคม ดังนี้

58. “ภายในปี พ.ศ. 2546 จะต้องประกาศหรือบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับ หรือมาตรการอื่นๆ เพื่อลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทุกรูปแบบอย่างเหมาะสม และประกันว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับความเท่าเทียมในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เขาพึงได้รับ...”¹¹

¹¹Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ใน ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 25.

ในส่วนของการวิเคราะห์ถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสาระสำคัญในปฏิญญาฯ ย่อหน้าที่ 58 นี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ถึงการที่รัฐบาลอนุมัติให้ยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2548 ตามที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 4 จะเห็นได้ว่ารัฐบาลไทยได้มีนโยบายที่จะพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายภายในประเทศให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงไปของสภาพสังคม เศรษฐกิจและการเมือง การปรับปรุงกฎหมาย รัฐบาลจึงได้มีโครงการดำเนินการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจน โดยในการนี้ทางรัฐบาลได้อนุมัติให้ทางคณะกรรมการสิทธิด้านสุขภาพ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนไปศึกษาวิจัยและยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เมื่อ พ.ศ. 2548 ถึงแม้ว่าจะมีการอนุมัติให้ไปศึกษายกเว้นพระราชบัญญัติแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่มีมีการประกาศหรือการบังคับใช้ตัวบทกฎหมายออกมาอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการดำเนินงานของรัฐบาลในเรื่องนี้นั้น มีความก้าวหน้าในเชิงแนวทางเท่านั้น ผลการดำเนินงานของรัฐบาลสำหรับประเด็นนี้ จึงยังไม่ประสบผลสำเร็จ

โดยในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์นั้น หากนำมาพิจารณาประกอบกับคำถามการประเมินผลการดำเนินงานของรัฐบาลต่างๆ ในเรื่องสิทธิมนุษยชนจาก UNAIDS ที่สอบถามมายังรัฐบาลถึง 4 ข้อ ดังนี้

ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่ปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการถูกกีดกัน (ยกตัวอย่างเช่น การไม่เลือกปฏิบัติ หรือกฎหมายหรือข้อบังคับที่กล่าวถึงเฉพาะเรื่องเอดส์ซึ่งมุ่งเน้นที่โรงเรียน บ้าน และที่ทำงาน เป็นต้น)

ประเทศของท่านมีกฎหมายที่ไม่เลือกปฏิบัติ หรือ กฎต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงในการปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง (เช่นกลุ่มผู้ยาเสพติดชนิดฉีด, กลุ่มชายรักชาย, กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ, เยาวชน, ประชากรที่ย้ายถิ่นอาศัยและนักโทษ)

ประเทศของท่านมีกฎหมายหรือข้อบังคับที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่

ประเทศของท่านมีการกล่าวถึงการส่งเสริมและปกป้องสิทธิมนุษยชนในนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างชัดเจนหรือไม่

จะเห็นว่ารัฐบาลไทยยังไม่มีกฎหมายสำหรับปกป้องสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเฉพาะอย่างเป็นรูปธรรม และไม่มีกฎหมายที่กำหนดให้มีการเลือกปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงในการปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง หากแต่มีกฎหมายที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงเพื่อใช้ปกป้องสิทธิผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ เช่น รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 30 และ 34 และกฎหมายอาญา หมวด 2 ความผิดฐานเปิดเผยความลับ มาตรา 322 323 และ หมวด 3 ความผิดฐานหมิ่นประมาท ในมาตรา 326 327

อย่างไรก็ดี ในประเด็นเรื่องของการกำหนดให้มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อนั้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์สอบถามความเห็นจากผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งในประเด็นดังกล่าว ซึ่งทางผู้ติดเชื้อเกือบทุกคนได้ให้ความเห็นว่า พวกเขาไม่เห็นด้วยกับการมีกฎหมายมาคุ้มครองสิทธิให้กับพวกเขาโดยเฉพาะ ซึ่งนั้นก็เท่ากับว่าพวกเขาจะกลายเป็นพลเมืองพิเศษในสังคมทันที สำหรับพวกเขาแล้ว การที่สังคมมีความเข้าใจผู้ติดเชื้อก็เป็นคนเหมือนกันกับคนทั่วไป นั่นคือ สิ่งที่พวกเขาต้องการจากคนทุกคนในสังคม ไม่ใช่ให้รัฐออกกฎหมายมาคุ้มครองพวกเขา

จากที่ผู้วิจัยได้สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานของรัฐบาลสามารถดำเนินงานประสบความสำเร็จสอดคล้องตามปฏิญญาฯ มากน้อยแค่ไหน เมื่อมาวิเคราะห์ในภาพรวมทุกโครงการ พบว่าการดำเนินงานที่เกิดขึ้นนี้ รัฐบาลได้พยายามที่จะปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของสหประชาชาติ จะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานของโครงการที่เกิดขึ้น สอดคล้องตามปฏิญญาฯ มีเพียงไม่กี่โครงการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ในประเทศไทยการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของรัฐบาลไทยบางประการนั้นก้าวหน้าไปมากกว่าที่ปฏิญญาฯ กล่าวไว้ และมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่แตกต่างกันไป

รัฐบาลสามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับปฏิญญาฯ ที่ 69 มากที่สุดเนื่องจากสามารถออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ และการมีโครงการมาตรฐาน ASO Thailand โดยเหตุผลที่ทำให้การดำเนินงานมีความก้าวหน้านั้น อาจจะเป็นการได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการค้าการลงทุนกับต่างประเทศ ซึ่งตามมาตรฐานระดับนานาชาตินั้น เรื่องสิทธิของแรงงานในสถานประกอบการถือเป็นเรื่องสำคัญ อีกทั้งมาตรฐานนี้ยังเป็นการส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีทางธุรกิจอีกด้วย หากในโลกของการทำงานไม่มีการละเมิดสิทธิแล้วสถานประกอบการจะมีภาพลักษณ์ที่ดี และเป็นการดึงดูดการเข้ามาลงทุนจากต่างชาติซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล อีกทั้งทางรัฐบาลยังได้รับการผลักดันจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นประเทศตัวอย่างของการนำแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์มาใช้ และการได้รับการสนับสนุนเงินทุนในการดำเนินกิจกรรมจากทางกองทุนโลก

หากพิจารณาการดำเนินงานรัฐบาลไทยตามกรอบของปฏิญญาฯ และแนวทางการสร้างตัวชี้วัดที่ทาง UNAIDS ใช้ติดตามการดำเนินงานของแต่ละรัฐบาล ภายใน พ.ศ. 2548 พบว่า รัฐบาลไทยไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายของปฏิญญาฯ ที่กำหนดว่า ภายใน พ.ศ. 2546 แต่ละรัฐบาลควรมีมาตรการ หรือกฎหมายที่เป็นรูปธรรม เพื่อลดการกีดกัน ซึ่งรัฐบาลไทยยังไม่มีกฎหมายหรือมาตรการที่จะคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือเพื่อลดการรังเกียจในสังคมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ประเทศไทยยังไม่มีมีความก้าวหน้า โดยจากรายงานการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ความเป็นผู้นำและการพัฒนาของประเทศเอเชียแปซิฟิกในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ของ UNESCAP ระบุถึงผลการดำเนินงานเรื่องเอชไอวี/เอดส์กับสิทธิมนุษยชนของประเทศในภูมิภาคเอเชียและ

แปซิฟิก เช่น ประเทศจีนได้ออกกฎหมายใหม่ (สิงหาคม 2546) กำหนดห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติกับประชาชนที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงอย่างกว้างขวางรวมไปถึงเอชไอวี นอกจากนี้ในรายงานยังระบุอีกว่า ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกอยู่ในลำดับท้ายของการมีกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ยกเว้น ประเทศกัมพูชา ที่กระทรวงกิจการสตรีได้พัฒนา นโยบายแห่งชาติส่งเสริมสิทธิของสตรีและเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงของการติดเชื้อ¹²

ทั้งนี้ในมุมมองของผู้ติดเชื้อและคนทำงานเอ็ดส์ภาคประชาสังคมส่วนใหญ่แล้ว มีความเห็นว่าพวกเขาไม่ต้องการให้มีกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอ็ดส์โดยเฉพาะ แต่สิ่งที่ต้องพวกเขาต้องการ คือ ความเสมอภาค ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่พวกเขามีเท่าเทียมกับทุกคน ประเด็นปัญหานี้เป็นเรื่องที่สวนทางกับแนวทางที่ได้กำหนดไว้ในปฏิญญา อย่างไรก็ตาม รัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนากฎหมายภายในประเทศและมีการอนุมัติให้ยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ ตลอดจนมีรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ซึ่งมีสาระสำคัญในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และจัดการอบรมข้าราชการ กระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ และเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเอ็ดส์

นอกจากนี้ ยังมีโครงการที่ไม่สอดคล้องตามปฏิญญา ในด้านสิทธิมนุษยชนโดยตรง แต่ถือว่าการดำเนินการของรัฐบาลที่ตระหนักถึงสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน คือ การดำเนินโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ และการนำยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพและหลักประกันสังคม การดำเนินงานในโครงการนี้ เป็นการดำเนินงานตามนโยบายหลักของรัฐบาล และสอดคล้องแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ที่มุ่งเน้นตามยุทธศาสตร์การดูแลรักษา และความ ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ ดังนั้น จึงถือเป็นโครงการที่จะช่วยตอบสนองความต้องการยาของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยได้เป็นอย่างดี ซึ่งเมื่อได้รับยาแล้วผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการดำเนินงานผ่านโครงการต่าง ๆ ของรัฐบาลไทยตามปฏิญญา ผู้วิจัยเห็นว่าการดำเนินงานตอบสนองต่อการแก้ปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับเอชไอวีได้ในทางนโยบายและหลักการเท่านั้น ซึ่งในส่วนต่อไปจะเป็นการอภิปรายผลถึงการดำเนินงานในทางปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน

¹² United Nations Economic and Social Council, "Report on Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and The Asia-Pacific Leadership forum on HIV/AIDS and Development," Sixty-first session 12-18 May 2005 Bangkok (Unpublished)

5.2 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลในทางปฏิบัติตามกรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน

หลังจากที่ผู้วิจัยได้สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 ผู้วิจัยยังมีคำถามต่อไปว่าแม้ว่ารัฐบาลจะมีความก้าวหน้าในการมีนโยบายออกมากำหนดสิทธิทางด้านสุขภาพ สิทธิในการประกอบอาชีพ ฯลฯ ตลอดจนมีโครงการที่ช่วยเหลือและคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องเอชไอวี/เอดส์ทางด้านกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติงานนั้นมีประสิทธิผลมากน้อยแค่ไหน ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะนำกรอบการประเมินผลงานด้านนโยบายและการปฏิบัติงานจริงของรัฐบาลตามกรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานซึ่งประกอบด้วยหลักการทั้งหมด 8 ประเด็น¹³ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่าง ๆ
2. การบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผลเพื่อยับยั้งการละเมิดสิทธิ
3. การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพิ่มมากขึ้นสำหรับประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบและมีความเสี่ยงอย่างทั่วถึง
4. การเปลี่ยนแปลงของการตระหนักรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การปฏิบัติ บรรทัดฐานและคุณค่า
5. การปรับปรุงเรื่องคุณภาพและการตอบสนองของสถาบันและการบริการ
6. ระบบเศรษฐกิจที่ส่งเสริมเรื่องสิทธิ
7. การมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและการเรียกร้องสิทธิ
8. การมีข้อมูลที่ดีขึ้นของประชาชนและเรื่องสิทธิของประชาชน

มาใช้ในการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในเชิงนโยบายและการปฏิบัติว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงไร

5.2.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย กฎหมายและโครงการต่าง ๆ ผลการดำเนินงานของรัฐบาลไทยนั้น มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและโครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะในการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในการปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิแรงงาน กล่าวคือ

5.2.1.1 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 รัฐบาลมีการปรับปรุงและพัฒนาสิทธิในการเข้าถึงการรับบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พิจารณาจากโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ กระทรวง

¹³ Joachim Theis, *Promoting Rights-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific* (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 100-101.

สาธารณสุขซึ่งพัฒนามาจากโครงการ ATC ในปีงบประมาณ 2544 มาเป็น โครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ (National Access to Antiretroviral Program for PHA: NAPHA) ปีงบประมาณ 2547 และการมีนโยบายนำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2549

ผลการดำเนินงานของโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาตินี้ ถือเป็นผลมาจากนโยบายการดำเนินงานด้านเอดส์ของรัฐบาล เพื่อต้องการขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างทั่วถึง กล่าวคือ การดำเนินงานของโครงการ NAPHA เป็นโครงการที่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ป่วยเอดส์ ที่มีระดับเม็ดเลือดขาว หรือ CD 4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ จำนวน 50,000 คน ณ ปี 2547 ซึ่งเป็นการให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ชนิด ที่ทางองค์การเภสัชกรรมผลิต¹⁴ ซึ่งเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัส เป็นจำนวน 50,752 ราย¹⁵ อีกทั้ง ในปีงบประมาณ 2547 รัฐบาลยังได้ดำเนินงานผลักดันให้สำนักหลักประกันสังคม ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเริ่มดำเนินงานได้ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547¹⁶ และยังคงอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่ารัฐบาลจะรับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายให้แก่เพียงคนละไม่เกิน 5,000 ต่อราย หากค่าใช้จ่ายสูงกว่านั้นผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

ต่อจากนั้น ปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลยังคงให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ NAPHA อย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2548 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้แก่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนที่เป็นงบประมาณปกติ และงบเพิ่มเติมเป็นวงเงินเป็น 1,042 ล้านบาท สนับสนุนให้เกิดการขยายโอกาสการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้มีเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และยังได้จัดสรรงบประมาณ 75 ล้านบาทกว่าบาท เพื่อซื้อยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการดี้อย่างในสูตรพื้นฐาน โดยประมาณว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ไม่ต่ำกว่า 1,600 ราย

ทั้งนี้ มีผู้ป่วยรายใหม่ ที่เริ่มต้นรับยาต้านไวรัสเอดส์ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 เพียงเดือนเดียว เป็นจำนวน 3,049 ราย และเมื่อพิจารณาจากรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการทั้งสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่รายงานว่าผู้ป่วยเอดส์

* ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ชนิด หรือเรียกว่า ค็อกเทล คือ ตัวยาใน 1 เม็ด ประกอบด้วย ยา AZT ยาเนวีราพีน และ 3 ทีซี

¹⁴ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, ทันสถานการณ์เอดส์ 5 ประเทศลุ่มแม่น้ำโขงจับมือพัฒนาเครือข่ายยาต้านไวรัสเอดส์ [Online]. (2547) แหล่งที่มา: http://www.aidsaccess.com/news/news_view.asp?news_id=200 [2549, สิงหาคม 29].

¹⁵ “รายงานการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2547,” (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

¹⁶ กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กฎหมายเกี่ยวกับเอดส์: กฎหมายแรงงานไทย การให้ประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี และที่เป็นโรคเอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: http://www.aidsthai.org/law_aidsthai.html [2549, สิงหาคม 3].

และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสสะสมจากโครงการ มีจำนวน 73,507 ราย ใน พ.ศ. 2548 แสดงให้เห็นว่ามีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนตัวเลขผู้ติดเชื้อหลายหมื่นคนนี้ เป็นตัวชี้วัดซึ่งแสดงให้เห็นถึงการประสบความสำเร็จตามนโยบายรัฐบาลที่กำหนดไว้ว่าจะให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วย 50,000 ราย ภายในปี 2547

ทั้งนี้หากพิจารณาการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 ซึ่งขณะนั้นยังเป็นโครงการ ATC จนกระทั่งมาสู่โครงการ NAPHA ตามนโยบายของรัฐบาลในปีงบประมาณ 2547 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าถึงยาต้านไวรัส แยกตามรายปีงบประมาณมีจำนวนดังนี้¹⁷

ปี 2544	จำนวน	3,600 ราย
ปี 2545	จำนวน	8,151 ราย
ปี 2546	จำนวน	16,626 ราย
ปี 2547	จำนวน	50,752 ราย
ปี 2548	จำนวน	73,507 ราย

จากจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาต้านไวรัสข้างบน จะเห็นว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 มีจำนวนผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสเป็นจำนวนแค่เพียง 3,600 รายเท่านั้น ซึ่งหลังจากนั้นเป็นต้นมา นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนผู้ได้รับยาเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวนมากทุกปี กล่าวคือ ปีงบประมาณ 2545 จำนวนผู้ที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นเป็น 8,151 ราย และต่อมาในปีงบประมาณ 2546 ยังคงจำนวนผู้ติดเชื้อได้รับยาเพิ่มมากขึ้น 16,626 ราย โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2547 ซึ่งถือเป็นปีที่เปลี่ยนแปลงเป็นโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติและมีเป้าหมายให้ยาแก่ผู้ติดเชื้อ 50,000 ราย มีจำนวนผู้ได้รับยาถึง 50,752 คน และปีงบประมาณ 2548 มีจำนวนผู้มีเชื้อและผู้ป่วยได้รับยาเป็นจำนวน 73,507 ราย

นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ 2549 รัฐบาลได้กำหนดให้การบริการยาและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นสิทธิประโยชน์ส่วนหนึ่งในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นความก้าวหน้าทางนโยบายที่มุ่งส่งเสริมให้สิทธิของผู้ป่วยเอดส์ที่จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้า ตามนโยบายของรัฐบาลต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของประชาชน

การที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการให้ยาต้านไวรัสได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2548 รัฐบาลมีการพัฒนาด้าน

¹⁷ อิศระ เจียวิริยะบุญญา, และคณะ, “การศึกษาทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์,” ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 201.

นโยบายเพื่อความก้าวหน้าของการดำเนินงานทุกปี ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการยาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยสามารถให้ยาแก่ผู้ติดเชื้อทั่วประเทศกว่า 70,000 ราย ในปีพ.ศ. 2548 อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่า รัฐมีนโยบายที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาได้มากขึ้น และชัดเจนว่าช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของผู้ติดเชื้อได้มาก โครงการยาต้านไวรัสทำให้ผู้ติดเชื้อเปลี่ยนชีวิต หลายคนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการได้รับยาต้านไวรัส และเป็นที่ยอมรับแก่คนในสังคมทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของประชาชนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย นายกมล อุปแก้ว ที่กล่าวว่า

“ในบรรดาโครงการที่รัฐบาลดำเนินงานนั้น โครงการ NAPHA เป็นโครงการมีความก้าวหน้าไปมากที่สุด เพราะว่ายาเป็นสิ่งที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้เอดส์ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้”¹⁸

ความคิดเห็นนี้เป็นไปในทางเดียวกันกับผู้ติดเชื้อรายอื่นๆ เช่น ผู้หญิงติดเชื้ออายุ 36 ปี ผู้หญิง ให้ความเห็นกับผู้วิจัยว่า

“โครงการ NAPHA ช่วยคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพได้ดี เพราะว่าทำให้รัฐเริ่มมองเรื่องสุขภาพผู้ติดเชื้อ เริ่มเห็นชีวิตของผู้ติดเชื้อ (ส่วนน้อย)”¹⁹

เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อผู้ชาย อายุ 39 ปี ที่ให้ความเห็นว่า

“โครงการ NAPHA ได้ช่วยคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพได้อย่างน้อยโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้นมีสิทธิที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น”²⁰

ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อต่อโครงการ NAPHA ข้างต้น เป็นไปในแนวทางเดียวกับการประเมินผลการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโครงการเข้าถึงยา

¹⁸ สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, ประชาชนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย (2544-2546, 2546-2548), 6 กรกฎาคม 2550.

¹⁹ สัมภาษณ์, ผู้มีเชื้อ สมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย, 5 กรกฎาคม 2550.

²⁰ สัมภาษณ์, ผู้มีเชื้อ สมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย, 5 กรกฎาคม 2550.

ต้านไวรัสเอชไอวีในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศในภาพรวมพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายหลังการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้²¹

- (1) การรอดชีวิต พบว่ามีอัตราการรอดชีวิตที่สูง
- (2) อัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่าเมื่อกินยาต้านไวรัสเอชไอวีจะมี อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสลดลงเมื่อรับประทานยาในระยะเวลาที่นานขึ้น
- (3) การเปลี่ยนแปลง CD4 พบว่าปริมาณ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- (4) การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว พบว่า มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น
- (5) ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ เปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถกลับไปทำงานได้
- (6) การยอมรับจากชุมชน แม้ว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้เปิดเผยตัว แต่ ในกลุ่มที่เปิดเผยตัวต่อชุมชน หลังกินยาต้านไวรัสเอชไอวีชุมชนและสังคมให้การยอมรับมากขึ้น
- (7) พฤติกรรมทางเพศ มีสุขภาพทางเพศดีขึ้น มีเพศสัมพันธ์และมีการใช้ ถุงยางอนามัย แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่ยังมีคู่นอนมากกว่า 1 คน และละเลยการใช้ถุงยางอนามัย
- (8) พฤติกรรมการกินยา พบว่าการกินยาครบถ้วนอยู่ในระดับสูงและการตรง เวลาที่กำหนดก็อยู่ในระดับสูง

ทั้งนี้ การดำเนินงานโครงการ NAPHA นั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มี บทบาทในการมีส่วนร่วมดำเนินงานของโครงการนี้ด้วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงยา ต้านไวรัสเอชไอวีและการช่วยให้มีความต่อเนื่องของการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี กล่าวคือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีกิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกับโรงพยาบาล โดย เน้นกิจกรรมที่จะเสริมการทำงานทั้งที่เป็นบริการที่โรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ด้วยกัน²² การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เป็นในรูปแบบอาสาสมัครของโรงพยาบาลและ พัฒนาขึ้นเป็นกลุ่มหรือองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และขยายความร่วมมือทำกิจกรรมใน รูปแบบเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด เขต ภูมิภาคและประเทศ

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาด้านนโยบายและโครงการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการการรักษาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มี ประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มผู้ติดเชื้ออีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงการดูแลรักษา ด้วยยาต้านไวรัส ทั้งนี้หากนำจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เปรียบเทียบกับรายงานจำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้ว พบว่ายังมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ยัง

²¹ อิศระ เจียวิริยะบุญญา, และคณะ, "การศึกษาทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี," ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็น ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 202.

²² เรื่องเดียวกัน.

เข้าไม่ถึงการรักษาและการได้รับยาต้านไวรัสยังไม่ทั่วถึง กล่าวคือ จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 1,074,000 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 501,700 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ (PWA) จำนวน 572,500 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 19,470 ราย และประมาณการณ์ ในปี พ.ศ. 2549 จะมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมจำนวน 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 508,300 ราย และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย²³ จากตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งหมดในประเทศที่มีจำนวนกว่า 500,000 รายนั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อีกกว่าหลายแสนคนที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาจากทางภาครัฐแม้ว่าจะมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสระดับชาติแล้วก็ตาม

นอกจากนี้ นโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐบาลบางนโยบาย กลายเป็นนโยบายที่กีดกันการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เช่น นโยบายการทำสงครามต่อต้านยาเสพติด ตามข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของแผนต่อสู้กับยาเสพติดของนายกรัฐมนตรีนครี่ว่า แผนนี้ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดถูกละเมิด ถูกประณามจากสงครามยาเสพติดของรัฐบาลที่รุนแรง ทั้งการวิสามัญฆาตกรรม การตั้งข้อกล่าวหาที่ไม่ถูกต้องและการขึ้นบัญชีดำ²⁴ ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดที่พยายามหนีการจับกุมของตำรวจและหลีกเลี่ยงการถูกบังคับบำบัด ไม่มีสิทธิในการเข้าร่วมโครงการการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ ผู้ใช้ยาส่วนใหญ่จึงต้องหลบอยู่ใต้ดิน ส่งผลให้ห่างไกลจากความช่วยเหลือและบริการที่จำเป็น

5.2.1.2 การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านเอดส์ในการปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิแรงงาน

นับตั้งแต่ รัฐบาลไทยได้ร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2544 ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 ทางกระทรวงแรงงาน ได้ดำเนินงานที่มีการแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านเอดส์ในการปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิของแรงงานอย่างชัดเจน คือ ทางกระทรวงแรงงานพัฒนานโยบายปกป้องสิทธิด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ โดยโครงการแรกที่ได้เริ่มดำเนินงานเกิดขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2546 กระทรวงแรงงานได้ทำโครงการนำร่องร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) เป็นโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ จังหวัดระยอง ระยะเวลาดำเนินการโครงการนี้เริ่มตั้งแต่ มกราคม 2546 – มิถุนายน 2547 โดยได้รับเงินสนับสนุนจากมูลนิธิเอดส์โลกสากล (World AIDS Foundation) ผ่าน ILO จำนวน 3 ล้านบาท²⁵ เพื่อการลดปัญหาการ

²³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 201.

²⁴ Human Rights Watch. Not Enough Graves. The War on Drugs, HIV/AIDS and violations of Human Rights. June 2004, Vol 16, NO. 8 อ้างถึงใน กลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์, เอชไอวี/เอดส์ และยาเสพติด: ช่องว่าง...ทางกฎหมายและการปฏิบัติวิเคราะห์ภายใต้สถานการณ์ในประเทศไทย, (กรุงเทพฯ: ฐานการพิมพ์, 2550), หน้า 138.

²⁵ เครือทิพย์ จันทรธำนิวัฒน์, วิณิดา ชวนางกูร และนางอัมพร ศรีสารवल, “การศึกษาบทบาทของการดำเนินงานป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ: กลุ่มผู้ใช้แรงงาน,” ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกัน

รังเกียจและกีดกันผู้ติดเชื้อ ในจังหวัดระยอง และได้ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงาน ลูกจ้างและบริษัทต่างๆ กว่า 50 บริษัทในการดำเนินงานโครงการดังกล่าวด้วย

ต่อมา ปี พ.ศ. 2547 ทางกระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ดำเนินงานพัฒนาขยายผลโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ จนกลายเป็นโครงการมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการหรือที่เรียกว่ามาตรฐาน ASO Thailand (AIDS-response Standard Organization) เพื่อดำเนินการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2547 ในพื้นที่ 28 จังหวัด และ 8 เขตในกรุงเทพมหานคร²⁶ โดยคาดหวังว่าจะมีสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการ 2,500 แห่ง การดำเนินโครงการมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO Thailand) ถือว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกและประเทศเดียวในโลก ที่ได้คิดค้นพัฒนาเครื่องมือเกณฑ์การประเมินมาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการด้านเอดส์ เพื่อส่งเสริมบทบาทของสถานประกอบการให้มีบทบาท มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ โดยการจัดทำนโยบายด้านเอดส์ในสถานประกอบการที่ไม่เลือกปฏิบัติประกอบด้วยหลักการสำคัญพื้นฐาน 4 ประการ²⁷ คือ การไม่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีผู้สมัครงาน การไม่ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีพนักงาน การไม่เลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อ การให้ความรู้เพื่อป้องกันเอดส์

การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายที่สำคัญของทางกระทรวงแรงงานที่สำคัญเกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2548 กล่าวคือ จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ในระดับโครงการสัมฤทธิ์ผลแล้ว ในปี พ.ศ. 2548 ทางกระทรวงแรงงาน จึงได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน (ฯพณฯ อู๋ไรวรรณ เทียนทอง) ได้ลงนาม เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2548 ประกาศกระทรวงแรงงานฉบับนี้ มีสาระสำคัญสองส่วน คือ ส่วนแรกเรื่องสิทธิแรงงานและการคุ้มครอง ส่วนที่สองเรื่องระบบการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ

จากที่กล่าวไปเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าทางรัฐบาลดำเนินงานเพื่อพัฒนาด้านนโยบายและโครงการ เพื่อการแก้ไขและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2548 เป็นต้นมา โดยเฉพาะการออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ทั้งนี้ การ

และแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 139.

²⁶ เรื่องเดียวกัน.

²⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 139-140.

ดำเนินงานที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะได้รับการผลักดันจากทางองค์กรแรงงานระหว่างประเทศและการได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการจากกองทุนโลกเป็นสำคัญ อีกทั้งยังเป็นเพียงโครงการนำร่อง และครอบคลุมสถานที่ทำงานเพียงไม่กี่พื้นที่เฉพาะของภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม แนวนโยบายที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นอย่างประจักษ์ชัดว่า ทางภาครัฐได้เปลี่ยนแปลงแนวนโยบายเพื่อตอบสนองต่อบริบททางสังคมและการเมืองที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดี ทางรัฐบาลยังไม่เปลี่ยนแปลงนโยบายอีกหลายด้านเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาเอตส์ในด้านสิทธิมนุษยชนให้เกิดความครอบคลุม เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านการศึกษา เยาวชนถือเป็นอนาคตของชาติ แต่ยังคงขาดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบชัดเจนและเยาวชนอายุ 10-25 ปี มีประมาณ 12 ล้านคน อยู่ในระบบการศึกษาประมาณ 4-5 ล้านคน ซึ่งในระบบการศึกษายังไม่มีโครงการที่จะทำให้มั่นใจในการปกป้องเยาวชนจากวิกฤติโรคเอตส์ ตลอดจนเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาจนถึงอายุ 25 ปี มีทั้งเยาวชนในภาคแรงงาน เยาวชนในชุมชน และเยาวชนชายขอบมีจำนวนเพิ่มขึ้นที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการแก้ปัญหาเอตส์มีกระแสเป็นครั้งคราว แต่ขาดความต่อเนื่องอย่างจริงจังที่จะนำไปสู่การจัดการปัญหาเชิงระบบ²⁸ รวมไปถึงปัญหาเรื่องกรอบทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่เป็นกำแพงกัน มิให้เยาวชนได้รับความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

5.2.2 การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิ

สำหรับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิด้านเอตส์ และกระบวนการยุติธรรมของทางภาครัฐยังไม่มีประสิทธิผลสูงสุด เนื่องจาก ยังมีการละเมิดสิทธิเกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง ถึงแม้ว่าประเทศจะยังไม่มีกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวกับเอตส์โดยเฉพาะ แต่หน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมก็ได้นำกฎหมายที่มีอยู่แล้วภายในประเทศมาปรับใช้ ไม่ว่าจะเป็นรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กฎหมายอาญา เพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ที่สมบูรณ์

จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวถึงการดำเนินงานของทางหน่วยงานภาครัฐที่ได้ให้ความรู้ด้านกฎหมายเอตส์ โดยนำกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ในประเทศอยู่แล้วมาเทียบเคียงใช้ในกรณีที่เกิดการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวกับเอตส์ ไม่ว่าจะเป็นกรณีการเลิกจ้างงาน กรณีการบังคับตรวจเลือด กรณีการเปิดเผยผลเลือด เป็นต้น แต่ก็มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ยังคงบังคับให้มีการตรวจเลือดก่อนสมัครงาน หรือการบังคับให้ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งการตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจเอตส์ ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลไม่มีใครบังคับได้ เป็น

²⁸ วิพุธ พูลเจริญ, “ข้อเท็จจริงปัญหาเอตส์ ภาพปัจจุบันสู่สิ่งที่ท้าทายในอนาคต,” ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอตส์ ครั้งที่ 10 13-15 กรกฎาคม 2548, ทองกร ยันรังษี และคณะ, บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สำนักโรคเอตส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549), หน้า 83.

สิทธิของทั้งของผู้ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิทธินี้มีกฎหมายรับรองชัดเจน ทั้งในระดับสากลและกฎหมายภายในประเทศ²⁹ แต่ถ้าการตรวจเลือดเป็นไปโดยสมัครใจ ได้รับบริการคำปรึกษา และการส่งต่อที่มีคุณภาพ นอกจากจะช่วยให้รู้สถานการณ์ติดเชื้อของตน เพื่อนำไปสู่การดูแลรักษาสุขภาพแล้ว ยังช่วยในการเตรียมการป้องกันได้³⁰ ซึ่งการบังคับตรวจเอ็ดส์นั้นถือว่าการขัดต่อรัฐธรรมนูญกฎหมายสูงสุดของประเทศชัดเจน กล่าวคือ

ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา

31

มาตรา 31 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย
การจับ คุมขัง ตรวจค้นตัวบุคคลหรือการกระทำใดอันกระทบต่อสิทธินี้
จะกระทำมิได้ เว้นแต่อาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย³¹

มาตรานี้ ได้ระบุถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในชีวิตและร่างกายของประชาชนไว้อย่างชัดเจน ลักษณะของการกระทำที่ขัดต่อมาตรานี้กรณีโรคเอดส์ เช่น หากสถานประกอบการใดๆ บังคับให้พนักงานหรือผู้สมัครงานต้องตรวจเอดส์ ก่อนรับเข้าทำงานนั้น เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญมาตรานี้

แม้ว่าจะมีการระบุอย่างชัดเจนแล้วว่าการบังคับตรวจเอดส์มีความผิด แต่หน่วยงานรัฐซึ่งมีหน้าที่ดำเนินงานทางกฎหมายกลับมีการบังคับตรวจเอดส์ผู้สมัครงาน เช่น สำนักงานอัยการสูงสุด ศาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งในกรณีนี้ผู้วิจัยได้สอบถามกับนางสาวสุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลกับทางผู้วิจัยว่า การบังคับตรวจเลือดในการสมัครเป็นอัยการเป็นระเบียบของคณะกรรมการอัยการ (กอ.) ทำหน้าที่ดำเนินงานคัดเลือกคน และจะมีการแต่งตั้งคณะแพทย์ซึ่งแต่งตั้งเองมาทำการตรวจสุขภาพ ทางศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ได้ส่งจดหมายไปสอบถามว่ามีการตรวจเลือดจริงหรือไม่ ทางหน่วยงานได้มีจดหมายตอบกลับมาว่าจริง ซึ่งมีทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและไม่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งระบุในการตรวจสุขภาพว่าคนที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง รวมไปถึง เอชไอวี และเป็นเรื่องที่ถูกปฏิบัติตามกันมานานแล้ว ซึ่งทางหน่วยงานทราบดีว่าการกระทำนี้เป็นการละเมิด

²⁹ สุภัทรา นาคะผิว, “คน: งาน: เอดส์,” ใน 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์, รุจน์ โกมลบุตร, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548), หน้า 77.

³⁰ วรานุช ชินวรโสภาค, “20 ปี และ 108 กระบวนท่าป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้อ รายใหม่กว่าสองหมื่นรายต่อปี..ใครเรียนรู้อะไรบ้าง?”, ใน 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์, รุจน์ โกมลบุตร, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548), หน้า 92.

³¹ ธีระพล อรุณะกสิกร, ผู้รวบรวม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (กรุงเทพฯ: วิทยุชน, 2548), หน้า 17.

กฎหมาย³² นอกจากนี้ยังมีการบังคับตรวจเอดส์ของทหารเกณฑ์ การบังคับตรวจเอดส์ผู้สมัครงาน พนักงานในบริษัทเอกชน บังคับตรวจเอดส์ผู้ที่จะบวชพระ เป็นต้น³³ ซึ่งการบังคับตรวจเอดส์ทั้งจากหน่วยงานรัฐและเอกชนนี้ แสดงให้เห็นถึงการไม่มีประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมายต่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิ

นอกจากกรณีการบังคับตรวจเลือดแล้ว ยังมีกรณีการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นในสังคมไทย อีกหลายกรณี que แสดงให้เห็นถึงการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิผลที่จะช่วยในการละเมิดสิทธิ เช่น การกดดัน หรือไล่พนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวีออกจากงาน การถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ บริษัทประกันชีวิตไม่รับทำประกันชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมอไม่ตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ตา หู จมูก ฟัน ขูดหินปูน) มีการรังเกียจในที่ทำงานและในชุมชน เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ไม่สามารถไปเรียนหนังสือในโรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของชุมชน³⁴ ซึ่งกรณีการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นนั้น เข้าข่ายการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 30 และ 34 และกฎหมายอาญาหมวด 2 ความผิดฐานเปิดเผยความลับ มาตรา 322 323 และ หมวด 3 ความผิดฐานหมิ่นประมาท มาตรา 326 327 ซึ่งผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างไปแล้วในบทที่ 4

อย่างไรก็ดี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่และประชาชนโดยทั่วไป ไม่มีความไว้วางใจต่อหน่วยงานยุติธรรมและไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง เพื่อนำกรณีการละเมิดสิทธิที่ประสบเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม จึงมีเพียงการร้องเรียนและขอปรึกษาปัญหาจากหน่วยงานภาคเอกชน คือ ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ หรือ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เนื่องจากหากเป็นคดีความ กระบวนการพิจารณาคดีต้องใช้เวลายาวนาน และต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการขึ้นศาลหลายรอบ ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นมีฐานะปานกลางและยากจน

ทั้งนี้ ผลจากการปฏิรูประบบราชการตามนโยบายของรัฐบาล ส่งผลให้มีการจัดตั้งกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขึ้น เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545³⁵ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งกรมนี้ มีหลักการและเหตุผลจากการที่กระบวนการยุติธรรม ยังไม่มีหน่วยงานกลางในการประสานงาน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ไม่ได้รับความยุติธรรม หรือถูกล่วงละเมิดสิทธิด้วยการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือช่วยบรรเทาปัญหาในเบื้องต้นทั้งในเชิงรุกและรับ ทำให้ประชาชนที่ถูกละเมิดสิทธิ

³² สัมภาษณ์ สุภัทรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, 18 มกราคม 2551.

³³ สุภัทรา นาคะผิว และคณะ, "การศึกษาทบทวนการคุ้มครองสิทธิและการอยู่ร่วมกัน," ใน รายงานผลการศึกษา ทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 228.

³⁴ เรื่องเดียวกัน.

³⁵ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ, ประวัติความเป็นมา, [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.rlpd.moj.go.th/history.htm>. [2550, ธันวาคม 15]

ขาดที่พึ่งในการเข้าถึงความยุติธรรม³⁶ แม้ว่าจุดมุ่งหมายสูงสุดของกระบวนการยุติธรรม คือ การสร้างความสงบสุขให้เกิดขึ้นในสังคม โดยการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ที่มุ่งถึงความสัมฤทธิ์ผลของความยุติธรรมบนพื้นฐานของมนุษยธรรม และการคุ้มครองสิทธิ แต่เนื่องจากยังมีสภาพปัญหาหลายประการที่ขัดขวางมิให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงความยุติธรรม เช่น การไม่มีความรู้ ความเข้าใจในบทบัญญัติของกฎหมาย และสิทธิเสรีภาพที่พึงมีพึงได้โดยชอบธรรม ทำให้ประชาชนถูกเอารัดเอาเปรียบและล่วงละเมิดสิทธิจากบุคคลที่อยู่ในภาวะที่เหนือกว่า

ดังนั้น หากพิจารณาจากหลักการในการก่อตั้งกรมที่ได้กล่าวไปเบื้องต้น กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ถือเป็นกลไกในกระบวนการยุติธรรมโดยตรงที่จะช่วยบังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยยับยั้งการละเมิดสิทธิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งย่อมรวมถึงกรณีการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์ด้วย ซึ่งการดำเนินงานของกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพที่ผ่านมา ยังไม่มีผลงานช่วยเหลือประชาชนที่เดือนร้อนอย่างเป็นที่ประจักษ์ชัดตามหลักการที่ได้สร้างไว้ มีเพียงบริการให้คำปรึกษาทางกฎหมายเท่านั้น

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิไปเบื้องต้น จะเห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายของทางภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการยับยั้งการละเมิดสิทธิทั้งนี้เห็นได้จากกรณีการละเมิดสิทธิที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ที่ยังคงเกิดขึ้นทั่วไปทุกวันในสังคมไทย

5.2.3 การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพิ่มขึ้นให้แก่ประชาชนที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบ และกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง

ในช่วง พ.ศ. 2544-2548 รัฐบาลยังไม่ได้จัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นให้แก่ประชาชนที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบ และกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง กล่าวคือ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณสำหรับไปใช้ในการดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2548 จะอยู่ภายใต้การวางกรอบแผนยุทธศาสตร์ตามแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 จากข้อมูลพบว่า มีงบประมาณรวมทั้งสิ้น 5,892,626,400 ล้านบาท โดยจำแนกงบประมาณตามกรอบยุทธศาสตร์ดังนี้³⁷

- (1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชนและสภาพแวดล้อมในสังคม งบประมาณรวม 4 ปี เป็นเงิน 468,251,676 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 7.95 ของงบประมาณ
- (2) ยุทธศาสตร์การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม งบประมาณรวม 4 ปี เป็นเงิน 4,439,156,632 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 75.33 ของงบประมาณ

³⁶ เรื่องเดียวกัน.

³⁷ วิพุธ พูลเจริญ, รายงานการศึกษาระยะที่ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรศาสนาแห่งชาติ, 2548), หน้า 52.

- (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย งบประมาณรวม 4 ปี เป็นเงิน 321,185,610 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 5.45 ของงบประมาณ
- (4) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ งบประมาณรวม 4 ปี เป็นเงิน 16,351,290 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของงบประมาณ
- (5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการ งบประมาณรวม 4 ปี เป็นเงิน 647,681,192 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 10.99 ของงบประมาณ

จากจำนวนงบประมาณตามกรอบยุทธศาสตร์ข้างต้น จะเห็นว่ายุทธศาสตร์ที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณสูงสุด คือ การจัดการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม คิดเป็นร้อยละ 75.33 ของงบประมาณรวม 4 ปี หรือเป็นจำนวนงบประมาณที่ใช้ 4,439,156,632 ล้านบาท อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึงขึ้น ในขณะที่งบประมาณสำหรับการสนับสนุนกิจกรรมการป้องกันซึ่งอยู่ในกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชนและสภาพแวดล้อมในสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ให้เรื่องของการป้องกันเอ็ดส์ได้รับงบประมาณทั้งสิ้นไม่ถึงร้อยละ 8 ของงบประมาณทั้งหมด และการใช้งบประมาณส่วนใหญ่ นั้น เป็นการจัดกิจกรรมทางสังคม การรณรงค์ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการสนับสนุนถุงยางอนามัยภายใต้โครงการถุงยางอนามัย 100% ซึ่งจัดกลุ่มเป้าหมายอยู่ในกลุ่มหญิงทำงานบริการ

ทั้งนี้ หากพิจารณาการจัดสรรงบประมาณที่ใช้สำหรับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ชาติ ประจำปีงบประมาณ 2547 จะเห็นได้ว่างบประมาณทั้งหมด จำนวน 1,629,767,000 บาท* กระจายอยู่ใน 10 กระทรวง 1 ทบวง และ 2 สำนักงาน ดังนี้³⁸

1. สำนักงานรัฐมนตรี มีภารกิจในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ทางเครือข่ายสื่อมวลชน งบประมาณ 4,000,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.25
2. กระทรวงกลาโหม มีภารกิจในการป้องกันปัญหาเอ็ดส์ในกลุ่มทหาร/ครอบครัว และชุมชนในเขตที่หน่วยทหารตั้งอยู่ รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดของกองทัพยังได้จัดบริการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ด้วย งบประมาณ 21,558,700 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.32
3. กระทรวงมหาดไทย มีภารกิจหลักในการสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนในชนบทและเขตเมือง เช่น เทศบาล กรุงเทพมหานคร และ องค์การบริหารตำบล (อบต.) ให้สามารถ

* ในงบประมาณจำนวนนี้มีงบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์รวม 70,000,000 บาท ตั้งรวมไว้ในงบประมาณของกรมควบคุมโรค สำหรับ 543 องค์กร รวม 567 โครงการอยู่ด้วย

³⁸ บุษบา ดันดีศักดิ์, วิเคราะห์งบประมาณแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2547, (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547), หน้า 9-11.

จัดการกับปัญหาเอดส์ และผลกระทบที่ตามมาได้ นอกจากนั้นยังรับผิดชอบต่อกลุ่มผู้ต้องขังซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวนมาก งบประมาณ 58,314,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.58

4. กระทรวงยุติธรรม มีภารกิจในการดูแลป้องกันปัญหาเอดส์ในเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง และผู้ต้องขังในเรือนจำ งบประมาณ 1,790,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.11

5. กระทรวงศึกษาธิการ มีภารกิจในการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนให้มีทักษะชีวิตที่สามารถป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากปัญหาเอดส์ ตลอดจนรับผิดชอบเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ซึ่งไม่สามารถได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องได้ งบประมาณ 13,156,080 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.81

6. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีภารกิจในการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนให้มีทักษะชีวิตที่สามารถป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากปัญหาเอดส์ ตลอดจนรับผิดชอบเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ซึ่งไม่สามารถได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องได้ งบประมาณ 1,298,400 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.08

7. กระทรวงวัฒนธรรม มีภารกิจในการปรับใช้กลไกทางศาสนาและวัฒนธรรม ให้สามารถช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้อยู่ในชุมชนได้ งบประมาณ 2,910,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.18

8. กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการบริหารงานวิจัยวัคซีนโรคเอดส์ ยารักษาโรคเอดส์ และพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในกลุ่มประชาชน รวมทั้งการส่งเสริมค่านิยม ทักษะที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อีกทั้งได้รับมอบหมายภารกิจจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ ให้เป็นหน่วยงานประสานนโยบายและการปฏิบัติตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งชาติ งบประมาณ 1,300,088,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 79.77 (รวมงบประมาณที่สนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ 70,000,000 บาท)

9. ทบวงมหาวิทยาลัย มีภารกิจหลักในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แก่นิสิตนักศึกษาในสังกัด อีกทั้งให้บริการคำปรึกษาดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ในแต่ละมหาวิทยาลัย งบประมาณ 162,814,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.99

10. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีภารกิจหลักในการให้ความรู้กับกลุ่มแรงงาน งบประมาณ 5,782,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.35

11. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจหลักในการจัดบริการสังคมสงเคราะห์และพัฒนาทักษะทางอาชีพให้กับแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ งบประมาณ 44,811,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.75

12. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีภารกิจหลักในการป้องกันและรักษาพยาบาลโรคเอดส์ โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากการล่วงละเมิดทางเพศ และจากปัญหายาเสพติดในโรงพยาบาลตำรวจและประสานกับโรงพยาบาลทั่วไปทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่เกิดเหตุ งบประมาณ 3,476,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.21

13. สำนักงานอัยการสูงสุด มีภารกิจหลักในการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ และการพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และประชาชนทั่วไป งบประมาณ 700,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.04

หากพิจารณาจากการจัดสรรงบประมาณในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ไปยังหน่วยงานรับผิดชอบต่างๆ จะเห็นว่างบประมาณเกือบร้อยละ 80 อยู่ภายในกระทรวงสาธารณสุข โดยงบประมาณจำนวนนี้ สำหรับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการบริหารงานวิจัยวัคซีนโรคเอดส์ ยารักษาโรคเอดส์ และพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งในส่วนของการแก้ปัญหาที่เป็นผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์โดยเฉพาะจำนวนงบประมาณที่ใช้สำหรับแก้ปัญหาเรื่องของสิทธิของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว และประชาชนทั่วไป ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรชายขอบ มีจำนวนงบประมาณน้อยมาก และไม่มีการจัดสรรงบประมาณที่เพิ่มขึ้น โดยในแต่ละปีงบประมาณตั้งแต่ ปี 2544-2548 ทางรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่สำนักอัยการสูงสุดแค่เพียง 700,000 บาท เป็นจำนวนเท่ากันทุกปี ตลอดจนจำนวนงบประมาณที่ได้จัดสรรไปยังกระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคม และกระทรวงยุติธรรม ที่มีภารกิจหลักแก้ปัญหาผลกระทบในกลุ่มประชากรชายขอบ กลุ่มเสี่ยง ก็ยังมีงบประมาณที่น้อยมากหากเทียบกับปัญหาที่มีอยู่

ทั้งนี้ ผู้วิจัยพบข้อมูลที่บ่งชี้ว่าการจัดสรรงบประมาณและการจัดกิจกรรมเพื่อให้บริการทางสุขภาพและสังคมแก่กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาสของทางรัฐบาลยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึง จากการศึกษาและวิเคราะห์ถึงการจัดสรรงบประมาณกิจกรรมและผลสัมฤทธิ์ของโครงการเอดส์ในแต่ละกลุ่มประชากร พ.ศ. 2545-2548 ในรายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันเอดส์และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ที่เรียบเรียงโดย นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลยังมีข้อบกพร่องในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรด้านเอดส์ไปยังกลุ่มผู้หญิงทำงานบริการ กลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขังและเยาวชนในสถานพินิจ กลุ่มแรงงาน เช่น

กลุ่มหญิงทำงานบริการ การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณไปยังกลุ่มหญิงทำงานบริการมีจำนวนงบประมาณเท่าเดิมและยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ แม้จะมีโครงการถุงยางอนามัย

100 เปอร์เซ็นต์ สำหรับการกระจายตุยงยามอนมายไปสู่อหุญงบรการและสถานขยายบรการทางเพศทุกปี แต่หุญงบรการส่วนใหญก็ไม่สามารถใช้โครงการสร้างบรการสุภาพได้ เนื่องจาก ผลจากการเปลียนแปลงแบบแผนบรการทางเพศในปัจจุบัน จากการขยายตัวของแหล่งบ้นเทงออกไปในพื้นที่ต่างๆ อย่างกว้างขวาง กอปรกับการกำหนดนโยบายจัดระเบียบสังคมของรัฐบาล ทำให้มีการควบคุมกำกับสถานบ้นเทงทุกประเภท ทำให้การขยายบรการในรูปแบบชองที่มีอยู่มากมายเมื่อ 10 ปีก่อน ค่อยๆ ลดหายไปแล้วเกิดรูปแบบบรการแบบใหม่ ได้แก่ คาราโอเกะ บาร์เบียร์ หุญงบรการตามสวนอาหาร คาเฟ่ บาร์หรือผับ เพิ่มมากขึ้นในทุกจังหวัด รวมทั้งขยายออกไปในพื้นที่ชนบทด้วย³⁹ รวมไปถึง การปรับโครงสร้างของหน่วยงานราชการในกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นผลจากการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลให้มีการยุบรวมหน่วยกวมโรคเข้าไปอยู่กับหน่วยบรการโรงพยาบาล ทำให้การออกให้บรการกลุ่มหุญงทำงานบรการนอกสถานที่ขาดหายไป และส่งผลให้ไม่สามารถปรับบรการให้เท่าทันสถานการณ์สถานบ้นเทงทางเพศที่แปรเปลียนไปอย่างรวดเร็ว⁴⁰

กลุ่มชายรักชาย กลุ่มความหลากหลายทางเพศ การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้แก่คนกลุ่มนี้ยังขาดแคลนเป็นจำนวนมาก กล่าวคือ แม้ว่าจะมีหลักฐานสำคัญที่สะท้อนถึงอัตราการแพร่ระบาดของเอชไอวีที่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจกลุ่มชายรักชายในสถานบ้นเทง 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร และภูเก็ต พบแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2546 มาเป็นร้อยละ 28.3 ในปี พ.ศ. 2548 และยังคงพบว่ามี การติดเชื้อในสาวประเภทสองในประชากรที่มีการศึกษาสูงถึงร้อยละ 17.6⁴¹ แต่การดำเนินงานนั้นยังมีเพียงการเริ่มเคลื่อนไหวเพื่อขยายกิจกรรมให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มชายรักชาย ตลอดจนเริ่มทดลองจัดบรการทางสุภาพเพื่อขยายชองทางให้กับกลุ่มประชากรเหล่านี้เท่านั้น

ทั้งนี้ อุปสรรคในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่กลุ่มประชากรนี้ อาจเป็นเพราะมีข้อจำกัดเรื่องของการขาดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในด้านเพศสภาวะและพฤติกรรมชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แม้จะมีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพและวิถีชีวิตของเยาวชนในสถานศึกษาเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้จัดกระบวนการศึกษาเรียนรู้พฤติกรรมและทักษะทางเพศของประชากรกลุ่มนี้อย่างจริงจัง การวิจัยที่ริเริ่มจึงเป็นการศึกษาในเชิงระบาดวิทยาในกลุ่มที่ใช้สถานบรการบ้นเทงหรือกลุ่มชายรักชายที่ขยายบรการทางเพศเป็นส่วนสำคัญของการดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารและจัดบรการให้⁴²

³⁹ วิพุธ พูลเจริญ, รายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549, หน้า 56.

⁴⁰ เรื่องเดียวกัน.

⁴¹ เรื่องเดียวกัน หน้า 57.

⁴² เรื่องเดียวกัน.

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการเพิ่มอัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องชี้วัดถึงการขาดการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ และสะท้อนถึงความล้มเหลวของการพัฒนาโยบายควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดมาตลอดกว่าสองทศวรรษ นอกจากนี้ หากพิจารณาจากข้อมูลการวิเคราะห์โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชี้ให้เห็นว่า รัฐบาลมิได้จัดสรรงบประมาณให้แก่กิจกรรมในด้านการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยตรงที่เพิ่มมากขึ้น โดยเป็นงบประมาณจำนวนมากที่รัฐบาลสนับสนุนเข้าไปใช้ตามนโยบายการทำสงครามปราบปรามยาเสพติดตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้มีงบประมาณจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) กระทรวงยุติธรรมเป็นจำนวนมากเข้ามาใช้ในการปราบปรามผู้ขายยาเสพติด และการจัดการดูแลรักษาในสถาบัน และชุมชนเพื่อลดจำนวนผู้ติดยาเสพติด

อย่างไรก็ตาม งบประมาณจำนวนนี้เป็นไปเพื่อการปราบปรามผู้ขายยาเสพติดเสียมากกว่า เนื่องจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรให้เข้าถึงกลุ่มชายขอบดังเช่นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดอย่างมาก และส่งผลให้จำนวนผู้ใช้สารเสพติด ทั้งที่เสพติดด้วยการกินดื่มและเสพติดด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดโดยตรงขาดหายไปจากระบบการให้บริการและการติดตามจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่รายงานจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนลดน้อยลง⁴³ โดยข้อมูลของผู้ติดยาเสพติดในกรุงเทพมหานคร ก่อนการเริ่มรณรงค์สงครามยาเสพติด พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้เสพยามีจำนวนลดลง แต่กลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถติดต่อได้หลัง พ.ศ. 2545 และการศึกษาในกลุ่มรายย่อยส่วนต่างๆ ของประเทศ แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ใช้สารเสพติดกระจายอยู่ในหลายชุมชนและมีแบบแผนการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายภายในแต่ละกลุ่มย่อยๆ โดยขาดช่องทางที่มายังบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม⁴⁴ เนื่องจากถูกกีดกันด้วยเงื่อนไขการใช้มาตรการทางกฎหมายที่มุ่งปราบปรามผู้ขายยาเสพติดและการฆ่าตัดตอน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ขายยามากขึ้น

ปัจจุบันมีกลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกเพื่อต่อต้านเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย เข้าไปพัฒนากิจกรรมการทำงานกับกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และริเริ่มโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม⁴⁵ เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้แผนงานได้เชื่อมต่อไปกับชุมชนกลุ่มนี้ เพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน สำหรับพัฒนารูปแบบวิธีการสำหรับติดตามและจัดบริการให้ดำเนินต่อไป

ผู้ต้องขังและเยาวชนในสถานพินิจ สำหรับการจัดสรรงบประมาณตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้กับกิจกรรมในกลุ่มประชากรนี้ค่อนข้างน้อย คือ กรมราชทัณฑ์ กระทรวง

⁴³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 58.

⁴⁴ เรื่องเดียวกัน.

⁴⁵ เรื่องเดียวกัน.

ยุติธรรม ได้งบประมาณจาก พ.ศ. 2545-2548 เพียง 2.45 ล้านบาทหรือเฉลี่ยปีละ 621,500 บาทเท่านั้น ในขณะที่ควรจะต้องจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมในเรือนจำทุกจังหวัด และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนได้รับงบประมาณในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาเพียง 3.47 ล้านบาท หรือ เฉลี่ยปีละ 867,500 บาท เท่านั้น⁴⁶ ในขณะที่มีนโยบายขยายสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนออกให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างจังหวัดมากขึ้น

ทั้งนี้ จากข้อมูลในแผนโครงการที่จัดทำค่าของงบประมาณแสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่แล้ว สำหรับการพัฒนาครูหรือผู้ควบคุมให้มีความรู้ในด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเสียมากกว่า แต่สำหรับกิจกรรมที่จัดลงไปยังนักโทษและเด็กที่ถูกกักกันจะเป็นกิจกรรมด้านการฝึกอบรม การจัดบริการด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และสังคมภายในเรือนจำและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนยังขาดแคลน นอกจากนี้แล้ว การมีพฤติกรรมรักร่วมเพศและการใช้ยาเสพติดอยู่ในเรือนจำและสถานกักกัน ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปมาในกลุ่มประชากรเหล่านี้ โดยปัญหาที่สำคัญ คือ มีนักโทษจำนวนหนึ่งที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ หากแต่ไม่สามารถได้รับการได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง⁴⁷ มีเพียงโรงพยาบาลเรือนจำกลางและเรือนจำมหันตโทษที่บางขวางที่มีแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่พอจะให้บริการได้ หากแต่ในเรือนจำและสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ไม่ได้จัดบุคลากรและสถานที่สำหรับบริการที่เพียงพอต่อความต้องการเหล่านี้⁴⁸ ซึ่งแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ทางรัฐบาลควรตระหนักถึงและจัดสรรงบประมาณให้แก่ผู้ต้องขังและเด็กในสถานพินิจอย่างเพียงพอ

กลุ่มแรงงาน กลุ่มแรงงานที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบ และกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มแรงงานอพยพ กลุ่มแรงงานต่างด้าว และกลุ่มลูกเรือประมง โดยในส่วนของแรงงานอพยพนั้น จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณในแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2548 ไม่ปรากฏค่าของงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินการให้แก่กลุ่มแรงงานก่อสร้างที่มีการอพยพโยกย้ายหลักแหล่งไปตามสถานที่ที่รับจ้างงาน โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานก่อสร้างที่มีการอพยพโยกย้ายบ่อยและมีได้จ้างงานที่เป็นระบบที่สามารถติดตามและจัดบริการทางสังคมได้ แม้แต่กลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ก็มีได้วางแผนกิจกรรมที่มุ่งให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรส่วนนี้ มีเพียงผลการศึกษาเชิงสังคมที่สะท้อนให้เห็นถึงชีวิตที่เสี่ยงภัยจากทั้งอุบัติเหตุจากการทำงานและเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคเอดส์เนื่องจากขาดความรู้และไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้

สำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าว และกลุ่มลูกเรือประมง กลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน คือ ทางภาครัฐยังมีได้จัดทำงบประมาณสำหรับลงไปดำเนินการให้ความรู้และบริการต่อกลุ่มประชากรส่วนนี้ และในส่วนของกลุ่มแรงงานต่างด้าวนั้น แม้ว่าทางภาครัฐจะมี

⁴⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 62.

⁴⁷ เรื่องเดียวกัน.

⁴⁸ เรื่องเดียวกัน.

แนวนโยบายจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว เพื่อให้สามารถจัดบริการสวัสดิการและดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึง แต่จากการคาดประมาณถึงการเข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยผิดกฎหมายและไม่ได้ขึ้นทะเบียนของกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบว่ามีแรงงานต่างด้าวมากถึงกว่า 1 ล้านคน ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ทางรัฐบาลยังไม่มีการจัดสรรงบประมาณและการจัดบริการสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคมอย่างเพียงพอ มีเพียงการทำงานขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ลงไปทำงานกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ตามแนวตะเข็บชายแดน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานเอกชนนานาชาติและกองทุนโลก แต่ยังคงขาดการสนับสนุนจากทางภาครัฐ โดยเฉพาะการแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านภาษา เพื่อให้เกิดการสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจและสร้างความเชื่อมโยงเข้าไปสู่การจัดบริการทางสังคมและสุขภาพให้แก่ประชากรกลุ่มนี้

และในส่วนของกลุ่มลูกเรือประมงนั้น โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่ชายทะเลของประเทศไทยและที่ออกไปประกอบอาชีพในน่านน้ำต่างประเทศ กลุ่มลูกเรือประมงประกอบด้วยแรงงานทั้งที่เป็นคนไทยและแรงงานที่เป็นคนต่างด้าว การจัดบริการและการให้การศึกษาในด้านปัญหาเอ็ดส์กับประชากรกลุ่มนี้ ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง ดังนั้นในแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จึงไม่เคยมีหน่วยงานที่จัดทำโครงการสำหรับบริการให้กับกลุ่มลูกเรือประมง มีเพียงการจัดกิจกรรมขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่จังหวัดในเขตอ่าวไทยและในพื้นที่จังหวัดชายทะเลภาคใต้ โดยได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกประเทศ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก⁴⁹

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า รัฐบาลยังขาดการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรไปยังกลุ่มประชากรที่ยากจน กลุ่มชายขอบ และกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงทำงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขังและเยาวชนในสถานกักกัน อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น แรงงานอพยพ แรงงานต่างด้าวและกลุ่มลูกเรือประมง โดยโครงการที่สนับสนุนเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนอื่น ที่ไม่ใช่งบประมาณปกติ ได้แก่ กลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายที่มีกิจกรรมการป้องกันเอ็ดส์ชายแดน โครงการฟาร์มิตรที่ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอ็ดส์ในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก⁵⁰ ส่วนกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดมีโครงการป้องกันการติดเชื้อ โดยกรมควบคุมโรค ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ

⁴⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 64.

⁵⁰ บุษบา ตันติศักดิ์, "การวิเคราะห์แปลงแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติพ.ศ. 2545-2548 ไปสู่โครงการ/กิจกรรม," ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในช่วงแผนเอ็ดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 9-10.

5.2.4 การเปลี่ยนแปลงในด้านการตระหนักรู้ทัศนคติ พฤติกรรม แนวปฏิบัติ บรรทัดฐาน และคุณค่า(ค่านิยม)

“เรื่องเอดส์จริงๆ ต้องบอกว่าเป็นเรื่องของคนทุกคน แต่คนก็ยัง
ประเมินว่าตนไม่มีโอกาสติดหรอก มองเรื่องเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว นี่คือ
ปัญหาใหญ่ คือมองว่าตนไม่น่าจะเป็นคนที่มีโอกาสรับเชื้อ ทัศนคติของคน
ในสังคมไม่คิดว่าเอดส์เป็นเรื่องใกล้ตัว อาจจะมีมองว่าเอดส์เป็นปัญหา
ของคนกลุ่มคน ซึ่งตรงนี้เป็นปัญหา ซึ่งเวลาเรามองคนที่ป็นก็จะถูกตี
ตรา ถูกตีค่ากลุ่มคนที่มีโอกาสติดสูง เช่น พนักงานบริการ ผู้ใช้ยาเสพติด
ชนิดฉีด กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ อันนี้คือแง่ของการตี
ตรา”⁵¹

นี่คือคำพูดของนายกมล อุปแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย
ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนได้ดีถึงการตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ของคนในสังคมไทยที่ยังคงไม่มีการ
เปลี่ยนมุมมองว่าเอดส์เป็นเรื่องของคนทุกคนในสังคมที่ควรจะตระหนักถึง แม้ว่าตลอดเวลากว่า
20 ปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานของทางภาครัฐบาล ผ่านโครงการและกิจกรรมเพื่อรณรงค์สร้าง
ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเอดส์มากมายก็ตาม อีกทั้งคนในสังคมส่วนใหญ่ยังตีตรา
มองเรื่องเอดส์เป็นเรื่องของคนที่มีความประพฤติไม่ดี พวกไว้การศึกษา พวกทำงานขายบริการ
ทางเพศ ซึ่งด้วยทัศนคติที่กล่าวมานี้ ส่งผลต่อการกำหนดกิจกรรมของทางภาครัฐที่จะเข้าไป
ทำงานกับคนกลุ่มนี้ก่อน เช่น โครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่
หญิงขายบริการเพราะมีทัศนคติว่าเป็นกลุ่มที่แพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น

นอกจากนี้ นายกมล ยังได้แสดงความคิดเห็นถึงทัศนคติที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปของคนใน
สังคมบางกลุ่มต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่ามีทัศนคติที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีความเข้าใจมากขึ้น
การมีโอกาสได้ทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และรับรู้ว่าจะเอดส์สามารถรักษาได้หากผู้ติดเชื้อ
เข้าถึงบริการทางยา จากเมื่อก่อนที่มีความเห็นว่าผู้ติดเชื้อเป็นคนไม่ดี มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม
โดยเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยว่า

“ส่วนในแง่ของคนติดเชื้อเอดส์แล้วจะถูกมองว่าเป็นคนที่ไม่ดี
นะครับ มองว่าเป็นเรื่องที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไปใช้ยา ไปมีเช็กส์
เป็นอะไรที่เป็นเรื่องไม่ดี สังคมไม่ยอมรับก็ถูกตีตรา ถูกตัดสินว่าเป็นคน
ไม่ดี ทั้งๆ ที่พฤติกรรมเหล่านั้นก็เป็นพฤติกรรมของมนุษย์ คือกำลังจะ
บอกว่าที่ผ่านมามีการตัดสินว่าดีแล้วกับเรื่องเอชไอวีอยู่เยอะ กับเรื่องว่า

⁵¹ สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, 6 กรกฎาคม 2550.

คนเป็นล่าสอนบ้างอะไรบ้างซึ่งหลายคำผมก็ไม่อยากจะใช้ ซึ่งนั่นคือสิ่งที่ผ่านมา ปัจจุบันเป็นไงบ้าง ผมคิดว่า ก็ในแง่ทัศนะบางกลุ่มถือว่าดีขึ้น โดยเฉพาะคนที่มีโอกาสได้ทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อในพื้นที่ก็เริ่มมีทัศนะเปลี่ยนไปบ้างเริ่มมีทัศนคติที่ดีขึ้น เปลี่ยนในที่นี้อาจจะด้วยข้อมูลกับสิ่งที่เค้าได้เรียนรู้ กับการที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ อันนั้นในแง่สังคมที่นี้ในแง่กายภาพแน่นอนปัญหาใหญ่ ต้องบอกว่าเป็นเรื่องของ การเข้าถึงบริการทางยา ดูเหมือนว่าบ้านเราจะดีขึ้นดูโอเค 4-5 ปีมาเราได้ยา ARV ยาต้านไวรัส มากขึ้น โครงการองค์การเภสัชฯทำยาออกมาได้เองทำให้ยาราคาถูกลง ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเข้าถึงยาได้มากขึ้น อันนี้ชัดเจนว่าลดการเจ็บป่วยลดการตาย กวาร์ร้อยละ 80 ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าเริ่มดีแล้ว”⁵²

จากที่กล่าวไปเบื้องต้นเป็นความคิดเห็นของประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับทัศนคติโดยรวมของคนในสังคมที่มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ เนื่องจากการที่โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาได้ และรัฐบาลขยายโอกาสแนวปฏิบัติให้แก่ผู้ติดเชื้อมีโอกาสการเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น ส่งผลให้คนในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและมีมุมมองที่เริ่มเห็นคุณค่าในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม หากลมมองในมุมกลับกันถึงทัศนคติของคนในสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อและเรื่องโรคเอดส์นั้น ยังพบว่ามีปัญหาอยู่มาก

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานโครงการ ASO Thailand จะเห็นว่ามีการปรับทัศนคติให้กับผู้บริหารในสถานประกอบกิจการ ซึ่งทำให้สถานประกอบกิจการมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนนโยบายไปในทางที่ดีขึ้น แต่ปัญหาเรื่องทัศนคติยังคงมีอยู่ กล่าวคือ หากพิจารณาจากผลสำรวจนโยบายเอดส์ในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 ภายใต้โครงการนำร่องพัฒนามาตรฐานการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ พบว่านโยบายเอดส์ของสถานประกอบกิจการยังมีการละเมิดสิทธิอยู่ เนื่องจากสถานประกอบกิจการยังมีนโยบายการบังคับตรวจเลือดผู้สมัครงานและพนักงานในสถานประกอบกิจการ อีกทั้งยังคงเลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อ ตลอดจนผลการสำรวจทัศนคติของพนักงานภายในสถานประกอบกิจการยังไม่สามารถทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ จับต้องร่างกาย หรือกินอาหารร่วมกันได้ แสดงให้เห็นว่ายังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการตระหนักรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม แนวปฏิบัติ บรรทัดฐาน และคุณค่า

⁵² สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, 6 กรกฎาคม 2550.

**ตารางที่ 4 นโยบายเอดส์ของสถานประกอบกิจการและทัศนคติของพนักงานใน
สถานประกอบกิจการ**

นโยบายเอดส์ของสถานประกอบกิจการ	ปี 2544 152 แห่ง ใน กทม.(ร้อยละ)	ปี 2546 65 แห่ง จังหวัดระยอง(ร้อยละ)
บังคับตรวจเลือดเอดส์ผู้สมัครงาน	22	25
บังคับตรวจเลือดเอดส์พนักงาน	27	20
เลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อเอดส์	36	1.5
จัดอบรมเรื่องเอดส์ให้พนักงานทุกคน	19	15
		ยังไม่กำหนดนโยบาย 58
ทัศนคติของพนักงานในสถานประกอบกิจการ	กทม. (จำนวน 9,799 คน) (ร้อยละ)	ระยอง (จำนวน 565 คน) (ร้อยละ)
ไม่สามารถทำงานร่วมกันได้	17	21
ไม่สามารถจับต้องร่างกาย กินอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน เยี่ยมเยียนหรือใกล้ชิดเพื่อนพนักงานที่ป่วย	39	84

ที่มา : เครือทิพย์ จันทรธำนิวัฒน์, วิจินดา ชวนนางกูร และนางอัมพร ศรีสำราล, “การศึกษาทบทวนการดำเนินงานป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ:กลุ่มผู้ใช้แรงงาน,” ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 138-139.

จากตารางข้างบน (ตารางที่ 4) เป็นผลการสำรวจนโยบายของสถานประกอบกิจการต่างๆ จำนวน 152 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร 404 แห่ง ของสมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ (TBCA) ปี พ.ศ. 2544 พบว่า สถานประกอบกิจการยังตรวจเลือดผู้สมัครงานถึง ร้อยละ 22 และมีการบังคับตรวจเลือดพนักงาน ร้อยละ 27 ตลอดจนเลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อ ร้อยละ 36 โดยที่สถานประกอบกิจการมีการอบรมให้ความรู้แก่พนักงานทุกระดับเพียง ร้อยละ 19

นอกจากนี้แล้วยังสำรวจทัศนคติของพนักงานในสถานประกอบกิจการ จำนวน 9,799 คน ในประเด็นทัศนคติต่อพนักงานที่ติดเชื้อ พบว่าพนักงาน ร้อยละ 21 ไม่สามารถทำงานร่วมกันได้ และมีพนักงานจำนวนสูงถึง ร้อยละ 39 ไม่สามารถจับต้องร่างกาย กินอาหารร่วมกัน

ใช้ห้องน้ำร่วมกัน เยี่ยมเยียนและใกล้ชิดกับเพื่อนที่ป่วยได้ แสดงให้เห็นว่าพนักงานส่วนหนึ่งยังคงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อเรื่องโรคเอดส์

ผลการสำรวจข้อมูลนโยบายการจัดการเอดส์ของสถานประกอบกิจการ ปี 2546⁵³ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารฝ่ายบุคคลของสถานประกอบกิจการ จำนวน 65 แห่ง ในนิคมอุตสาหกรรม อีสเทอร์น ซีบอร์ด ของโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ จังหวัดระยอง โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พบว่า สถานประกอบกิจการมีนโยบายบังคับตรวจเลือดพนักงานร้อยละ 25 สถานประกอบกิจการบังคับตรวจเลือดพนักงานร้อยละ 20 และเลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 1.5 จัดการอบรมเรื่องเอดส์ให้แก่พนักงานทุกคนร้อยละ 15 และมีจำนวนสถานประกอบกิจการ ที่ยังไม่มีกำหนดนโยบายสูงถึงร้อยละ 58

ส่วนข้อมูลการสำรวจทัศนคติของพนักงาน พบว่ายังมีทัศนคติไม่ดีของพนักงาน กล่าวคือ ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ร้อยละ 21 และมีพนักงานจำนวนสูงถึงร้อยละ 84 ที่ไม่สามารถจับต้องร่างกาย กินอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน เยี่ยมเยียนหรือใกล้ชิดกับเพื่อนพนักงานที่ป่วยเป็นเอดส์ได้ ผลสำรวจทัศนคตินี้ แสดงให้เห็นถึงการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานที่ยังมีทัศนคติในแง่ลบกับผู้ติดเชื้อ

ทั้งนี้ผลการสำรวจเบื้องต้นนี้เป็นการสำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2546 เป็นเพียงภาพสะท้อนทัศนคติส่วนหนึ่งของคนในภาคอุตสาหกรรมที่มีต่อเอดส์โดยมิได้สำรวจอย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่และทุกภาคส่วนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจนโยบายเอดส์ในสถานประกอบกิจการและทัศนคติของพนักงานที่มีต่อเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ได้สะท้อนให้เห็นว่า สถานประกอบกิจการบางแห่งยังมีนโยบายตรวจเลือดผู้สมัครงาน อีกทั้งพนักงานในสถานประกอบกิจการ โดยเฉพาะในนิคมอุตสาหกรรม อีสเทอร์น ซีบอร์ด มีทัศนคติดังกล่าวผู้ร่วมงานที่ติดเชื้อ โดยไม่สามารถจับต้องร่างกาย กินอาหารร่วมกัน ใช้ห้องน้ำร่วมกัน เยี่ยมเยียนหรือใกล้ชิดกับเพื่อนพนักงานที่ป่วยเป็นเอดส์ได้ ผลสำรวจนี้ เป็นการสำรวจก่อนทางภาครัฐจะดำเนินการโครงการมาตรฐาน ASO Thailand

โดยหลังจากที่มีโครงการมาตรฐาน ASO Thailand แล้ว พบว่าผลเชิงนโยบายของสถานประกอบกิจการต่างๆ ใน 32 จังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงในแนวปฏิบัติของสถานประกอบกิจการ บริษัทส่วนใหญ่มีนโยบายไม่บังคับตรวจเลือดผู้สมัครงาน ไม่บังคับตรวจเลือดพนักงาน ไม่เลิกจ้าง

⁵³ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, กองสวัสดิการแรงงาน “รายงานผลการสำรวจข้อมูล การจัดการด้านเอดส์ของสถานประกอบกิจการ ในนิคมอุตสาหกรรมอีสเทิร์น ซีบอร์ด ปี 2546,” (เอกสารโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ จังหวัดระยอง พ.ศ. 2546) อ้างถึงใน เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์, วิจินดา ชวนางกูร และนางอัมพร ศรีสารवल, “การศึกษาทบทวนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ: กลุ่มผู้ใช้แรงงาน,” ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 138.

ผู้ติดเชื้อ ซึ่งตรงกันข้ามกับคำสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อว่า โครงการนี้ดีในหลักการและสามารถเขียนโครงการไว้อย่างสวยหรู แต่ความจริงแล้ว ผู้ติดเชื้อยังถูกบริษัทไล่ออกจากงานอยู่ และพวกเขาเห็นว่าโครงการนี้เป็นโครงการลวงโลก⁵⁴ สำหรับเรื่องของทัศนคติของพนักงานในสถานประกอบการ มีการจัดอบรมหลักสูตรแกนนำ เพื่อปรับปรุงทัศนคติของพนักงานกับเรื่องเอดส์ โดยการประเมินผลหลังการอบรม ระบุว่าส่วนใหญ่แกนนำสามารถทำงานในห้องเดียวกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น สามารถใช้โทรศัพท์ร่วมกันกับพนักงานที่ติดเชื้อได้มากขึ้น สามารถใช้ห้องน้ำเดียวกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น สามารถทานอาหารสำหรับเดียวกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น สามารถจับต้องตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะเริ่มมีการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวปฏิบัติ และบรรทัดฐานแล้ว แต่สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการดำเนินงานในภาคธุรกิจเท่าเพียงเท่านั้น ยังไม่รวมถึงหน่วยงานราชการ อีกทั้งการดำเนินงานของโครงการนี้ยังกระจายการทำงานในพื้นที่ 32 จังหวัด ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ

อนึ่ง สำหรับการดำเนินงานในการแก้ไขปรับเปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม บรรทัดฐานและคุณค่าให้แก่คนในสังคมในเรื่องโรคเอดส์นั้น ผู้วิจัยพบว่า ทางภาครัฐ หน่วยงานราชการไม่มีการดำเนินงานในส่วนนี้อย่างชัดเจน ที่ผ่านมามีการดำเนินงานรัฐบาลมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้ในการป้องกันและการดูแลรักษาเป็นงานหลัก โดยจากรายงานการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 โครงการหลักของแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ คือ โครงการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ การบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัส การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ จึงมีการเสนอให้ทางกระทรวงแรงงานขยายโครงการมาตรฐานการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ให้ครอบคลุมไปยังหน่วยงานราชการ ในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2548 แต่ก็ยังมีได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังพบข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการมีความตระหนักรู้และเข้าใจเรื่องเอดส์มากขึ้นของคนในสังคม แต่ก็ยังคงมีทัศนคติที่ยังคงมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นที่น่ารังเกียจอยู่ คือ จากรายงานผลสำรวจราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทย

ผลการสำรวจความเข้าใจที่ถูกต้องของสตรีเกี่ยวกับการไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์พบว่า พบว่า สตรีอายุ 15-49 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.1 เข้าใจถูกต้องว่าการใช้วิธีทางไสยศาสตร์จะไม่

⁵⁴ สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย (2544-2546, 2546-2548), 13 ธันวาคม 2550.

สามารถทำให้ติดเชื้อได้ และร้อยละ 71.6 มีความเข้าใจถูกต้องว่าการถูกยุงกัดจะไม่สามารถทำให้ติดเชื้อได้ สตรีร้อยละ 77.9 เข้าใจถูกต้องว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถติดเชื้อได้⁵⁵

สำหรับความเข้าใจถูกต้องว่าไม่สามารถติดเชื้อเอชไอวี ได้โดยการรับประทานอาหารร่วมกันมีสตรี ร้อยละ 78.3 และร้อยละ 95.6 ทราบว่าสามารถติดเชื้อเอชไอวี ได้โดยการฉินยา ร่วมกัน และพบว่า ความเข้าใจที่ถูกต้องนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษาของสตรี กล่าวคือ สตรีที่ไม่มีการศึกษามีความเข้าใจถูกต้องน้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป⁵⁶ จากการสำรวจเบื้องต้น แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ภายในประเทศไทยมีความตระหนักรู้และเข้าใจถึงวิธีการติดต่อเอชไอวีเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ การสำรวจครั้งนี้ยังได้สอบถามถึงทัศนคติของสตรีเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย โดยการถามคำถาม 4 ข้อ คือ (1) จะไม่สนใจสมาชิกในครัวเรือนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์หรือไม่ (2) จะเก็บไว้เป็นความลับถ้ามีสมาชิกในครัวเรือนติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ (3) ควรให้ครูที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ไม่แสดงอาการสอนหนังสือในโรงเรียนต่อไปหรือไม่ (4) ถ้ารู้ว่าคนขายอาหารติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะซื้ออาหารจากเขาหรือไม่ ซึ่งผลการสำรวจพบว่าสตรีอายุ 15- 49 ปี ร้อยละ 36.7 ตอบว่าถ้าสมาชิกคนใดในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวี จะเก็บไว้เป็นการความลับ และร้อยละ 29.2 ของสตรีอายุ 15- 49 ปี เชื่อว่าครูที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แต่ไม่แสดงอาการ ไม่ควรมาสอนหนังสือในโรงเรียน⁵⁷

นอกจากนี้แล้ว สตรีเป็นจำนวนสูงถึงร้อยละ 65.3 ตอบว่า จะไม่ซื้ออาหารจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยผลการสำรวจนั้น สตรีเกือบทุกกลุ่มให้ความสำคัญกับการไม่ซื้ออาหารจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากกว่าการให้ครูที่ติดเชื้อมาสอนหนังสือ นอกจากนี้ ผลการสำรวจยังพบว่า สตรีที่เห็นด้วยกับการตั้งข้อรังเกียจอย่างน้อย 1 ข้อ มีถึงร้อยละ 79.3 โดยสตรีในภาคใต้เห็นด้วยกับการตั้งข้อรังเกียจอย่างน้อย 1 ข้อสูงกว่าสตรีภาคอื่นๆ ร้อยละ 82.2 และสตรี ร้อยละ 20.7 ไม่เห็นด้วยกับการตั้งข้อรังเกียจทั้งหมด โดยพบว่าสตรีภาคเหนือไม่เห็นด้วยกับการตั้งข้อรังเกียจทั้งหมดสูงกว่าสตรีภาคอื่นๆ ร้อยละ 27.4⁵⁸

ดังที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านการตระหนักรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม แนวปฏิบัติ บรรทัดฐาน และคุณค่า(ค่านิยม) จะเห็นว่าการตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์ของคนในสังคมไทยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก และมีแนวปฏิบัติบางอย่างที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หากแต่สิ่งที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงไป คือ เรื่องของทัศนคติ พฤติกรรม บรรทัดฐาน และคุณค่าของคนในสังคมที่มักจะมีอคติกับเรื่องเอดส์อยู่อีกมาก ซึ่งทางภาครัฐยังไม่มีการเป็นรูปธรรมนอกเหนือไปจากโครงการมาตรฐาน ASO Thailand ที่ดำเนินงานภายในสถานประกอบ

⁵⁵ องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, หน้า 55.

⁵⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 56.

⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 57.

⁵⁸ เรื่องเดียวกัน.

กิจการ ถือเป็นปัญหาที่รัฐบาลควรจะมีการขยายโครงการหรือกิจกรรมรองรับในภาคส่วนอื่น ๆ ให้ครอบคลุม

5.2.5 การปรับปรุงในด้านคุณภาพและการตอบสนองต่อปัญหาของสถาบันและหน่วยงานที่ให้บริการต่าง ๆ

แม้ว่าทางรัฐบาลจะมีการปรับปรุงในด้านคุณภาพและการตอบสนองต่อปัญหาเรื่องเอดส์ของสถาบันหน่วยงานที่ให้บริการต่าง ๆ แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบการละเมิดสิทธิอันเกิดจากการไม่ตอบสนองในหน่วยงานที่ให้บริการต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น กรณีของโครงการ NAPHA การเปิดเผยความลับของผู้ติดเชื้อในโครงการ NAPHA การปฏิเสธการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวไปแล้วว่า ในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการ NAPHA ซึ่งเป็นโครงการที่สนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ 3 ชนิด พร้อมกันโดยไม่คิดมูลค่าให้แก่ผู้ป่วยเอดส์

ปัจจุบันมีจำนวนโรงพยาบาลทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการกว่า 900 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งมีบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่นเดียวกับโรคอื่น ๆ⁵⁹ อย่างไรก็ตาม การให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีขีดความสามารถของการให้บริการไม่เท่ากัน ปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นบ่อยครั้งเกี่ยวกับการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ ปัญหาการนำความลับของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ไปบอกต่อ จากรายงานการประเมินระบบบริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดอย่างสมัครใจโดยกรมสุขภาพจิตมีข้อมูลว่า มากกว่าร้อยละ 93 ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า มีแนวทางการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้กับผู้ให้คำปรึกษาและผู้ปฏิบัติงานวิเคราะห์ผลเลือด และในรายงานดังกล่าวยังระบุด้วยว่า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ระบุว่าโรงพยาบาลมีบทลงโทษสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษากับผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลต่างยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณของกรมสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้นว่า ในโรงพยาบาลมีแนวทางการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อ แต่มีแนวทางที่ปฏิบัติสืบทอดกันมามากกว่าจะระบุเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีบทลงโทษสำหรับผู้ให้นำความลับของผู้ติดเชื้อไปเปิดเผย การเปิดเผยความลับของคนไข้ในบางครั้งพบว่าเกิดจากการเผลอเผลอของแพทย์ผู้ทำการรักษา⁶⁰

นอกจากนี้แล้ว จากหนังสือ *การปฏิเสธอย่างเลือดเย็น: อุปสรรคการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ติดเชื้อในประเทศไทย* ของ ฮิวแมนไรท์ วอชท์ ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะถูกปฏิเสธจากสถานบริการสุขภาพไม่ให้เข้าร่วมโครงการ NAPHA ตามนโยบายของรัฐบาล การ

⁵⁹ ดนัย สัตตกุล, "การให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์," ใน *เสียงและทางเลือกของผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวี/เอดส์* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์ฯ, มปป.), หน้า 12.

⁶⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

ปฏิเสชนี้แสดงให้เห็นถึงการไม่ปรับปรุงคุณภาพและการตอบสนองต่อปัญหา กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้แก้ไขแนวทางปฏิบัติระดับชาติซึ่งเดิมกีดกันไม่ให้ผู้ใช้ยาอยู่เข้ารับการ รักษาด้วยยาต้านไวรัส⁶¹ การเปลี่ยนแปลงนโยบายเช่นนั้นส่งผลดีต่อผู้ใช้ยาบางส่วนซึ่งใน ปัจจุบันได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการของรัฐบาล แต่ภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย รัฐบาล กลับไม่ได้รับรองเพื่อสร้างความตระหนักและจัดอบรมในเรื่องนี้เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ทราบหรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ด้านเอชไอวีรายงานไว้แตกต่างกันว่า นโยบายของโรงพยาบาลปฏิเสชนี้ไม่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ใช้ ยา ซึ่งไม่ตรงกับสิ่งที่เขาทราบมาว่านโยบายของรัฐบาลได้กำหนดไว้อีกอย่างหนึ่ง หรือมีการ จัดทำบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรว่านโยบายของรัฐได้ตัดผู้ใช้ยาออกจากการเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับ การรักษาในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์ของรัฐบาล เป็นเหตุให้ผู้ใช้ยาไม่มีคุณสมบัติรับยาต้าน ไวรัส⁶² เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ด้านเอชไอวีในสองจังหวัดที่มีการวิจัยของกลุ่มฮิวแมนไรท์ วอชท์ กล่าวอย่างเปิดเผยว่าพวกเขาจะไม่ให้ยาต้านไวรัสกับผู้ที่ยังใช้ยาอยู่ เช่น นายแพทย์ สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดสตูลบอกว่า โรงพยาบาลมีนโยบายไม่ให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ที่ยังใช้ยาอยู่ แม้ว่าจะขัดกับนโยบายรัฐบาลก็ตาม “มันไม่ใช่ข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าคนไข้ยังใช้ยาอยู่ เราก็คงไม่ให้พวกเขาได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส”⁶³ นอกจากนี้ ข้อมูลจากหนังสือเล่มดังกล่าว ยังได้ชี้ให้เห็นถึงการไม่ ตอบสนองต่อปัญหาเจ้าหน้าที่ในสถานบริการพยาบาล พยาบาลท่านหนึ่งในโรงพยาบาลประจำ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งทำงานด้านให้การปรึกษาด้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งผู้ป่วยที่ ได้รับยาต้านด้วย กล่าวที่โรงพยาบาลของเธอว่า “เราต้องแน่ใจก่อนว่าผู้ป่วยหยุดใช้ยาแล้ว ไม่เช่นนั้นนั้นหมอจะไม่ให้ยาต้านไวรัสแก่เขา”⁶⁴ พยาบาลท่านนี้เข้าใจว่าการเลิกเมธาโดนหรือเลิก ยาเป็นเงื่อนไขของการเข้าร่วมโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแห่งชาติ เธอบอกว่าตามข้อมูล ของโครงการที่รัฐบาลให้เงินอุดหนุน ผู้ป่วยจะต้องเลิกใช้ยาก่อนถึงจะมีสิทธิ์เข้าโครงการยาต้าน

⁶¹ ฮิวแมนไรท์ วอชท์, การปฏิเสชอย่างเลือดเย็น: อุปสรรคการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ใช้ยาในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา, 2550), หน้า 25.

⁶² แนวปฏิบัติระบุว่า “ผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเช่น การเสพยา ต้องเข้ารับการบำบัดก่อน” กระทรวง สาธารณสุข “Practical Approach to developing to service system and monitoring the results of treatment for people living with HIV/AIDS with ARV therapy in Thailand, 2002 (National ARV Treatment Guideline),” พฤศจิกายน 2545, หน้า 16 (ภาษาไทย) อ้างถึงใน ฮิวแมนไรท์ วอชท์, การปฏิเสชอย่างเลือดเย็น: อุปสรรคการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ใช้ยาใน ประเทศไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา, 2550), หน้า 25.

⁶³ ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาเอดส์ สัมภาษณ์ นพ.สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลละงู, 8 กรกฎาคม 2549 อ้างถึงใน ฮิวแมนไรท์ วอชท์, การปฏิเสชอย่างเลือดเย็น: อุปสรรคการเข้าถึงการรักษา เอดส์ของผู้ใช้ยาในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา, 2550), หน้า 25.

⁶⁴ ฮิวแมนไรท์วอชท์และกลุ่มธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาเอดส์ สัมภาษณ์ พยาบาล (ขอสงวนนาม), สตูล 10 กรกฎาคม 2549 อ้างถึงใน ฮิวแมนไรท์ วอชท์, การปฏิเสชอย่างเลือดเย็น: อุปสรรคการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ใช้ยาในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา, 2550), หน้า 25.

ไวรัสได้⁶⁵ สิ่งที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงการไม่ตอบสนองต่อปัญหา และไม่ยอมรับที่จะปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการและบุคลากรทางสาธารณสุขในการเข้าร่วมโครงการ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้เชื่อเอชไอวีไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างทั่วถึงตามนโยบายของรัฐบาล

จากผลการศึกษาเชิงนโยบายเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับหญิงติดเชื่อเอชไอวีในโครงการเสียงและทางเลือก 2 ได้ชี้ให้เห็นว่า ยังมีปัญหาด้านคุณภาพของการทำงานอีกประเด็นหนึ่ง คือ การขาดหน่วยงานที่ทำงานช่วยเหลือด้านกฎหมายสำหรับผู้หญิงที่ถูกละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ แม้ว่าจะมีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม แต่ก็ไม่ได้มีการดำเนินงานในเชิงรุกกับประเด็นนี้อย่างเต็มที่ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และผู้กำหนดนโยบายนั้นยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในภาพรวมและเชิงลึกทั้งในด้านองค์ความรู้ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิมนุษยชน นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการอบรมเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้ติดเชื่อที่ได้รับผลกระทบไม่มีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ทำให้ขาดการสะท้อนเสียงและขาดการสื่อสารในระดับนโยบายรวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเมื่อถูกละเมิดสิทธิก็ไม่ได้ฟ้องร้องให้สังคมได้รับรู้ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ติดเชื่อยังไม่กล้าเปิดเผยตัวหรือไม่ทราบเรื่องสิทธิของตนเอง⁶⁶ ซึ่งสำหรับประเด็นปัญหาเรื่องนี้ผู้วิจัยเห็นว่าปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ กำลังสร้างผลกระทบอย่างมากสำหรับผู้หญิงติดเชื่อในประเทศไทย เนื่องจากพวกเขาจะถูกแนะนำให้ทำแท้ง ไม่แนะนำให้หมีครอบครัวหรือมีลูก ทั้งที่ต้องการมีชีวิตเช่นคนปกติทั่วไป แต่ทางหน่วยงานของภาครัฐก็ยังไม่ได้นำมาดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหานี้

จากที่กล่าวไปเบื้องต้น จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพบางแห่งและหน่วยงานของรัฐบาล ยังไม่มีการปรับปรุงคุณภาพของการทำงานและยังไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ปฏิเสธมิให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าร่วมโครงการให้ยาต้านไวรัส สิ่งที่เกิดขึ้นถือเป็นปัญหาในทางปฏิบัติของหน่วยงานบริการที่ทำงานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของทางรัฐบาลที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้รับบริการหรือการที่ทางภาครัฐยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านคุณภาพของในการตอบสนองต่อปัญหาเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

5.2.6 ระบบเศรษฐกิจที่ส่งเสริมสิทธิ

ขณะที่รัฐบาลมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ และนโยบายการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงเรื่องสิทธิด้านสุขภาพของ

⁶⁵ เรื่องเดียวกัน.

⁶⁶ ศิริพร ยงพานิชกุล และ สุนีย์ ตาพวิวัฒน์, "การศึกษาเชิงนโยบาย เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับหญิงติดเชื่อเอชไอวี ในโครงการเสียงและทางเลือก 2 สรุปผลการศึกษา," ใน เสียงและทางเลือกของผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่ร่วมด้วยเอชไอวี/เอดส์, (กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักษ์ไทย, มปป), หน้า 9.

ประชาชนภายในประเทศ ในทางกลับกันนโยบายรัฐบาลในเรื่องการส่งเสริมเศรษฐกิจระหว่างประเทศให้เป็นเขตการค้าเสรี มิได้ช่วยเกื้อหนุนต่อการดำเนินนโยบายที่มุ่งเสริมสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ในประเด็นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทางรัฐบาลยังมิได้มีการตระหนักถึงเรื่องดังกล่าวอย่างรอบคอบ เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายที่ต้องการกระตุ้นระบบเศรษฐกิจ ซึ่งมุ่งเน้นการใช้จ่ายภาครัฐบาล และสร้างรายได้จากการส่งออกและการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความถดถอยทางเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากวิกฤติการณ์ทางการเงิน เมื่อปี พ.ศ. 2540 ทั้งนี้ตัวอย่างที่ชัดเจน คือ การทำข้อตกลงเขตการค้าเสรี (Free Trade Area FTA) การกระทำดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชาชนโดยเรื่องการเข้าถึงยา เฉพาะยาต้านไวรัสเอดส์ที่ติดสิทธิบัตร

การเจรจาเปิดเขตการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหรัฐฯ นั้น ได้มีการเจรจาถึงเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะสิทธิบัตรยา สหรัฐฯ ได้เรียกร้องให้ รัฐบาลไทยเพิ่มการคุ้มครองในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่มากกว่าข้อตกลงในองค์การการค้าโลก หรือที่เรียกกันว่า ทริปส์พลัส (TRIPs plus)⁶⁷ โดยเรียกร้องให้ขยายระยะเวลาของการถือครองสิทธิบัตรยาจาก 20 ปี เป็น 25 ปี ในกรณีที่มีการพิจารณาการออกสิทธิบัตรล่าช้า หรือมีความล่าช้าในกระบวนการขึ้นทะเบียนต้นตำรับยา การกำหนดเรื่องสิทธิผูกขาดในข้อมูลผลการทดสอบความปลอดภัยของยาและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (data exclusivity) การจำกัดการใช้กลไกในการคุ้มครองพลเมืองไทย การกำหนดให้ไทยเข้าเป็นสมาชิกสนธิสัญญาว่าด้วยความร่วมมือทางสิทธิบัตร (Patent Cooperation Treaty-PCT)⁶⁸ ซึ่งขอเรียกร้องเพิ่มเติมในการเจรจານี้ จะก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อเรื่องสิทธิบัตรยา เพราะมาตรการบังคับใช้สิทธิในการผลิตยาราคาถูก และการนำเข้าซ้อนเพื่อให้ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนสามารถมียาที่จำเป็นต้องใช้ได้ทันสถานการณ์ตามปฏิญญาโดฮาจะสิ้นสุดลง ตลอดจนจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ เนื่องจากไม่สามารถผลิตยาชื่อสามัญได้

ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานถือเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะยาต้านไวรัสที่นำเข้าจากต่างประเทศนั้นสามารถลดปริมาณเชื้อเอชไอวีให้อยู่ในระดับที่น้อยจนวัดไม่ได้แล้ว ยังช่วยเพิ่มปริมาณภูมิคุ้มกันหรือ CD 4 ให้สูงขึ้น ส่งผลให้โรคฉวยโอกาสเกิดขึ้นน้อยลง⁶⁹ สำหรับกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่จำเป็นต้องกินยาต้านไวรัสเอชไอวีตลอดชีวิตนั้น พบว่ายาต้านไวรัสหลายตัวติดสิทธิบัตร หากสิทธิบัตรยามีการขยายอายุการคุ้มครองให้ยาวนานมากขึ้น ก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่จำเป็นต้องใช้ยา* โดยเฉพาะยาใหม่ๆ ที่

⁶⁷ เอฟทีเอ วอชท์ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน, ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐฯ ผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน (มปป.), หน้า 1.

⁶⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 1-2.

⁶⁹ ศิริพร ระวีกุล, "เปลี่ยนชะก็ดีเหมือนกัน," ใน 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์, รุจน์ โกมลบุตร บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548), หน้า 34.

* ในบางกรณี ผู้ติดเชื้อต้องมีการปรับเปลี่ยนยาหากพบว่ายาเดิมที่ใช้อยู่คือต่อการรักษา

จะมีความจำเป็นมากขึ้นในอนาคต ก็จะหมดโอกาสได้รับยาเนื่องจากราคาแพง⁷⁰ รวมถึงการเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถผลิตยาตัวใหม่ๆ ที่จำเป็นต่อการรักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกิดอาการดื้อยาสูตรเดิม ผู้ติดเชื้อจึงต้องใช้ยาหลายตัวจากเมืองนอกที่มีราคาแพงอยู่⁷¹ โดยในส่วนตัวความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อต่อนโยบายการเปิดเสรีทางการค้าของรัฐบาล เห็นว่ารัฐบาลสามารถที่จะบังคับใช้หลักสิทธิเหนือสิทธิบัตร หรือ (Compulsory License: CL) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ เข้าถึงยาได้มากขึ้น แต่รัฐบาลก็ไม่ได้ดำเนินการแต่อย่างใด เนื่องจากมีนโยบายที่จะมุ่งเน้นพัฒนาระบบเศรษฐกิจให้เป็นเสรีและหวังผลกระทบจากประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลเป็นเจ้าของบริษัทยา อย่างเช่น สหรัฐฯ ซึ่งนายกมล อุปแก้ว ได้แสดงความรู้สึกต่อเรื่องดังกล่าวกับผู้วิจัยว่า

“ภาคธุรกิจอุตสาหกรรมก็อยากจะไปกันจิงเอฟทีเอ ในขณะที่คนจะตายก็ไม่ใช่ซีแอล ก็ยังมีความเห็นที่หลากหลาย ก็ขึ้นอยู่กับว่าผู้นำรัฐบาลยุคนั้นจะเป็นใคร”⁷²

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub) เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ ทันตกรรม สปา หรือนวดแผนไทย อีกทั้งมีนโยบายสนับสนุนให้ทำข้อตกลงการค้าเสรีที่รวมถึงบริการด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันรัฐบาลก็มีนโยบายส่งเสริมหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ดำเนินโครงการในนาม โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งนโยบายสองขา (Dual Policy) ต่างต้องการทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขกลุ่มเดียวกัน ทรัพยากรดังกล่าวมีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของประเทศ⁷³ จากการศึกษาของกระทรวงพาณิชย์พบว่าในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการและรับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมากถึง 470,000 คน⁷⁴ ขณะที่ในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ 630,000 ราย เข้ามารับการรักษาในเอกชนจำนวน 33 แห่ง โดยมีมูลค่าถึง 339,658 ล้านบาท ด้วยเหตุนี้เอง รัฐบาลจึงได้กำหนดให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย รวมไปถึงการยินยอมเปิดเสรีทางบริการด้านสาธารณสุข⁷⁵ แต่จากการส่งเสริมให้มีระบบเศรษฐกิจในลักษณะเสรีเช่นนี้

⁷⁰ เอฟทีเอ วอซท์ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน, ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐฯ ผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน (มปป.), หน้า 4.

⁷¹ ศิริพร ระวีกุล, “เปลี่ยนชะตาก็ดีเหมือนกัน,” ใน 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์, หน้า 34.

⁷² สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, 6 กรกฎาคม 2550.

⁷³ เอฟทีเอ วอซท์ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน, ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-ญี่ปุ่น ผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (มปป.), หน้า 1.

⁷⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 2.

⁷⁵ เรื่องเดียวกัน.

กลับเป็นการสร้างผลกระทบต่อสิทธิของประชาชนภายในรัฐด้านการบริการสาธารณสุขเช่นกัน เพราะหากมีคนไข้จากต่างประเทศมากขึ้น ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดการไหลของแพทย์จากทางภาครัฐ โดยเฉพาะชนบทเข้าสู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ดังเช่นผลการศึกษาของ นพ. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ ดร.ครรชิต สุขนาถ ที่พบว่า การเปิดเสรีการค้าด้านบริการจะทำให้แพทย์หลังไหลไปสู่ภาคเอกชน การลงทุนผลิตแพทย์สูญเปล่าไปถึง 420-1,260 ล้านบาทต่อการรับผู้ป่วยต่างชาติหนึ่งแสนคนต่อปี⁷⁶ ขณะที่ประเทศไทยมีจำนวนบุคลากรแพทย์น้อยมาก ประมาณ 27,000 คนที่ยังเป็นแพทย์ หรือแพทย์คนหนึ่งต่อประชาชนประมาณ 2,400 คน ซึ่งถือว่าน้อยมาก เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ ฮังการี ยุโรป อเมริกา ถ้าหากทางรัฐบาลสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย จะมีจำนวนชาวต่างชาติเข้ามารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่จำนวนบุคลากรแพทย์ยังไม่เพียงพอ ในเมื่อมีผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชนมาก แพทย์ที่ทำงานให้ภาครัฐก็จะลาออก จึงส่งผลให้ขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค⁷⁷ และขาดแคลนบุคลากรที่จะดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ

จากที่กล่าวมาเบื้องต้นจะเห็นว่า การดำเนินนโยบายกระตุ้นระบบเศรษฐกิจดังกล่าว โดยการส่งเสริมการค้าเสรีของทางภาครัฐส่งผลกระทบต่อประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบเรื่องยาติดสิทธิบัตร ซึ่งจะทำให้พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงยาจำเป็นในการช่วยรักษาชีวิตของพวกเขาได้ การพัฒนาระบบเศรษฐกิจดังกล่าวจึงเป็นปัญหาที่กระทบกระเทือนต่อเรื่องสิทธิด้านการสาธารณสุขของประชาชนโดยรวม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง ไต เอดส์ ฯลฯ

5.2.7 การมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและการเรียกร้องสิทธิของตน

ปัจจุบันการมีส่วนร่วมจากเจ้าของสิทธิหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการเข้าไปแก้ปัญหาเอดส์เป็นแนวโน้มการทำงานที่ได้รับการยอมรับจากระดับนานาชาติเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานของรัฐบาล สำหรับประเทศไทยผู้ติดเชื้อมีสิทธิมีเสียงในการเรียกร้องสิทธิของตนมากขึ้น จนกระทั่งในบางกรณีสามารถเป็นส่วนกดดันภาครัฐในกระบวนการตัดสินใจจนเป็นนโยบายได้ เช่น ในกรณีของประเทศไทย รัฐบาลไทยยอมทำตามข้อเรียกร้องของผู้ติดเชื้อและองค์กรภาคประชาชน ในการนำยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน การทำงานของรัฐบาลยังมีปัญหาในกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ในกรณีที่รัฐบาลอนุมัติให้ยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

⁷⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 3.

⁷⁷ เรื่องเดียวกัน.

กรณีแรกที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึง คือ การเรียกร้องสิทธิในประเด็นให้รัฐบาลนำยาต้านไวรัสเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ โดยในห้วงเวลานั้น รัฐบาลมีนโยบายขยายการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อมากขึ้น และขณะเดียวกัน รัฐบาลก็มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่นโยบายดังกล่าวกลับมิได้รวมถึงการให้ยาต้านไวรัส ดังนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อ จึงได้รวมตัวกันเพื่อเรียกร้องสิทธิของพวกตนจากทางรัฐบาล การเรียกร้องนี้เกิดขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 โดยตัวแทนผู้ติดเชื้อทั่วประเทศกว่า 1,200 คน ได้รวมตัวกันที่หน้าทำเนียบรัฐบาลเพื่อเรียกร้องต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้รัฐบาลรวมเรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁷⁸ (30 บาท รักษาทุกโรค) ซึ่งผลการเจรจา คือ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขตกลงที่จะนำยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการเป็นขั้นเป็นตอน โดยให้ตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมระบบต่างๆ ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัส ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งตลอดระยะเวลาในการเตรียมพร้อม เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้พยายามร่วมผลักดันและติดตามอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งในปลายปี พ.ศ. 2548 (ปีงบประมาณ 2549) รัฐบาลได้อนุมัติงบประมาณยาต้านไวรัสเอชไอวีกว่า 2,700 ล้านบาท⁷⁹ เพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ในโครงการให้ยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อด้วยกันเพื่อให้เข้าถึงการรับบริการการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังเป็น การช่วยในการปกป้องสิทธิของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอง ในกระบวนการทำงานระบบบริการของทางภาครัฐ รวมถึงการมีส่วนร่วมของเจ้าของสิทธิในการติดตามผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

ความสำเร็จในการเรียกร้องสิทธิของทางภาคประชาชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ทั่วประเทศไทยและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ เพื่อร่วมกันเรียกร้องให้ภาครัฐรับรู้ถึงความเดือนร้อนของประชาชนที่ต้องอาศัยยาต้านไวรัสในการดำรงชีวิต ตลอดจนการต่อสู้เพื่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพของตนเองและเพื่อสิทธิที่เท่าเทียมกับคนในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ ทั้งนี้ การเรียกร้องสิทธิจากทางภาครัฐนั้น ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อและเครือข่ายภาคประชาสังคมมีการเคลื่อนไหวและดำเนินงานอยู่ตลอด เพื่อปกป้องสิทธิของตนเอง รวมถึงการเรียกร้องสิทธิของตนเอง

สำหรับในกรณีต่อมา เป็นประเด็นของการขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ คือ การที่รัฐบาลอนุมัติให้มีการยกร่างกฎหมายคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ตามนโยบายการพัฒนากฎหมาย โดยผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ไม่มีส่วนร่วมกับเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้

⁷⁸ จันทรวดี แก้วนวลศรี, 4 ปีแห่งการเคลื่อนไหวและรอยยิ้มที่ไม่สูญเปล่า [Online]. แหล่งที่มา: http://www.localtalk2004.com/V2005/detail.php?file=1&code=d5_25112005_01 [2551, มกราคม 24].

⁷⁹ เรื่องเดียวกัน.

เป็นเจ้าของปัญหาและเจ้าของสิทธิ อีกทั้งผู้ติดเชื้อยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวด้วย โดยจะเห็นได้จากความคิดเห็นของนายกมล อุปแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย ต่อเรื่องการอนุมัติการร่างกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ที่เห็นว่าการร่างกฎหมายที่เกิดขึ้น ไม่มีการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเรียกร้องจากเจ้าของสิทธิเลยแม้แต่น้อย

“การมีส่วนร่วมน้อยมากกรรมการสิทธิฯ คุณหมอประดิษฐ์ เจริญไทยทวี เชิญมา ผมบอกว่าต้องเอาเพื่อนผมไปร่วมด้วย ไม่กล้าตัดสินใจแทนเพื่อน มิบังอาจจะบอกแทนเพื่อนว่าเพื่อนต้องการอะไร อยากให้เพื่อนมีส่วนร่วมนอกจากมีตัวแทน ต้องการให้มีเวทีที่มีพื้นที่ระดับภาค เพราะว่ากฎหมายนี้มีผลที่จะชี้เป็นชี้ตายชีวิตคนติดเชื้อ เห็นด้วยกับการพัฒนากฎหมายในอีก 5 ปี แต่ไม่ใช่ให้กลุ่มคนที่เชี่ยวชาญทางกฎหมายมานั่งร่าง 10 คน แต่ไม่เข้าใจเรื่องเอดส์ก็ไม่มีคามหมายอะไร”⁸⁰

ซึ่งสำหรับ กระบวนการตัดสินใจที่จะให้มีกฎหมายที่เกี่ยวกับเอดส์ในสังคมไทยหรือไม่ นั้น ทางภาครัฐควรจะต้องทำประชาพิจารณ์เพื่อสำรวจความเห็นของคนในสังคมก่อนและเพื่อเปิดโอกาสให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่าย แต่การอนุมัติให้มีการร่างกฎหมายนั้น มีมูลเหตุมาจากนโยบายของรัฐบาลที่จะปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่ล้าสมัยในประเทศให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยกำหนดให้มีกฎหมายเอดส์บรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์ความยากจน การตัดสินใจนี้ถือเป็นความผิดพลาดและละเมิดสิทธิของประชาชนในระบอบประชาธิปไตยอย่างมาก เพราะนอกจากผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์จะไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจให้มีกฎหมายแล้ว ในกระบวนการร่างกฎหมายผู้ติดเชื้อก็ไม่มีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ ในมุมมองของผู้ติดเชื้อและคนทำงานด้านเอดส์ต่อความจำเป็นเรื่องของการมีกฎหมายที่เกี่ยวกับเอดส์หรือไม่นั้น ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจว่า เรื่องเอชไอวี คือ สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของทุกคน ผู้ติดเชื้อมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจได้ ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร มีสิทธิที่จะได้รับถุงยางอนามัย และเครื่องมือป้องกันอย่างเพียงพอ สำหรับผู้ติดเชื้อไม่ได้ต้องการสิทธิมากกว่าคนอื่น แต่เป็นเพราะว่าการมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายจึงถูกกีดกันโอกาส

⁸⁰ สัมภาษณ์, กมล อุปแก้ว, 6 กรกฎาคม 2550.

เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้ติดเชื้อชี้ให้เห็นว่าพวกเขาไม่ต้องการกฎหมาย คือ ไม่เห็นด้วยกับการมีกฎหมาย เพราะที่ไม่ต้องการได้กฎหมายคุ้มครองพิเศษเหนือจากบุคคลทั่วไป เช่น

“สำหรับเรื่องกฎหมาย ไม่เห็นด้วยเลย เพราะเรื่องของเอชไอวีนั้นเป็นเรื่องของทุกคน ยิ่งการมีกฎหมายคุ้มครองผู้ติดเชื้อ ก็ยิ่งทำให้ผู้ติดเชื้อถูกแปลกแยกออกจากสังคม และยิ่งมองเป็นกลุ่มคนที่ต่างจากกลุ่มคนอื่น ๆ ทั้งที่สังคมพยายามสนับสนุนการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อในสังคม แต่แนวทางการมีกฎหมายดังกล่าวกลับสวนทางกันอย่างมาก ไม่เช่นนั้นอีกหน่อยก็ต้องมีกฎหมายคุ้มครองโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นโรคไตโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ดังนั้นจึงเห็นสมควรว่าไม่ควรจะมีแต่ถ้ามีความเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง”⁸¹

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ให้คำตอบกับผู้วิจัยไปในทางเดียวกัน คือ พวกเขาเป็นมนุษย์เฉกเช่นเดียวกับทุกคนในสังคม โดยผู้วิจัยขอสรุปเหตุผลของพวกเขามาสั้นๆ ดังนี้ คือ กฎหมายไม่ควรแยกกว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือเป็นใคร คนทุกคนมีสิทธิ ควรเท่าเทียมกัน หรือเหตุผลที่ว่า ไม่ต้องการให้มีกฎหมาย ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ เท่ากันและมีสิทธิในการได้รับการคุ้มครองเสมอภาคกัน อีกเหตุผลที่คล้ายกัน คือ ไม่อยากให้แยกประชาชนเป็นหมู่เป็นพวกคนพิเศษ อยากให้มองเป็นมิติชีวิตคนเหมือนกัน หรือเหตุผลที่ว่า เมื่อเป็นมนุษย์ สิทธิต่างๆ เท่าเทียมต้องไม่เลือกปฏิบัติไม่ว่าจะกรณีใดๆ อีกท่านหนึ่งกล่าวว่า ไม่เห็นด้วยกับการมีกฎหมาย เพราะว่าเป็นการก้าวท้าวความเป็นมนุษย์ชนของทุกคน เพราะเราเชื่อว่าทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทางด้าน ผู้ติดเชื้ออีกท่านเห็นว่า ไม่เห็นด้วยกับการมีกฎหมาย เพราะที่ผู้ติดเชื้อก็เป็นบุคคล คนหนึ่งที่มีสิทธิ หน้าที่เหมือนคนที่ไม่ติดเชื้อทั่วไป ไม่จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษ ส่วนผู้ติดเชื้อที่อยู่ในกลุ่มของความหลากหลายทางเพศอีกท่านเห็นว่าการจะมีกฎหมายนั้น จะต้องดูว่าคุ้มครองแบบไหน คุ้มครองจริงหรือไม่ แต่จะต้องตีความให้ชัดว่าคุ้มครองหรือคุ้มครองจนเป็นการจำกัดสิทธิของมนุษย์ ต้องให้ผู้ติดเชื้อร่างด้วยเพราะว่าจะรู้ว่าคุ้มครองหรือไม่

ทั้งนี้ สำหรับความคิดเห็นในเรื่องนี้ของทางเจ้าหน้าที่และคนทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ก็มีความเห็นไปในลักษณะเดียวกันกับทางผู้ติดเชื้อ เช่น ทางผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ แสดงความเห็นกับผู้วิจัยว่า ไม่ต้องมีกฎหมายมาคุ้มครอง สิทธิของผู้ติดเชื้อนั้นย่อมเท่าเทียมกับคนไม่ติดเชื้อเหมือนกัน ไม่ต้องคุ้มครองเป็นพิเศษ เพราะถ้ามีแปลว่า เรากำลัง

⁸¹ สัมภาษณ์, ผู้มีเชื้อ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย, 4 กรกฎาคม 2550.

ตอกย้ำว่า ผู้ติดเชื้อต่างกับคนอื่นอยู่ดี และยังมีความคิดเห็นของนางสาวสุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ต่อเรื่องกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กล่องข้อความที่ 4) ที่สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองเรื่องนี้ว่าเป็นปัญหาอย่างมาก เพราะการมีกฎหมายจะเท่ากับเป็นการตีตรา (stigma) ผู้ติดเชื้อไม่จำเป็นต้องมีสิทธิพิเศษมาคุ้มครอง

(กล่องข้อความที่ 4) คำสัมภาษณ์สุภัทรา นาคะผิว เรื่องกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์

เราพยายามจะผลักดันให้ในหลายประเทศมีกฎหมาย เพื่อคุ้มครองแต่มันจะเป็นการตีตรา แต่ถ้ามองอีกนัยหนึ่งก็ไม่ควรมองว่าผู้ติดเชื้อต้องมีสิทธิพิเศษอะไรอย่างนั้น วันนี้คือสิ่งที่เราคุยกับผู้ติดเชื้อว่าไม่ต้องมีอะไรเป็นพิเศษสำหรับผู้ติดเชื้อ ถ้าย้อนไปยังรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 (ฉบับประชาชน) จะเห็นว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากในการร่าง ผู้ติดเชื้อเองก็มีส่วนร่วมด้วย ในตอนนี้ก็ถือว่ามันกว้างขวางและครอบคลุมมากกับปฏิญญาสากลด้วย ในเมื่อกฎหมายสูงสุดของประเทศมันคุ้มครองผู้ติดเชื้ออยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องให้สิทธิพิเศษ แต่ตอนนี้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอดส์ ฉบับนี้มีที่มาที่ไปอยู่ที่ว่า ช่วงรัฐบาลทักษิณ 2 ประเด็นแรก รัฐบาลทักษิณจะมีแผนพัฒนากฎหมาย ทุกทบวง ทุกกระทรวงต้องไปจัดการ Preview กฎหมายที่เกี่ยวข้องของกระทรวงทั้งหมด เพื่อที่จะช่วยกันว่าอันไหน ต้องไปปรับปรุง ยกเลิก หรือเขียนขึ้นมาใหม่ จึงทำให้เกิดการบรรจุเรื่องนี้ อยู่ในแผนพัฒนากฎหมาย ประเด็นที่สองคือ ในช่วงกฎหมายมีข่าวเรื่องฝรั่งเชื้อที่ชัยภูมิ ที่ว่ามีเมียคนไทยแล้วคิดว่าติดจากเมีย จึงอยากแก้แค้นคนไทย พยายามซื้อบริการไม่สวมถุงยาง จึงเป็นเรื่องที่ต้องประชุมของนักกฎหมาย ว่าจำเป็นต้องมีกฎหมายเล่นงานผู้ติดเชื้อจริงใจทำให้ผู้อื่นติดด้วยหรือไม่ นั่นจึงเป็นจุดเริ่มต้นอีกอย่างหนึ่ง สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรมก็ได้จัดสัมมนา ที่ก็ได้ไปร่วมทำงานด้วย ใจความสำคัญ คือ ยกตัวอย่างกฎหมายของต่างประเทศ รวมถึงอเมริกา ที่ระบุชัดว่าจ้างเอดส์เชื้อมีความผิดอย่างไร ซึ่งตอนนั้นเราเองก็ไม่เห็นด้วย ว่าถ้าจ้างเอดส์เชื้อจริงกฎหมายอาญา ก็นำมาใช้ได้อยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องมีบัญญัติพิเศษ แล้วผู้แพร่เชื้อซิฟิลิส แพร่เชื้อตับอักเสบ ซึ่งติดทางเพศสัมพันธ์หมดมันก็เป็นการแพร่ทางเพศสัมพันธ์เหมือน แต่เนื่องจากคนมีทัศนคติที่ไม่ดี ซึ่งจริงๆ เอดส์ไม่ได้เป็นแล้วตายด้วย แต่ด้วยเหตุผลที่มองว่าเอดส์รักษาไม่หาย เป็นแล้วตาย ซึ่งนั่นคือความผิดพลาดของรัฐ ถ้าระบุว่าเป็นโรครวมที่เอดส์แล้วมีความผิด ดังนั้น คนที่แพร่เชื้อหนองในก็ต้องผิดด้วย คนแพร่ไวรัสตับอักเสบบีก็ผิดด้วย ซึ่งถือว่าเลือกปฏิบัติชัดเจน ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการร่างกฎหมายนี้ อยู่ในแผนพัฒนากฎหมายของสำนักนายกรัฐมนตรี มีการดึงผู้ติดเชื้อเอดส์เข้าไปสัมมนาว่าควรจะมีกฎหมายหรือไม่ แต่ทางรัฐบาลก็ไม่ได้แสดงความสนใจ โดยส่วนใหญ่การร่างกฎหมายจะมีผลกระทบต่อกันเป็นล้าน ดังนั้นจึงควรมีคนที่ติดเชื้อเข้าไปร่วมร่างด้วย ซึ่งก็มีการเชิญพี่มาเป็นระยะมีการจัดการประชุม แต่ผู้ติดเชื้อก็ไม่มีส่วนร่วม

ที่มา: สัมภาษณ์, สุภัทรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 18 มกราคม 2551.

นอกจากการไม่มีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อในกระบวนการตัดสินใจและการร่วมยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว ในส่วนของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาตินั้น ผู้ติดเชื้อก็ยังมีส่วนร่วมน้อยมีเพียงหนึ่งทีในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ⁸² ทั้งที่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และประชาชนทุกคน เป็นเจ้าของปัญหา ทางรัฐบาลได้ให้โอกาสแก่ตัวแทนผู้ติดเชื้อหนึ่งท่านได้มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ โดยมีสิทธิในการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เพื่อรับทราบการดำเนินงานในโครงการต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน และการวางนโยบายในการแก้ไขปัญหาเอดส์

จากการที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึง กรณีความสำเร็จในการเรียกร้องของกลุ่มผู้ติดเชื้อให้รัฐบาลนำโครงการให้ยาต้านไวรัส เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นว่าเจ้าของสิทธิ มีสิทธิที่เพิ่มขึ้นในการเรียกร้องสิทธิของตนเอง อย่างไรก็ตาม ในกรณีการอนุมัติให้มี

⁸² สัมภาษณ์, สุภัทรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, 18 มกราคม 2551.

การยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือว่าทางรัฐบาลขาดการรับฟังความคิดเห็นจากเจ้าของสิทธิ เจ้าของสิทธิไม่ได้มีส่วนร่วมอยู่ในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้มีกฎหมายมาคุ้มครองพวกเขา จึงเป็นเสียงสะท้อนที่ส่งไปยังรัฐบาลได้ดีว่าการขาดการมีส่วนร่วมจากเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจ จะก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าใจถึงวิถีทางที่จะแก้ปัญหาได้อย่างแจ่มแจ้ง การมีกฎหมายนั้นไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาเรื่องของการละเมิดสิทธิได้ หากแต่ขอให้ทุกคนมีมุมมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นมนุษย์ปุถุชนคนธรรมดาคนหนึ่งที่มีสิทธิมีเสียง มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันกับคนทุกคนในสังคม รวมไปถึงการขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการเป็นคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ แม้ว่าจะมีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้ติดเชื้อหนึ่งท่านเป็นคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ แต่ก็ถือว่าการมีส่วนร่วมของเจ้าของสิทธิในฐานะที่เป็นเจ้าของปัญหายังมีน้อยมาก

5.2.8 ข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับประชาชนและสิทธิของประชาชน

การมีข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับประชาชน และสิทธิของประชาชน หากมองในแง่มุมมองของสิทธิ คือ การที่รัฐมีข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับประชาชนและสิทธิของประชาชน เพื่อใช้เป็นเครื่องประกอบการกำหนดนโยบายและการวางยุทธศาสตร์ในการจัดเตรียมการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานในภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาอย่างแท้จริง ตลอดจนสิทธิของประชาชนในการได้รับข้อมูลข่าวสาร เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานปกป้องตนเองมิให้ถูกละเมิดสิทธิและได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของตน

สำหรับการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในเรื่องนี้นั้น ผู้วิจัยเห็นว่าตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ทางภาครัฐมีระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับการติดตามและประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับกระตุ้นความใส่ใจและเป็นเครื่องชี้ทิศทางสำหรับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมได้ดีในระยะแรกของการแพร่ระบาด⁸³ แต่อย่างไรก็ตาม รัฐไม่ได้พัฒนาปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมสำหรับการใช้ติดตามและบ่งชี้สถานการณ์การแพร่ระบาดของแต่ละประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ที่ต่างไปจากกรอบการติดตามทางระบาดวิทยาแต่เดิม ตลอดจนข้อมูลที่มีส่วนใหญ่นั้นยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ โดยส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลสำหรับติดตามพฤติกรรมและความเสี่ยง ข้อมูลการติดตามแนวโน้มการติดเชื้อ และการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

จากการศึกษาทบทวนระบบฐานข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ ในรายงานการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

⁸³ วิพุธ พูลเจริญ, รายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549, หน้า 26.

แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ได้ระบุว่าประเทศไทยได้จัดตั้งระบบฐานข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ ภายใต้บทบาทและภาระหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนกลาง รวมทั้งสิ้น 8 ฐานข้อมูล⁸⁴ คือ ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ โดยการรายงานผู้ป่วย ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระบบข้อมูลโครงการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ระบบเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ระบบข้อมูลการจดทะเบียนการตาย ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในสถานบริการ จะเห็นได้ว่าการมีข้อมูลของทางภาครัฐเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ ข้อมูลหลักมุ่งเน้นไปในเชิงทางด้านสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าการมีข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนของทางภาครัฐยังไม่รอบด้าน

นอกจากนี้ ข้อมูลข่าวสารสำหรับติดตามผลกระทบจากโรคเอดส์ ซึ่งถือเป็นข้อมูลที่สำคัญยังมีจำกัด การพัฒนาข้อมูลสำหรับศึกษาและติดตามผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นส่วนที่จำกัดมาก มีเฉพาะรายงานการตาย ส่วนการติดตามเด็กกำพร้าหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบเมื่อผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต เป็นส่วนที่ได้จากการศึกษาเฉพาะจุด เนื่องจากยังไม่ได้พัฒนาระบบบริการทางสังคมที่ครอบคลุมผู้ที่ได้รับผลกระทบและครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละชุมชนนอกจากดำเนินงานโดยองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์บางกลุ่มเท่านั้น⁸⁵

อย่างไรก็ดี ในปัจจุบัน สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้พัฒนาจัดทำข้อมูลข่าวสารการให้บริการเรื่องโรคเอดส์ทางอินเทอร์เน็ตผ่านเว็บไซต์ www.aidsthai.org เว็บไซต์นี้เป็นการจัดบริการข้อมูลเพื่อประชาชน ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ และบุคลากรที่ทำงานด้านเอดส์ ได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ในเว็บไซต์ ประกอบด้วย ข้อมูลวิชาการ : ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์, วัคซีน, ยาต้านไวรัสเอดส์, สถานการณ์โรคเอดส์ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้ติดเชื้อ กฎหมายเกี่ยวกับเอดส์ ฐานข้อมูล : การวิจัย, สมุนไพร, หน่วยงานองค์กรเอกชน, ผู้ประสานงานภาครัฐ, ดัชนีเว็บไซต์ บริการ Online: FAQ ถามตอบปัญหาเอดส์, E-library ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร, AIDS News ข่าวเอดส์จากหนังสือพิมพ์ต่างๆ, Download ข้อมูลต่างๆ ข้อมูลหน่วยงาน โครงสร้างองค์กร แผนภูมิการบริหารจัดการ บริการ Webbase Mail :

⁸⁴ สุรศักดิ์ ชโนศวรรยงกูร, "การศึกษาทบทวนระบบฐานข้อมูลเรื่องโรคเอดส์," ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 243.

⁸⁵ วิพุธ พูลเจริญ, รายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549, หน้า 48.

⁸⁵ ทองกร ยัณรังษี และ คณะ, "การศึกษาทบทวนการจัดบริการข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ในระบบอินเทอร์เน็ต," ใน รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548), หน้า 240.

@aidsthai.org ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน เว็บไซต์ภาษาอังกฤษ เกี่ยวกับโครงการและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประเทศไทย

ข้อมูลที่ลงในเว็บไซต์ ทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ ด้วยข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้⁸⁶ นอกจากจะแสดงให้เห็นว่ารัฐมีข้อมูลที่ทันสมัยสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อรับรู้ข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงข้อมูลการบริการของทางภาครัฐได้สะดวกอีกทางหนึ่งยุคไอที นอกเหนือจากการได้รับข้อมูลจากเครือข่ายฯ และศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ อย่างไรก็ตาม โครงการต่างๆ ที่ทางภาครัฐจัดขึ้นเพื่อให้สิทธิทางด้านสาธารณสุข ด้านอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ทางภาครัฐต้องประสานงานระหว่างกันในการเผยแพร่ข้อมูลไปยังกลุ่มเพื่อให้กลุ่มผู้ติดเชื้อมีโอกาสที่จะได้รับสิทธิที่พวกเขาพึงจะได้รับในทางอื่นๆ ด้วย

อย่างไรก็ดี แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีการจัดการให้ข้อมูลบริการแก่ประชาชนแล้วก็ตาม แต่สำหรับการสื่อสารข้อมูลบางประการ ทางภาครัฐยังคงยึดติดกับบริบทเดิมๆ อันส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิ กล่าวคือ จากบทความเรื่อง 20 ปี และ 108 กระบวนท่าป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่กว่าสองหมื่นรายต่อปี ใครเรียนรู้อะไรบ้าง เขียนโดย วรานุช ชินวรโสภาค บทความเรื่องนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของวิธีการให้ข้อมูลและการนำเสนอเรื่องเอดส์ที่ไม่เปลี่ยนแปลงและเป็นเพียงการตอกย้ำ ถึงสิ่งที่รู้อยู่แล้วแม้ว่าเวลาจะผ่านมา 20 ปี ตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในประเทศไทย ที่สร้างความผิดพลาดต่อความเข้าใจเรื่องเอดส์มาจนกระทั่งปัจจุบัน กล่าวคือ ข้อมูลที่สื่อสารแก่ประชาชนทั่วไปในบอร์ดนิทรรศการเรื่องเอดส์ แผ่นพับที่จัดทำกันใน พ.ศ. นี้ โดยไม่กล่าวถึงหลายปีที่ผ่านมา ยังคงประกอบไปด้วยข้อมูลเหล่านี้ คือ เอดส์อันตราย น่ากลัว เป็นแล้วตาย (แต่อยู่ร่วมกันได้) เอดส์ติดสามทาง ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์อย่าใช้เข็มร่วมกัน อย่าสำสอน อย่ามั่วใช้ถุงยางทุกครั้ง⁸⁷ อีกทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในความคิดคำนึงของคน ยังคงผอมดำ ต่อม่าน้ำเหลืองโต มีตุ่มตามตัว นอนป่วยอย่างสิ้นหวัง ฯลฯ⁸⁸ และการให้ข้อมูลที่ให้ทำคนยังคิดว่าเรื่องของเอชไอวีไม่เกี่ยวข้องกับตน เพราะเป็นเรื่องของพวกนั้น อาทิ คนทำงานบริการทางเพศ พวกชอบเที่ยวสถานบริการทางเพศ พวกสำสอน พวกใช้ยาเสพติด พวกรักเพศเดียวกัน พวก ฯลฯ⁸⁹

นอกจากนี้ ความคิดเห็นของ สมวงศ์ อุไรวัฒนา ในบทความเรื่อง เอดส์...เข้าใจได้ไม่ยาก ก็ได้ชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลเรื่องเอดส์ที่ผ่านมา มิได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง หากแต่อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ ความเห็น จนกลายเป็นคำขู่ ซึ่งในความเป็นจริงเรื่องของ

⁸⁷ วรานุช ชินวรโสภาค, "20 ปี และ 108 กระบวนท่าป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่กว่าสองหมื่นรายต่อปี...ใครเรียนรู้อะไรบ้าง?" ใน 20 ปีที่เราจำกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์, รุจน์ โกมลบุตร, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548), หน้า 89.

⁸⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 86.

⁸⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 89.

เอ็ดส์เป็นเรื่องที่เข้าใจไม่ยาก แต่ที่กลายเป็นเรื่องยากนั้น เนื่องจากว่าคนไม่เชื่อมั่นในคน เช่นให้ข้อมูลอย่างเดียวจะไม่กลัวเอ็ดส์ ต้องชู่จะได้กลัว หรือคนมีพฤติกรรมไม่ดี ก็ต้องปล่อยให้รับกรรมไป บางคนใช้จินตนาการโดยไม่มีหลักการยึด สุดท้ายแต่จะคิดกันไป⁹⁰ ซึ่งในความเป็นจริงความรู้พื้นฐานเรื่องเอ็ดส์มีไม่กี่ประการที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ และเป้าหมายสำคัญของการทำงานด้านเอ็ดส์มีอยู่ 3 ข้อ⁹¹ คือ

- (1) ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่
- (2) ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- (3) ผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้ออยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตาม ทุกวันนี้การสื่อสารข้อมูลเรื่องเกี่ยวกับเอ็ดส์ยังอยู่บนพื้นฐานความเชื่อและความเห็น มากกว่าที่จะสื่อสารด้วยข้อมูลที่ชัดเจน ดังนั้นเป้าหมายใหญ่สามข้อในการดำเนินงานด้านเอ็ดส์ที่มีอยู่จึงยังไม่ประสบผลสำเร็จ ปัญหาที่เกิดขึ้นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบควรจะต้องปรับปรุงการให้ข้อมูลที่ปราศจากความเชื่อ ความเห็นและที่สำคัญต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริง เพื่อการได้รับข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นของประชาชน

สำหรับเรื่องของการมีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิด้านเอ็ดส์ การดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่เป็นกลไกและมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องสิทธิด้านเอ็ดส์ คือ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) สำนักงานอัยการสูงสุด ผ่านโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ ซึ่งกิจกรรมในโครงการนี้ เป็นการให้ข้อมูลและรับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิด้านเอ็ดส์แก่ประชาชน ผ่านกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ตลอด 5 ปีงบประมาณ จากรายงานผลการดำเนินงานของโครงการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2548 มีผลการดำเนินงานโดยสรุปดังนี้

ปีงบประมาณ 2544 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณนี้ของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอ็ดส์ มีการดำเนินงาน คือ กิจกรรมรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำ เป้าหมาย 380 เรื่อง มีเรื่องร้องเรียน 164 เรื่อง เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอ็ดส์ตามกฎหมายและวิธีป้องกันการติดเชื้อเอ็ดส์ เป้าหมาย 2,250 หมู่บ้าน เผยแพร่ ไป 7,906 หมู่บ้าน⁹²

ปีงบประมาณ 2545 กิจกรรมของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอ็ดส์ ในปีงบประมาณ 2545 ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม มีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม คือ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลผู้เป็นโรคเอ็ดส์

⁹⁰ สมวงศ์ อุไรวัฒนา, "เอ็ดส์... เข้าใจได้ไม่ยาก," ใน 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอ็ดส์, รุจน์ โกมลบุตร, บรรณาธิการ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548), หน้า 21.

⁹¹ เรื่องเดียวกัน.

⁹² สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, "รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2545," หน้า 6. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ตามกฎหมายจำนวนเป้าหมาย 2,250 หมู่บ้าน มีผลการดำเนินงาน 7,629 หมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์แนวทางการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ จำนวนเป้าหมาย 380 เรื่อง มีผลการดำเนินงาน 771 เรื่อง การรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำ จำนวนเป้าหมาย 380 เรื่อง มีผลการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน 380 เรื่อง⁹³ ตามเป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2546 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณนี้ของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ มีการดำเนินงาน คือ กิจกรรมรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำ เป้าหมาย 380 เรื่อง มีเรื่องร้องเรียน 605 เรื่อง การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายและวิธีป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เป้าหมาย 2,250 หมู่บ้าน เผยแพร่ไป 7,581 หมู่บ้าน⁹⁴

ปีงบประมาณ 2547 ผลการดำเนินงานของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ คือ มีการรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำ เป้าหมาย 380 เรื่อง มีเรื่องร้องเรียน 525 เรื่อง การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายและวิธีป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เป้าหมาย 2,250 หมู่บ้าน เผยแพร่ไป 8,162 หมู่บ้าน⁹⁵

ปีงบประมาณ 2548 ผลการดำเนินงานของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ คือ รับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาแนะนำ เป้าหมาย 380 เรื่อง มีเรื่องร้องเรียน 273 เรื่อง เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายและวิธีป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เป้าหมาย 2,250 หมู่บ้าน เผยแพร่ไป 11,171 หมู่บ้าน⁹⁶

จากผลการดำเนินงานในแต่ละปีงบประมาณที่กล่าวมาเบื้องต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นตารางผลการดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ปีงบประมาณ 2544-2548 ได้ดังนี้

⁹³ เรื่องเดียวกัน.

⁹⁴ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, “รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2546,” (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

⁹⁵ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, “รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2547,” (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

⁹⁶ สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, “รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2548,” (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

**ตารางที่ 5 สรุปผลการดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์
ปีงบประมาณ 2544-2548**

ปีงบประมาณ	2544	2545	2546	2547	2548
รับเรื่องร้องเรียน การละเมิดสิทธิและ ให้คำปรึกษา แนะนำ	164	380	605	525	273
เผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับกฎหมาย ด้านเอดส์	7,906	7,269	7,581	8,162	11,171

ที่มา : ผู้วิจัยรวบรวมจากรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2545-2548

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ทางหน่วยงานภาครัฐดำเนินงานนั้น เป็นการดำเนินงานในลักษณะทั้งเชิงรุกและรับ เชิงรุก คือ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านเอดส์ เป็นการทำงานในเชิงรุก และเชิงรับเป็นการรับเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิและให้คำปรึกษาทางกฎหมาย ซึ่งหากพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่กล่าวไปเบื้องต้นนี้ จะเห็นว่า ผลการดำเนินงานการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายด้านเอดส์ที่มีจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศไทยได้รับการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายด้านเอดส์ที่เพิ่มขึ้นทุกปี เป็นผลการดำเนินงานที่ก้าวหน้าในเชิงปริมาณเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า มิได้เป็นเครื่องชี้วัดว่าประชาชนจะมีความรู้ในเรื่องสิทธิด้านเอดส์มากขึ้นในด้านคุณภาพ อีกทั้งการดำเนินงานในโครงการนี้ ก็ได้มีการพัฒนาตัวกิจกรรมเพื่อการมีข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นในเรื่องสิทธิของประชาชน

โดยการเผยแพร่ความรู้มาตรการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลเกี่ยวกับเอดส์ตามกฎหมายทางสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) สำนักงานอัยการสูงสุด ได้จัดพิมพ์หนังสือคู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ ไว้แจกจ่ายแก่ประชาชนทั่วไป และบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งมีข้อมูลค่อนข้างล้าสมัย และเป็นเพียงข้อมูลสิทธิพื้นฐานอย่างกว้าง โดยข้อมูลในหนังสือประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคเอดส์ สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ การละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ การคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้โดยรวมมีพื้นฐานที่ดี แต่หน่วยงานควรปรับปรุงเนื้อหาบางประการที่ผิดพลาด และเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานที่จะให้ข้อมูลด้านเอดส์ของทางภาครัฐ ซึ่งนอกเหนือจากข้อมูลที่อยู่ในคู่มือคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์แล้ว ทางรัฐบาลได้พัฒนาแนวนโยบายเรื่องสิทธิทางด้าน

สาธารณสุข นโยบายสิทธิในสถานประกอบการ และสิทธิประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น ในช่วงปี งบประมาณ 2547-2548 จากการสอบถามปัญหาหลักของผู้ติดเชื้อที่มักจะโทรศัพท์เข้าไปสอบถามข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คือ เรื่องการรักษา เรื่องการกินยาต้านไวรัส พวกเขาสามารถรับยาได้ที่ไหน เรื่องของการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องใหญ่ที่สุด เพราะทุกคนไม่ยอมตาย และปัญหาพื้นฐานอื่นๆ เช่นการตรวจเลือด⁹⁷ ซึ่งสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนควรจะพัฒนากิจกรรมในเรื่องดังกล่าว เพราะถือว่าเรื่องเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้การปรึกษาและการแนะนำข้อมูลแก่ประชาชนที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

และในส่วนของผลการดำเนินงานของกิจกรรมรับเรื่องร้องเรียนละเมิดสิทธิและให้คำแนะนำปรึกษา ซึ่งถือเป็นเรื่องของการมีข้อมูลด้านสิทธิของประชาชนนั้น บทบาทส่วนใหญ่จะอยู่ที่หน่วยงานองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ เช่น ศูนย์คุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์เสียมากกว่า ทั้งนี้ กิจกรรมโครงการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์ของสำนักงานอัยการสูงสุด ไม่ค่อยเป็นที่รับรู้และสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ติดเชื้อได้ จึงจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานในการรับเรื่องร้องเรียนและให้คำปรึกษาแนะนำในแต่ละปีงบประมาณมีจำนวนเรื่องร้องเรียนเข้ามาน้อย ทั้งนี้มิใช่ไว้ในสังคมจะไม่มีปัญหาเรื่องของการละเมิดสิทธิ แต่เกิดจากความไม่ไว้วางใจที่จะปรึกษาและร้องเรียนกับหน่วยงานรัฐ โดยจากข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับทราบมาจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อ นั้นได้รับคำบอกเล่ามาว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบถึงบทบาทและการทำงานของโครงการนี้ และยังเห็นว่าเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐนั้นยังมีอคติกับผู้ติดเชื้ออยู่ และมีปัญหาเรื่องของการบังคับตรวจเลือดผู้สมัครเป็นผู้พิพากษาและอัยการอยู่ ทางผู้ติดเชื้อจึงเห็นว่าทางหน่วยงานภาครัฐต้องไปปรับเปลี่ยนทัศนคติและต้องทำความเข้าใจกับเรื่องโรคเอดส์เสียก่อน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของนางสาว สุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่ให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยว่า

“ทางศูนย์พบว่าผู้ที่ไปให้ความรู้เรื่องเอดส์ ก็ไม่ได้มีความรู้เรื่องเอดส์แต่ก็ได้รับหน้าที่ไปเผยแพร่ให้ชาวบ้านทราบ และเป็นการให้ข้อมูลที่เก่ามาก ลองไปถามผู้มีเชื่อตัวว่ารู้จักอัยการ สดช.หรือไม่ หรือลองไปช้ถามอัยการสักคนว่ารู้เรื่องโรคเอดส์หรือเปล่า เพราะว่าเวลาเชิญพี่ไปบรรยาย พี่จะเห็นว่าเค้าไม่มีความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ติดเชื้อ ยังมองว่าเรื่องเอดส์เป็นเรื่องของคนไม่ดี เป็นแล้วตาย ยังเป็น concept เดิม”

98

⁹⁷ สัมภาษณ์, สุภัทรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, 18 มกราคม 2551.

⁹⁸ สัมภาษณ์, สุภัทรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, 18 มกราคม 2551.

จากที่ผู้วิจัยได้ กล่าวถึงภาพรวมการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในเรื่องการมีข้อมูลที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับประชาชนและสิทธิประชาชน โดยภาพรวมถือว่ารัฐบาลพัฒนาฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นระบบเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในด้านการสาธารณสุข และมีการเผยแพร่ข้อมูลที่ทันเหตุการณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนอย่างรอบด้านทุกมิติ โดยเฉพาะในประเด็นด้านผลกระทบและเรื่องสิทธิที่เกี่ยวกับประชาชน อีกทั้งยังไม่ได้มีการพัฒนาข้อมูลเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ดียิ่งขึ้น และทางภาครัฐยังขาดการตระหนักถึงเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส ไร้การศึกษา และการมีข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของประชาชน ซึ่งการปฏิบัติงานนี้องค์กรภาคเอกชนจะมีบทบาทในการดำเนินงานมากกว่า นอกจากนี้แล้วหน่วยงานของทางภาครัฐบางส่วน ยังคงให้ความรู้และข้อมูลแบบเก่าไม่ปรับปรุงให้ทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งหน่วยงานควรจะพัฒนาข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดียิ่งขึ้นและเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

5.3 สาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของรัฐบาล

จากที่ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงผลการดำเนินงานของรัฐบาลในทางปฏิบัติตามกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานจะเห็นได้ว่า การดำเนินงานยังมีอุปสรรคโดยพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในโครงการต่างๆ ของรัฐบาลไม่ประสบผลตามปฏิญญาฯ คือ นโยบายรัฐบาล งบประมาณสนับสนุน เรื่องทัศนคติที่ไม่เปลี่ยนแปลงของบุคลากรทางหน่วยงานรัฐ และความเชื่อของระบบราชการ ดังนี้

5.3.1 นโยบายรัฐบาล นโยบายรัฐบาลถือเป็นสิ่งที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานของส่วนราชการในช่วงเวลานั้น นโยบายของรัฐบาลมีทั้งที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชน กล่าวคือ นโยบายรัฐบาลยังไม่มีชัดเจนในเรื่องของการแก้ไขปัญหาเอดส์กับเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ารัฐบาลมีนโยบายมุ่งเน้นที่การป้องกันและลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ตามหลักการของ MDGs โดยการรณรงค์แจกถุงยางอนามัย และนโยบายในเชิงการดูแลรักษา โดยขยายการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งนโยบายดังกล่าวแม้ว่าจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานและเป็นการแสดงให้เห็นการเคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อผู้่วยเอดส์ของรัฐบาล ที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถอยู่ร่วมกันกับคนในสังคมได้ดีขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ แต่ก็ยังขาดการตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก สตรี อย่างรอบด้านในมิติอื่นนอกเหนือไปจากการดูแลรักษา เช่น การศึกษา ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญตามปฏิญญาฯ จากข้อสรุปของการทบทวนประสบการณ์การทำงานกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งในส่วนของนโยบาย มาตรการ และกระบวนการทำงานกับเด็กที่ผ่านมา พบว่า การทำงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ อาทิ นโยบาย มาตรการ

ที่กำหนดส่วนใหญ่บนฐานการดูแลผู้ใหญ่เป็นหลัก ซึ่งยังขาดจุดเน้นหรือความชัดเจน และยังขาดการทำงานของสื่อที่จะทำงานทั้งในเชิงของการป้องกันและการสร้างคุณค่าในชีวิตของเด็ก

และนอกจากนโยบายรัฐบาลยังไม่ชัดเจนในเรื่องของสิทธิมนุษยชนแล้ว ขณะเดียวกันรัฐบาลก็มีนโยบายบางอย่างที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน เช่น นโยบายส่งเสริมการกระตุ้นการค้าและการลงทุนจากต่างชาติในระบบเศรษฐกิจ หรือการทำข้อตกลงเปิดเขตเสรีทางการค้าระหว่างไทยกับสหรัฐฯ การทำข้อตกลงนี้ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัส เนื่องจากองค์การเภสัชกรรมจะไม่สามารถผลิตยาเองได้เพราะว่าติดสิทธิบัตร ส่งผลให้ยามีราคาสูง ผู้มีเชื้อส่วนใหญ่ซึ่งมีรายได้น้อยจึงมีอาจเข้าถึงยาเพื่อมารักษาได้ ทั้งที่รัฐบาลมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสแต่ก็จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาได้ไม่ครอบคลุม รวมไปถึงนโยบายทำสงครามต่อต้านยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติดในการเข้ารับบริการทางสาธารณสุข เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดต้องหลบหนีการถูกจับกุมและฆาตกรรม ซึ่งนโยบายเหล่านี้เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนและไม่ถือว่ารัฐบาลดำเนินงานตามหลักแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐาน เพราะขาดการเคารพสิทธิ การปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ

5.3.2 งบประมาณ ปัญหาเรื่องของงบประมาณน้อยและใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้รัฐบาลไม่สามารถดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชนให้ประสบผลสำเร็จได้ งบประมาณถือเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่ง พ.ศ. 2544-2548 งบประมาณโดยรวมในการจัดการปัญหาเอดส์ลดลงจากในอดีต อย่างไรก็ตาม รัฐบาลไทยได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณจำนวนมากจากกองทุนโลก แต่ก็ไม่สามารถกระจายงบประมาณให้แก่กลุ่มประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบ และคนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง

การจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ของรัฐบาลไทยมุ่งเน้นที่การดูแลรักษาตามนโยบายการให้ยาต้านไวรัส ซึ่งงบประมาณประจำปี 2547 กว่าร้อยละ 80 ของงบประมาณ เป็นจำนวนเงินกว่าหนึ่งพันล้านบาท ที่รัฐบาลใช้เพื่อการพัฒนาาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสครอบคลุมผู้ป่วย 40,000 ราย และรัฐบาลใช้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย สามารถให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยเอดส์ได้อีก 10,000 ราย รวมเป็นทั้งหมดเป็น 50,000 ราย แต่งบประมาณที่รัฐบาลใช้ในการดำเนินงานในโครงการให้ยาต้านไวรัสก็ยังไม่สามารถตอบสนองเรื่องการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จได้ เนื่องจากมีงบประมาณจำกัดและยังขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการรักษาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในประเทศไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ทั้งหมดตามนโยบาย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ตกอยู่ชายขอบ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีจำนวนมากภายในประเทศไทย

นอกจากจะมีงบประมาณจำกัดแล้ว การใช้งบประมาณของทางรัฐบาลยังไม่มีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ชี้ให้เห็นว่า การปรับยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ ขณะนี้ คณะกรรมการฯ ประชุมปีละ 2 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการติดตามผลการดำเนินงานเท่านั้น มีการปรับยุทธศาสตร์ใหม่บ้างเล็กน้อย ขณะนี้สหประชาชาติก็ตระหนักแล้วว่าปัญหาเอ็ดส์มีความสำคัญ และต้องให้ความใส่ใจไม่ใช่ปล่อยให้ปัญหาคือองค์การอนามัยโลกต้องรับผิดชอบเพียงองค์กรเดียวอย่างที่ผ่านมา และจากการประชุม UNGASS ได้มีการจัดทำข้อเรียกร้อง การร่างปฏิญญาร่วมกัน การจัดทำกองทุนโรคเอดส์ เรื่องเหล่านี้เป็นสถานการณ์ความตื่นตัวระดับนานาชาติ ในส่วนของประเทศไทย จึงจำเป็นต้องหันกลับมาทบทวนและปฏิรูปการทำงานและการจัดการงบประมาณใหม่ มีหลายท่านกล่าวว่า งบประมาณเอ็ดส์ซึ่งอยู่ใน 10-12 กระทรวงหลัก เป็นเหมือนเบี้ยหัวแตกไม่สามารถเรียกร้องให้เห็นเรื่องที่มีประสิทธิภาพ มีคนเคยยกตัวอย่างงานรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่นั้นดูมีชีวิตชีวา มีประสิทธิภาพมาก หลายคนคิดว่าคงใช้งบมากมาย แต่เมื่อตรวจสอบแล้ว พบว่าใช้งบประมาณน้อยกว่างบเอ็ดส์ถึง 20 เท่า ตรงนี้เกิดอะไรขึ้น เป็นเพราะเราขาดการใช้งบประมาณที่เป็นเอกภาพและไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการกำกับติดตามที่ดี⁹⁹

ทั้งนี้ ในส่วนของงบประมาณที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาที่จัดสรรให้แก่หน่วยงานอื่นๆ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาเรื่องของผลกระทบจากโรคเอดส์ การจัดสรรงบประมาณมีจำนวนน้อยมาก เช่น โครงการคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือประชาชนที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เพียงแค่ 700,000 บาท ทั้งที่มีปัญหาเรื่องของการละเมิดสิทธิในสังคมอยู่มาก การสนับสนุนเรื่องของการให้ความรู้ การศึกษา ยังมีได้ครอบคลุมไปยังกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กกำพร้า ซึ่งในส่วนเรื่องของงบประมาณที่จำกัดนี้ ประเทศไทยถือเป็นประเทศกำลังพัฒนา มิได้เป็นประเทศที่ร่ำรวยที่จะจัดสรรงบประมาณเพื่อการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ได้อย่างเป็นจำนวนมากมหาศาล จึงต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากนอกประเทศ หากแต่ทางรัฐบาลเองก็ได้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดในประเทศให้เกิดประโยชน์ได้อย่างสูงสุด และกระจายงบประมาณได้อย่างทั่วถึงไปยังกลุ่มประชากรที่เปราะบาง และตกอยู่ชายขอบ เช่น เด็กกำพร้า สตรี ผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขัง กลุ่มแรงงาน เป็นต้น ซึ่งประเด็นปัญหาการจัดสรรงบประมาณนี้ ถือว่ารัฐบาลไม่สามารถดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ ตามกรอบแนวคิดของการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน ส่งผลให้การดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชนไม่ประสบผลสำเร็จ

⁹⁹ สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี, "รวมพลังสร้างสรรค์," ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2544, ทองกร ยัณรังษี และคณะบรรณาธิการ, (นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2548), หน้า 266.

5.3.3 ทัศนคติที่ยังไม่เปลี่ยน จะเห็นว่าทัศนคติเรื่องของการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของรัฐบาลไทยไม่ได้มาคู่กับเรื่องของสิทธิมนุษยชนตั้งแต่ต้น ส่วนใหญ่แล้วบุคลากรภาครัฐจะยังคงมีทัศนคติว่าเอ็ดส์เป็นเรื่องของโรคเท่านั้น ซึ่งการแก้ปัญหาจะต้องออกมาในรูปของการป้องกันการสงเคราะห์ การดูแลรักษาเพียงเท่านั้น ถึงจะต่อสู้กับโรคเอ็ดส์ได้ เมื่อรัฐบาลมีทัศนคติแบบนี้ จึงถือว่าเป็นรากของปัญหาที่ยังคงฝังลึกในทัศนคติของคน จึงส่งผลให้การดำเนินงานในรูปแบบโครงการต่างๆ ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องของโรคเอ็ดส์ ทั้งแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มิได้ระบุเรื่องสิทธิมนุษยชนเข้าเป็นวาระที่สำคัญหนึ่งของการดำเนินงาน หรือมีก็เป็นเพียงในรูปของแนวทางที่ยังมิได้ขับเคลื่อนในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง โดยยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเรื่องโรคเอ็ดส์ที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน เพิ่งจะได้รับการบรรจุลงในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 อย่างเป็นทางการหลังจากที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์ในประเทศไทยมา 20 ปี

ดังนั้น ในการดำเนินงานโครงการต่างๆ ของรัฐบาลในช่วง พ.ศ. 2544-2548 จึงมิได้มีพื้นฐานของโครงการที่ต้องการจะแก้ปัญหาเรื่องเอ็ดส์กับเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นหลักการสำคัญ แม้ว่าทางรัฐบาลจะเน้นว่าจะตระหนักถึงเรื่องความทั่วถึงและเท่าเทียม แต่จากผลการปฏิบัติงานจริงนั้น จะเห็นได้ว่าปัญหาเรื่องของการละเมิดสิทธิและความไม่เท่าเทียมยังคงมีอยู่ เช่น การดำเนินงานของโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ เป็นผลมาจากนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้ทุกคนเข้าถึงยาและเป็นการดำเนินงานตามประเด็นหลักของการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอ็ดส์ครั้งที่ 15 ในปี พ.ศ. 2547 ที่รัฐบาลไทยเป็นเจ้าภาพ คือ ทั่วถึงและเท่าเทียม (Access for All) รวมไปถึงการที่รัฐบาลคำนึงถึงการลงทุนในโครงการนี้ถือว่าคุ้มค่าในการลงทุน ไม่ได้คิดว่าต้องคำนึงเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อมาเป็นตัวตั้ง ดังเช่นที่หนังสือเรื่อง *The Economics of effective AIDS Treatment Evaluating Policy Options for Thailand* ของธนาคารโลก ได้กล่าวไว้ว่า ในการเปรียบเทียบนโยบายเรื่องเอ็ดส์ รัฐบาลจะต้องวิเคราะห์ถึงนโยบายปัจจุบันที่มีส่งผลในระยะยาว เช่น เมื่อรัฐบาลไทยจะซื้อรถยนต์ รัฐบาลจะคิดว่าจะรถคันนี้จะต้องใช้ได้เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี หรือ การสร้างถนนอย่างน้อยต้องใช้งานได้ 5 ปีหรือ 10 ปี และการก่อสร้างอาคารต้องใช้ได้อย่างน้อย 15 ปี หรือมากกว่านั้น อย่างไรก็ตาม ผลของการมีนโยบายการดูแลรักษาเรื่องโรคเอ็ดส์นั้นจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่มากกว่าเสียชีวิตไม่ว่าพวกเขาจะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื่อก็ตาม และยังคงจะมีคนที่ต้องการรักษาทางการแพทย์ไปตลอดเป็นเวลาอีกกว่า 30 ปี หลังจากที่ได้รับการรักษา¹⁰⁰ ที่ผู้วิจัยเขียนเช่นนี้มิได้ต้องการจะต่อว่ารัฐบาลเพียงแต่ต้องการชี้ให้เห็นถึงข้อบกพร่องของมุมมองในการทำงานที่ทางภาครัฐควรจะมีทัศนคติของการให้การดูแลรักษาที่เห็นว่าสิทธิของผู้ติดเชื้อทุกคนย่อมได้รับอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปอย่างแท้จริง มิใช่เพียงมองในบริบทของเศรษฐกิจ เนื่องจาก ขณะที่รัฐบาลมีนโยบายการให้ยา

¹⁰⁰ Ana Revenga, *The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand*, (Washington D.C.: World Bank, 2006), p. 109.

ต้านไวรัสแก่ผู้มีเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ 50,000 ราย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ขณะเดียวกันก็ได้จัดให้โครงการนี้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสาธารณสุขที่จัดขึ้นเพื่อประชาชนชาวไทยทุกคน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศบราซิล ซึ่งมีข้อมูลที่ได้กล่าวขึ้นชมประเทศบราซิลที่มีการดำเนินงานการให้ยาต้านไวรัสที่อยู่บนความเห็นใจในเชิงมนุษยธรรมมากกว่าประเทศไทย

โครงการมาตรฐานการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ASO Thailand ที่กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ดำเนินงานร่วมกับสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทย ต้านภัยเอดส์ และองค์กรพันธมิตรอื่นๆ เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นถึงเรื่องของทัศนคติที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง โครงการนี้เป็นความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นในเชิงนโยบายเท่านั้น หากแต่การดำเนินงานจริงในโครงการยังมีข้อมูลที่ชี้ชัดว่าทัศนคติของผู้บริหารที่มีต่อผู้ติดเชื้อยังไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ติดเชื้อยังคงถูกไล่ออกจากงาน เนื่องจากผู้บริหารส่วนใหญ่จะมีมุมมองที่ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพนักงานในสถานประกอบกิจการบางส่วนก็ยังไม่สามารถทำงานและกินอาหารร่วมกันกับผู้ติดเชื้อได้ ตลอดจนการมีทัศนคติที่จะต้องบังคับตรวจเลือดก่อนการทำงาน ก่อนบวชพระ ซึ่งทัศนคติเหล่านี้เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งทางรัฐบาลควรจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามหลักการในปฎิญญาฯ หรือในส่วนของโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวกับเอดส์ ที่มีปัญหาเรื่องของทัศนคติของอัยการ และข้าราชการ กระทรวงยุติธรรมที่บางส่วนยังไม่เข้าใจเรื่องเอดส์อย่างถ่องแท้ ซึ่งทัศนคติแบบนี้จะทำให้เกิดการแบ่งแยก เท่ากับเป็นการไม่เคารพสิทธิ

นอกจากนี้ อีกหนึ่งตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนเรื่องทัศนคติ คือ เรื่องการยกย่องพระราชบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับเอดส์นั้น แท้จริงแล้วมีที่จากการที่รัฐบาลต้องการแก้ไขปัญหาความยากจนและต้องการแก้ปัญหาเรื่องผู้ติดเชื้อเป็นตัวแพร่เชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสังคม¹⁰¹ จึงได้อนุมัติให้มีการยกย่องกฎหมายคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ โดยนำไปบรรจุในการพัฒนากฎหมายของยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาความยากจนทัศนคติเหล่านี้จึงมิได้เป็นการแสดงถึงการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน แม้ว่าทางรัฐบาลจะต้องการปกป้องและคุ้มครองสิทธิประชาชนทั่วไปที่ยังไม่ติดเชื้อก็ตาม แต่ในทางกลับกันกลุ่มผู้ติดเชื้อจะถูกสังคมตีตราจากการร่างกฎหมายนี้ เมื่อมีทัศนคติเช่นนี้แล้ว ตัวพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ย่อมมิได้จะเป็นการตอบสนองเรื่องสิทธิให้สมบูรณ์ เนื่องจากมิได้มาจากการเรียกร้องของเจ้าของสิทธิหากแต่ยังปราศจากการเคารพสิทธิ และปกป้องสิทธิของประชาชนด้วย

จากที่กล่าวมาเบื้องต้นจะเห็นว่าปัญหาเรื่องทัศนคติของคน ที่ไม่ได้มีมุมมองเรื่องเอดส์ในมิติสิทธิมนุษยชนในการปฏิบัติงาน ในโครงการ หรือการกำหนดนโยบาย จึงเป็นสิ่งที่ทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานรัฐไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานด้านสิทธิได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากเมื่อผู้ปฏิบัติงานทุกระดับยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเรื่องโรคเอดส์ ย่อมจะไม่

¹⁰¹ สัมภาษณ์, สุภัตรา นาคะผิว, ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 18 มกราคม 2551.

ตระหนักถึงเรื่องการเคารพสิทธิ ปกป้องสิทธิ และดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ อีกทั้งยังกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ ที่มุ่งเน้นให้มีการตระหนักถึงเรื่องความเสมอภาค ความเท่าเทียม และเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของทุกคน

5.3.4 ระบบราชการ เป็นที่ทราบกันดีว่าระบบราชการของประเทศไทยเชื่องช้ามาก เพราะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานของรัฐบาลไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควรและไม่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองปัญหาได้อย่างทันท่วงที จึงส่งผลให้การดำเนินงานในแต่ละโครงการหรือการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายกว่าจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่สมบูรณ์ตอบสนองต่อประชาชนได้อย่างเต็มที่ ต้องใช้เวลานาน การที่ระบบการดำเนินงานของราชการไทยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่คล่องตัว ต้องรอนโยบายการสนับสนุนจากภาคการเมือง การอนุมัติงบประมาณ กว่าที่จะผ่านไปสู่อำนาจปฏิบัติได้ต้องใช้เวลาหลายปี การดำเนินงานของโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ เป็นโครงการที่มีพัฒนาการที่ยาวนานหลายปี กล่าวคือ เริ่มต้นโครงการปี พ.ศ. 2542 กว่ารัฐบาลจะมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสระดับชาติแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายได้เมื่อ พ.ศ. 2547 ต้องใช้เวลากว่า 5 ปี ถือว่าใช้เวลาในการดำเนินการเป็นเวลานานมาก และกว่าจะประกาศให้โครงการยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางภาครัฐใช้เวลาอีก 1 ปีงบประมาณ และการขยายโครงการให้เรื่องยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบประกันสังคม ซึ่งในช่วงเวลาที่ทางภาครัฐกำลังดำเนินงานผ่านกระบวนการของระบบราชการนั้น มีผู้ติดเชื้อต้องเสียชีวิตไปในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังมีโครงการอื่นๆ หลายโครงการที่ทางรัฐบาลดำเนินงานเชิงซ้ำ เช่น การออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องของแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์สถานประกอบการ ที่ใช้เวลาดำเนินงานกว่า 5 ปีงบประมาณ นับตั้งแต่รัฐบาลร่วมรับรองปฏิญญาฯ ซึ่งรัฐบาลเริ่มดำเนินโครงการนำร่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2548 จึงมีผลงานออกมาเป็นรูปธรรมตามหลักการปฏิญญาฯ

นอกจากการดำเนินงานที่ต้องผ่านกระบวนการทางราชการหลายขั้นตอนแล้ว การโยกย้ายข้าราชการตามระบบราชการ ยังส่งผลกระทบต่อให้การดำเนินงานโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ขาดความต่อเนื่องมีการโยกย้ายข้าราชการตามระบบราชการ และไม่มี การปรับปรุงคุณภาพของกิจกรรมในโครงการ ตลอดจนการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ ที่บางแห่งเหลือเจ้าหน้าที่จำนวนเพียง 1 คน¹⁰² รวมไปถึงการปฏิบัติงานของทางราชการตามนโยบายการสนับสนุน ตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชา จึงส่งผลข้าราชการระดับล่างที่คลุกคลีอยู่กับปัญหาไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่

¹⁰² ภูษิตา อินทรประสงค์, "การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกรมควบคุมโรคของ กพร.," หัวข้อปฏิรูประบบราชการกับอนาคตเอดส์ของประเทศไทย ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 13-15 กรกฎาคม 2548, พีระมณ นิงสานนท์ และคณะ, บรรณาธิการ, (นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549), หน้า 136.

และต้องทำตามนโยบายจากข้างบน ซึ่งนโยบายการแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ไม่ได้เน้นเรื่องสิทธิและทางภาคการเมืองก็ไม่ได้สนใจการแก้ปัญหาเรื่องเอดส์อย่างจริงจัง โดยผู้วิจัยพิจารณาจากการที่ผู้นำสูงสุดทางการเมืองในช่วงเวลานั้นไม่ได้มาเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ ซึ่งแตกต่างจากผู้นำสมัยอื่น รวมไปถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและรองนายกรัฐมนตรี(ผู้แทนนายกรัฐมนตรี) ในฐานะประธานกรรมการคณะกรรมการป้องกันและแก้ปัญหเอดส์แห่งชาติก็มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดำรงตำแหน่งบ่อย จึงทำให้การประสานงานและการรับนโยบายของหน่วยงานภาครัฐต้องล่าช้าออกไป เช่น ในช่วงที่รัฐบาลร่วมรับรองปฏิญญา นายพิทักษ์ อินทวิทย์นันท์ ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าคณะรัฐบาลไทยไปประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 16 และต่อมาเปลี่ยนเป็นนายพินิจ จารุสมบัติ ดำรงตำแหน่งแทน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของการประจำในการปฏิบัติงานสำหรับโครงการที่ต้องการความต่อเนื่อง

สรุปท้ายบท

จากที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญา ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 พบว่า รัฐบาลสามารถดำเนินงานตามปฏิญญา ย่อหน้า 69 โดยสามารถออกแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ และมีการดำเนินงานโครงการมาตรฐานการป้องกันและจัดการปัญหาด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO Thailand) และนอกจากนี้ รัฐบาลยังได้มีนโยบายพัฒนากฎหมายภายในประเทศ จึงอนุมัติให้ยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผลการดำเนินงานในเรื่องนี้แม้ว่าจะสอดคล้องกับปฏิญญา แต่ก็ยังไม่มีความเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังไม่ได้เป็นการตอบสนองเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม กฎหมายภายในประเทศไทยสามารถนำมาเทียบเคียงเพื่อใช้ในการปกป้องสิทธิด้านเอดส์ได้ เช่น รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภา พ.ศ. 2545 และการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้าอีกโครงการหนึ่งของรัฐบาลไทยแต่ไม่ได้สอดคล้องกับหลักการตามปฏิญญา ด้านสิทธิมนุษยชนโดยตรง หากแต่สอดคล้องกับกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานเนื่องจากตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยและเป็นการแสดงถึงความเคารพสิทธิ คือ โครงการขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติ

ทั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยนำผลการปฏิบัติงานของรัฐบาลมาพิจารณาตามกรอบความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นขั้นพื้นฐานใน 8 ประเด็น พบว่าผลการปฏิบัติงานของรัฐบาลโดยรวมยังไม่มีประสิทธิผลแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามปฏิญญา เนื่องจาก รัฐบาลยังขาดความก้าวหน้าต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่างๆ ที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น เด็ก สตรี แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการ

เปลี่ยนแปลงนโยบายสิทธิด้านสาธารณสุขและสิทธิของการทำงาน การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิผลเพื่อยับยั้งการละเมิดสิทธิ ยังคงมีการละเมิดสิทธิจากการบังคับตรวจเลือดโดยไม่สมัครใจก่อนเข้าทำงาน การไล่ผู้ติดเชื้อออกจากงาน การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบและมีความเสี่ยงยังไม่ทั่วถึง งบประมาณส่วนใหญ่ทุ่มเทไปที่การดูแลรักษาซึ่งยังครอบคลุมไม่ถึงประชากรเหล่านี้ ทั้งนี้แม้ว่ารัฐบาลจะมีโครงการมาตรฐาน ASO Thailand ซึ่งเป็นโครงการที่จัดขึ้นในสถานประกอบการ แต่ก็ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การปฏิบัติ บรรทัดฐานและคุณค่าของคนในสถานประกอบการให้มีทัศนคติที่ดีกับเรื่องเอ็ดส์ได้ และคนส่วนใหญ่ในสังคมยังมีทัศนคติไม่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนเรื่องของการปรับปรุงคุณภาพและการตอบสนองของสถาบันและการบริการ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการทางสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐบางแห่งยังไม่มีการปรับปรุงคุณภาพของการทำงาน และยังไม่มีการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิเสธการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ใช้สารเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระบบเศรษฐกิจยังไม่ส่งเสริมเรื่องของสิทธิ เช่น การเปิดเขตการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหรัฐฯ ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและในการเรียกร้องสิทธิยังมีน้อย แม้ว่า ผู้ติดเชื้อและหน่วยงานภาคประชาชนมีบทบาทมากขึ้นในกระบวนการตัดสินใจและมีพื้นที่ในการเรียกร้องสิทธิของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งถือว่าภาคประชาชนมีบทบาทสูงในการทำงานด้านสิทธิ จนได้รับความชื่นชมจากต่างประเทศ หากแต่กรณีการยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ยังขาดการมีส่วนร่วมกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบอย่างมาก และสุดท้ายรัฐบาลยังบกพร่องในเรื่องการมีข้อมูลที่ดีขึ้นเกี่ยวกับประชาชนและเรื่องสิทธิของประชาชน เนื่องจากยังขาดการพัฒนาาระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์อย่างรอบด้านทุกมิติ โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบและสิทธิของประชาชน มีเพียงข้อมูลด้านการระบาดวิทยา ซึ่งข้อมูลด้านสิทธินั้นองค์กรพัฒนาเอกชนส่วนใหญ่จะมีข้อมูลที่ดีกว่าทางภาครัฐ

โดยจากการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของรัฐบาล ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชน คือ นโยบายรัฐบาลเองที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนเชิงนโยบาย งบประมาณที่จำกัด การจัดสรรและการใช้งบประมาณไม่มีประสิทธิภาพ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ข้าราชการ และคนในสังคมที่ไม่เปลี่ยนแปลง และระบบราชการที่เชื่อมโยงไม่ประสิทธิภาพต้องดำเนินงานตามนโยบายจากผู้บังคับบัญชา

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการวิจัย

ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศปัจจุบัน ประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์กลายเป็นปัญหาระดับโลกหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อตัวแสดงทุกระดับ เนื่องจากโรคเอดส์ไม่เพียงแต่เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของชีวิตมวลมนุษยชาติเท่านั้น แต่ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาอีกด้วย ดังนั้นการตอบสนองต่อประเด็นปัญหาดังกล่าว รัฐใดรัฐหนึ่งจึงไม่สามารถจะต่อสู้กับมหันตภัยร้ายที่คุกคามคนทั่วโลกมากกว่าสองทศวรรษเพียงลำพังได้

เมื่อเข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 21 สหประชาชาติได้จัดการประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (UNGASS) เพื่อระดมความร่วมมือและหาแนวทางร่วมกันสำหรับการแก้ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ การประชุมครั้งนี้เป็นสิ่งบ่งชี้ความสำคัญของปัญหาเอดส์ได้เป็นอย่างดี โดยเป็นการแสดงความร่วมมือจากตัวแสดงในระบบระหว่างประเทศทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็น รัฐ องค์กรการระหว่างประเทศ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ประชาคม ประชาชน ในการที่จะหันมาประสานความร่วมมือระหว่างกันต่อสู้กับปัญหาอันทำลายล้างเช่นโรคเอดส์ในทุกๆ วิถีทางที่พึงกระทำ ในการประชุมครั้งนี้สาระสำคัญอยู่ที่การหารือแนวทางร่วมกันที่จะต่อสู้กับปัญหา โดยผู้นำจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกัน ซึ่งผลลัพธ์ในที่ประชุมที่เกิดขึ้น คือ ประเทศสมาชิกสหประชาชาติกว่า 189 ประเทศได้ร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Declaration of Commitment on HIV/AIDS)

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์นี้ ถือเป็นพันธะสัญญาระดับนานาชาติและเป็นบรรทัดฐานของการดำเนินงานในการต่อสู้กับการแก้ไขปัญหาระดับโลกให้แก่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติ องค์กรชำนาญพิเศษสหประชาชาติและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ตลอดจนเป็นกลไกหนึ่งในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่จะใช้ตรวจสอบการดำเนินงานของแต่ละรัฐบาลในการต่อสู้กับปัญหาเรื่องโรคเอดส์ โดยปฏิญญาฯ ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้านเอดส์ที่สำคัญไว้ทั้งหมด 11 ด้าน ไม่ว่าจะเป็น การดูแลรักษา เด็กกำพร้า การลดความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ปฏิญญาฯ มีพันธะที่มุ่งเน้นให้รัฐบาลตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหาระดับโลก ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าในระบบการเมืองโลกทุกวันนี้เรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นแนวความคิดหนึ่งที่ได้รับการส่งเสริมให้เป็นบรรทัดฐานของระบบการเมืองโลกสมัยใหม่ รัฐบาลไทยในฐานะตัวแสดงหนึ่งในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและในฐานะประเทศ

สมาชิกของสหประชาชาติ จึงมีความเกี่ยวพันกับประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ สิทธิมนุษยชน และปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์อย่างแยกไม่ออก

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นถึงประโยชน์ของความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ และการปฏิบัติตามพันธสัญญา (Implementation) ที่ประชาคมโลกได้ร่วมกันวางเครื่องมือและกลไกแก้ปัญหาวิกฤติเรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยในด้านสิทธิมนุษยชน เพื่อจะเป็นการช่วยส่งเสริมสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ภายในประเทศ ให้ทัดเทียมกับนานาชาติ การที่ภาคการเมืองแสดงเจตจำนงที่จะร่วมแก้ไขวิกฤติเรื่องโรคเอดส์กับประชาคมโลก โดยตัดสินใจที่จะร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ จึงถือเป็นพันธกรณีที่ผูกพันรัฐบาลไทยกับมิติทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเข้าไว้ด้วยกัน

จากการศึกษาเรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ถึงการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 ผู้วิจัยพบว่า การร่วมรับรองปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย ในฐานะประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น ทำให้รัฐบาลได้รับผลประโยชน์ร่วมกันกับรัฐบาลอื่นๆ ในการได้รับทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นเงินทุน ความรู้ทางวิชาการ แนวทางในการดำเนินงานที่รอบด้านเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ภายในประเทศ ตลอดจนได้รับความชื่นชมจากสื่อมวลชนสากลและนานาชาติ ในฐานะที่เป็นประเทศตัวอย่าง และจะมีบทบาทเป็นผู้นำที่จะช่วยเหลือประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันนี้ได้ในอนาคต ถือเป็นความคาดหวังจากความร่วมมือนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในมุมมอง Neoliberalism ตามแนวความคิดเรื่องการสร้างความร่วมมือภายใต้สภาวะอนาธิปไตย ของ โรเบิร์ต แอ็คเซลรอด (Robert Axelrod) และ โรเบิร์ต โอ โคเฮน (Robert O. Keohane) ที่ระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มของตัวแสดงในการแสดงพฤติกรรมเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างภายใต้ระบบระหว่างประเทศที่มีสภาพเป็นอนาธิปไตย คือ ความมุ่งหวังเรื่องผลประโยชน์ร่วมกัน (Mutuality of Interest) และความคาดหวังในอนาคต (The Shadow of the future) กล่าวคือ ผลการสร้างความร่วมมือที่เกิดขึ้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของรัฐเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับมุมมองประโยชน์ของตนในแต่ละตัวแสดง อย่างไรก็ตามแต่ละฝ่ายสามารถจะได้รับผลประโยชน์จากความร่วมมือที่เกิดขึ้น ถ้าสามารถทำให้ความร่วมมือบรรลุผลสำเร็จได้ถึงแม้ว่าผลประโยชน์ที่ได้รับนั้นจะไม่เท่ากันก็ตาม¹ และการคำนึงถึงผลประโยชน์ในอนาคตจึงมีส่วนอย่างมากต่อการตัดสินใจในการสร้างความร่วมมือ เนื่องจากการมองว่าจะได้รับผลตอบแทนอย่างไรบ้าง แม้จะได้เพียงเล็กน้อย หรือคาดว่าจะได้รับในอนาคต ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการพิจารณาถึงความคาดหวังในอนาคตนั้นประกอบด้วย ผลประโยชน์ในระยะยาว ความสม่ำเสมอ

¹ Robert Axelrod and Robert O. Keohane, "Achieving Cooperation Under Anarchy", *World Politics* 38 (October 1985): 228-232.

ของการได้รับผลประโยชน์ (regularity of stakes) ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการกระทำของอีกฝ่ายอื่นๆ (reliability of information about the others' action)²

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบปัจจัยที่ทำให้ตัวแสดงต่างๆ ในระบบระหว่างประเทศร่วมกันร่างปฏิญญาฯ ฉบับนี้ขึ้นและรับรองร่วมกัน ทั้งนี้ ด้วยมีความคาดหวังในอนาคตถึงผลประโยชน์ในระยะยาวที่จะเกิดขึ้น คือ ความมุ่งหวังของทุกประเทศทั่วโลกที่จะร่วมกันหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเอชไอวีซึ่งถือเป็นภัยคุกคามใหม่ให้สำเร็จได้ ตามแนวทางร่วมกันตามปฏิญญาฯ ทั้งหมด 11 ด้าน ในปี พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ ดร.เบอร์นาร์ต ซวาร์ตแลนเดอร์ ผู้อำนวยการเอ็ดส์ องค์การอนามัยโลก ได้ชี้ให้เห็นว่า หากไม่สามารถจัดชุดโครงการแก้ปัญหาเอ็ดส์โดยรัฐบาลของทุกประเทศตามข้อตกลงและปฏิญญาฯ ที่ทำเอาไว้อย่างจริงจัง จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตอีก 45 ล้านคนภายใน พ.ศ. 2553 แต่หากความร่วมมือของทุกประเทศเป็นไปด้วยดีเชื่อว่าประมาณ 29 ล้านคนหรือ ร้อยละ 60 ของผู้ที่จะเสียชีวิตเหล่านี้ จะสามารถมีชีวิตต่อไปได้

อนึ่ง แนวทางในปฏิญญาฯ ที่ระบุเป็นพันธะให้แต่ละรัฐบาลควรจะใช้ในการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ คือ ต้องตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการตอบสนองต่อปัญหาโรคเอ็ดส์ทุกด้าน ดังที่พันธกรณีในปฏิญญาฯ ย่อหน้า 16 ที่ระบุว่า

16. “การตระหนักว่าการสร้างความรับรู้ถึงสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคนเป็นส่วนประกอบสำคัญในการตอบโต้ในระดับโลกต่อการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์ รวมถึงด้านการป้องกัน การดูแล การสนับสนุนและการรักษา สิ่งนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเอ็ดส์และป้องกันการรังเกียจทางสังคม รวมถึงการเลือกปฏิบัติต่างๆ ต่อผู้ที่กำลังมีชีวิตอยู่กับโรคเอ็ดส์หรือผู้มีความเสี่ยงต่อโรคเอ็ดส์”³

ซึ่งในบริบทของการแพร่ระบาดของเอชไอวี/โรคเอ็ดส์ที่แปรเปลี่ยนไปนั้นและจากประสบการณ์ดำเนินงานของตัวแสดงที่ทำงานด้านเอ็ดส์ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ได้ระบุว่า การให้ความสนใจในเรื่องสิทธิมนุษยชนมาใช้ในการดำเนินงานสามารถช่วยในการแก้ปัญหาของทำงานด้านเอ็ดส์ได้ เช่น ในการตรวจเลือดและการให้คำปรึกษา⁴ การป้องกันและ

² Ibid., pp. 232-234

³ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอ็ดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอ็ดส์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอ็ดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2549), หน้า 13.

⁴ UNAIDS, “UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights Second Meeting, August 25-27 2003 Geneva,” public report, p. 3.

การลดความรุนแรงมิให้ประชาชนติดเชื่อเอชไอวี และการลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเอดส์ ซึ่ง
 ปฏิญญาฯ จะเป็นอีกหนึ่งกลไกและตัวชี้วัดในการทำงานด้านเอดส์ที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน

ทั้งนี้ วัตถุประสงค์สำคัญของการศึกษารั้งนี้ คือ การศึกษาถึงการดำเนินงานของรัฐบาล
 ไทยตามปฏิญญาพันธกรณีว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ด้านสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2544-2548 ว่ารัฐบาล
 ไทยดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้มากน้อยแค่ไหน และเพราะเหตุใด จึงประสบผลสำเร็จและไม่
 ประสบผลสำเร็จ โดยการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในประเด็นนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2548 ผู้วิจัย
 ได้อาศัยกรอบความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานมาพิจารณาการดำเนินงานรัฐบาลใน 3
 หลักการ คือ เรื่อง การเคารพสิทธิ (Respect Rights) การปกป้องสิทธิ (Protect Rights) และ
 การดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ (Fulfilling Rights) พบว่ารัฐบาลมีการดำเนินงาน
 โครงการที่สอดคล้องกับกรอบความคิดการยึดหลักเป็นขั้นพื้นฐาน กล่าวคือ

ในส่วนการเคารพสิทธิ รัฐบาลได้ดำเนินโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติ หรือ
 โครงการ NAPHA ดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีสิทธิ
 ได้รับยาต้านไวรัส โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวน 50,000 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และข้อบังคับ
 แพทยสภา พ.ศ. 2545 ที่นำมาเป็นข้อปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มิให้ดำเนินการใดที่
 เป็นการละเมิดสิทธิ หรือใช้ความรุนแรงต่อสิทธิ ซึ่งตรงกับหลักการยึดสิทธิเป็นพื้นฐานตามที่
 Joachim Theis ที่ได้ระบุว่า การเคารพสิทธิ (Respecting rights) หมายถึง การที่รัฐจะต้องออก
 กฎหมาย นโยบาย โครงการและการดำเนินการต่าง ๆ โดยปราศจากความรุนแรงต่อสิทธิ รัฐต้อง
 หลีกเลี่ยงการขัดขวางการเรียกร้องสิทธิของประชาชนภายในรัฐ หรือแม้แต่ทรมาณ จับกุมโดย
 พละการ การขับไล่พลเมืองอย่างผิดกฎหมาย หรือ การเก็บค่ารักษาที่ทำให้คนจนไม่ได้รับการ
 บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน⁵

ในส่วนการปกป้องสิทธิ รัฐบาลมีโครงการมาตรฐานการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ใน
 สถานประกอบกิจการหรือมาตรฐาน ASO Thailand และได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง
 แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการในปี พ.ศ. 2548 ดำเนินงาน
 โดย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชน
 ที่เกี่ยวกับเอดส์ ดำเนินงานโดยสำนักงานอัยการสูงสุด ซึ่งตรงกับหลักการยึดสิทธิเป็นพื้นฐาน
 ตามที่ Joachim Theis ได้ระบุว่า การปกป้องสิทธิ (Protecting rights) หมายถึง รัฐต้องป้องกัน
 ความรุนแรง โดยจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานและการได้รับ
 การชดเชยกรณีเมื่อเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การรับรอง การดูแลให้นายจ้าง
 ต้องจ่ายค่าแรงขั้นต่ำแก่แรงงาน การป้องกันการผูกขาดทางการสื่อสาร หรือการป้องกันไม่ให้
 ผู้ปกครองปฏิเสธที่จะส่งบุตรหลานเข้ารับการศึกษาขั้นพื้นฐานในสถานศึกษา⁶

⁵ Joachim Theis, *Promoting Right-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific* (Bangkok: Keen Publishing, 2004), p. 3.

⁶ Ibid.

และสุดท้ายในส่วนของการดำเนินงานเรื่องสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จ รัฐบาลได้อนุมัติให้ยก ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การดำเนินงานนี้สอดคล้องกับหลัก ความคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานตามที่ Joachim Theis ระบุว่า การดำเนินงานด้านสิทธิให้ บรรลุผลสำเร็จ (Fulfilling Rights) หมายถึง รัฐต้องดำเนินงานตอบสนองให้เรื่องของสิทธิเป็น รูปธรรม เช่น การร่างกฎหมายที่มีความยุติธรรมและเสมอภาค เพื่อการทำงานและเพิ่ม งบประมาณไปสู่ภูมิภาคที่ยากจน⁷

และเมื่อผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความก้าวหน้าในการดำเนินงานของรัฐบาลไทยตามปฏิญญาฯ ในประเด็นด้านสิทธิมนุษยชนพบว่า องค์การระหว่างประเทศเป็นตัวแสดงในระบบความสัมพันธ์ ระหว่างประเทศที่มีส่วนในการผลักดันให้การดำเนินงานของรัฐบาลไทยมีความก้าวหน้า เช่น กองทุนโลกซึ่งได้สนับสนุนเงินงบประมาณให้แก่รัฐบาลไทยสำหรับการดำเนินงานโครงการให้ยา ต้านไวรัสระดับชาติ (NAPHA) และโครงการที่เกี่ยวกับการป้องกันและการดูแลรักษา เพื่อ แก้ปัญหาเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ภายในประเทศไทยในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ที่สนับสนุนเงินงบประมาณและแนวปฏิบัติการจัดการด้าน เอดส์ในสถานประกอบกิจการ เพื่อส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชนของลูกจ้าง แรงงานในสถาน ประกอบกิจการ เป็นต้น

ทั้งนี้ รัฐบาลไทยสามารถดำเนินงานได้ก้าวหน้าและสอดคล้องกับปฏิญญาฯ ที่ 69 มาก ที่สุด เนื่องจาก รัฐบาลสามารถออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและ จัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ในปี พ.ศ. 2548 และยังมีโครงการดำเนินงานโครงการ มาตรฐานการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ หรือ มาตรฐาน ASO Thailand โดยเหตุผลที่ทำให้การดำเนินงานมีความก้าวหน้า นั้น เพราะได้รับการสนับสนุนจาก ตัวแสดงในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ และเงิน งบประมาณจากกองทุนโลก ตลอดจนอาจเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาลไทยที่มีนโยบาย ส่งเสริมการค้าการลงทุนกับต่างประเทศ ซึ่งตามมาตรฐานระดับนานาชาตินั้น เรื่องสิทธิของ แรงงานในสถานประกอบกิจการถือเป็นเรื่องสำคัญ

สำหรับการดำเนินงานโครงการอื่นของรัฐบาล เช่น การดำเนินโครงการให้ยาต้าน ไวรัสระดับชาติ การนำยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพและหลักประกันสังคม แม้ว่า โครงการนี้จะไม่สอดคล้องตามปฏิญญาฯ ในด้านสิทธิมนุษยชนโดยตรง แต่ก็สอดคล้องกับสาระ ปฏิญญาฯ ในย่อหน้า 15 ที่ระบุว่า

15. “ตระหนักว่าการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในบริบทของการ แพร่กระจายไปทั่วโลกของโรค เช่น เอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่

⁷ Ibid.

จะบรรลุความก้าวหน้าในการรับรู้ว่าคุณคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงมาตรฐาน
สูงสุดเท่าที่จะพึงหาได้ในการที่จะมีสุขภาพกายและจิตที่ดี⁸

การดำเนินงานของรัฐบาลในโครงการนี้นั้น แสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ซึ่งโครงการนี้ถือเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลในแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ที่มุ่งเน้นด้านการดูแลรักษาเป็นหลักตามยุทธศาสตร์การดูแลรักษาของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 และเป็นการตอบสนองต่อการเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์จากภาคประชาสังคม การดำเนินงานของโครงการนี้ จึงช่วยตอบสนองความต้องการยาของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยได้เป็นอย่างดี เพราะเมื่อได้รับยาผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หากพิจารณาการดำเนินงานรัฐบาลไทยตามกรอบของปฏิญญาฯ และตามแนวทางการสร้างตัวชี้วัดที่ทาง UNAIDS ใช้ติดตามการดำเนินงานของแต่ละรัฐบาล ภายใน พ.ศ. 2548 พบว่า รัฐบาลไทยไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายของปฏิญญาฯ ที่กำหนดว่า ภายในปี พ.ศ. 2546 แต่ละรัฐบาลควรมีมาตรการ กฎหมายที่เป็นรูปธรรม เพื่อลดการกีดกันและการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในทุกด้าน โดยการดำเนินงานรัฐบาลไทยยังไม่มีกฎหมายหรือมาตรการที่จะคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ หรือเพื่อลดการรังเกียจในสังคมโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนากฎหมายภายในประเทศและอนุมัติให้ยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในปี พ.ศ. 2548 ตลอดจนมีรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ซึ่งมีสาระสำคัญในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน มีกฎหมายอาญาที่สามารถนำมาเทียบเคียงใช้ในกรณีที่เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ มีการอบรมข้าราชการกระทรวงยุติธรรม อัยการ สำนักงานอัยการสูงสุด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์

อย่างไรก็ดี แม้ว่ารัฐบาลจะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ เมื่อผู้วิจัยนำผลการปฏิบัติงานของรัฐบาลมาพิจารณาตามกรอบความคิดเรื่องการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐาน เรื่องการติดตามประเมินผลและตรวจสอบสิทธิมนุษยชนใน 8 ประเด็น พบว่าผลการปฏิบัติงานของรัฐบาลโดยรวมยังไม่มีประสิทธิผล กล่าวคือ การดำเนินงานด้านการเปลี่ยนแปลงนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่างๆ รัฐบาลยังขาดความก้าวหน้าต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย กฎหมาย และโครงการต่างๆ ในด้านสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม เช่น นโยบายสิทธิด้าน

⁸ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 13.

การศึกษา แม้ว่ารัฐบาลจะมีความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงนโยบายสิทธิด้านสาธารณสุข คือ นโยบายการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ ที่แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เช่นเดียวกับคนในสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายด้านเอดส์ในการปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิแรงงานในสถานประกอบกิจการ คือ ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ และการจัดทำโครงการมาตรฐานการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ

รัฐบาลยังไม่มี การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในการที่จะบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการยับยั้งการละเมิดสิทธิเกี่ยวกับเอดส์ เนื่องจาก ในสังคมไทยยังมีการละเมิดสิทธิด้านเอดส์เกิดขึ้นทั่วไป เช่น การเลิกจ้างงาน การบังคับตรวจเลือดโดยไม่สมัครใจก่อนเข้าทำงาน การไม่รับเด็กเข้าเรียน ฯลฯ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือว่าเป็นความผิดตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสำหรับประชากรที่ยากจน ตกอยู่ชายขอบและกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง จากข้อมูลที่ผู้วิจัยพบนั้น การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลส่วนใหญ่ทุ่มเทไปที่การดูแลรักษากว่าร้อยละ 80 โดยงบประมาณในส่วนของการแก้ปัญหาและผลกระทบ การจัดกิจกรรมเพื่อให้บริการทางด้านสุขภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาส เช่น กลุ่มผู้หญิงทำงานบริการ กลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ผู้ต้องขังและเยาวชนในสถานพินิจ และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ซึ่งงบประมาณที่นำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากนานาชาติ

ในส่วนการเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม แนวปฏิบัติ บรรทัดฐานและคุณค่า รัฐบาลยังไม่มี การดำเนินงานในเชิงรุกในการที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติให้แก่คนส่วนใหญ่ในสังคมที่ยังมีทัศนคติไม่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการที่ต้องทำงานด้านเอดส์ แม้ว่ารัฐบาลจะมีโครงการมาตรฐาน ASO Thailand ซึ่งเป็นโครงการที่จัดขึ้นในสถานประกอบกิจการเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้บริหารและพนักงาน แต่ก็ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม การปฏิบัติ บรรทัดฐานและคุณค่าของคนในสถานประกอบกิจการให้มีทัศนคติที่ดีกับเรื่องเอดส์ได้

สำหรับการดำเนินงานของรัฐบาล เรื่องของการปรับปรุงคุณภาพและการตอบสนองต่อปัญหาของสถาบันและหน่วยงานที่ให้บริการ พบว่าการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ และหน่วยงานภาครัฐบางแห่งไม่มีการปรับปรุงคุณภาพของการทำงาน และไม่มีการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำไปสู่การละเมิดสิทธิ เช่น การปฏิเสธการให้ยาต้านไวรัสในโครงการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติแก่ผู้ใช้สารเสพติด จากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่ง การเปิดเผยความลับของผู้ติดเชื้อโดยไม่ตั้งใจ การละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้ทำแท้ง

นอกจากนี้ ระบบเศรษฐกิจภายในประเทศก็ยังไม่ส่งเสริมเรื่องของสิทธิ เช่น การที่รัฐบาลมีนโยบายเปิดเขตการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหรัฐฯ ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อ เนื่องจาก ยาต้านไวรัสจะติดสิทธิบัตร ส่งผลให้ราคาขายจะสูงขึ้น ผู้ติดเชื้อซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงได้ หรือในการเปิดเขตการค้าเสรีระหว่างไทยกับญี่ปุ่นที่จะส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์จะขาดแคลนจากการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย

สำหรับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มมากขึ้นของเจ้าของสิทธิในกระบวนการตัดสินใจและในการเรียกร้องสิทธิ รัฐบาลเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและหน่วยงานภาคประชาชนมีบทบาทมากขึ้นในกระบวนการตัดสินใจและมีพื้นที่ในการเรียกร้องสิทธิของตนเองได้มากขึ้น เช่น การเรียกร้องของกลุ่มผู้ติดเชื้อให้รัฐบาลนำโครงการให้ยาต้านไวรัสเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ การให้ตัวแทนผู้ติดเชื้อหนึ่งท่านเป็นคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ อย่างไรก็ตาม กรณีการที่รัฐบาลอนุมัติให้ยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ยังขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ ซึ่งปัญหานี้ส่งผลกระทบอย่างมาก

และสุดท้าย การมีข้อมูลที่ดีขึ้นของประชาชนและเรื่องสิทธิของประชาชนนั้น รัฐบาลมีข้อมูลที่ดีของประชาชนในด้านการสาธารณสุข เช่น การมีข้อมูลการระบาดวิทยา จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา ฯลฯ แต่ขาดการศึกษาเชิงลึกสำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบในบริบทต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ข้อมูลด้านสิทธิของประชาชนที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ รวมถึงการที่รัฐบาลยังขาดการพัฒนาและการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง มีเพียงการรับข้อมูลการละเมิดสิทธิจากโครงการคุ้มครองสิทธิที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ของสำนักงานอัยการสูงสุด

โดยจากการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามพันธะสัญญาของรัฐบาลไทย ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของรัฐบาลตามปฏิญญาฯ ด้านสิทธิมนุษยชน ซึ่งทำให้การดำเนินงานของรัฐบาลไทยไม่ก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาประเทศ มี 4 ประการ คือ ประการแรก นโยบายภายในประเทศบางนโยบายที่มีการละเมิดสิทธิเชิงนโยบาย เช่น นโยบายการทำสงครามต่อต้านยาเสพติดเป็นการละเมิดนโยบายการให้ยาต้านไวรัสระดับชาติ นโยบายการส่งเสริมการเปิดเขตการค้าเสรีเป็นการละเมิดนโยบายการให้ส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัสระดับชาติ ประการที่สอง จำนวนเงินงบประมาณที่จำกัด รวมทั้งการจัดสรรและการบริหารงบประมาณของหน่วยงานไม่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการตอบสนองการดำเนินงานในโครงการและกิจกรรมต่างๆ ในด้านการส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ประการที่สาม ปัญหาเรื่องทัศนคติของเจ้าหน้าที่ ข้าราชการ และคนในสังคมที่ไม่เปลี่ยนแปลง ยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีได้มีความเข้าใจและตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนอย่างดีพอ และประการสุดท้าย ระบบราชการที่เชื่องช้าไม่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาในการดำเนินงานที่ยาวนาน และต้องดำเนินงานตามนโยบายจากผู้บังคับบัญชา

ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า รัฐบาลไทยซึ่งถือเป็นตัวแสดงภาคการเมืองที่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและลดปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย ยังมีได้ยึดถือแนวความคิดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานอย่างเพียงพอ จึงถือเป็นปัจจัยภายในประเทศที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานของรัฐบาลไทยไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร หากทางภาคการเมืองซึ่งก็คือ รัฐบาลไทย ได้ตระหนักถึงเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติงานอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วงได้

นอกจากนี้ จากศึกษาการทำงานของรัฐบาลไทยภายใต้กรอบแนวคิดการยึดหลักสิทธิเป็นพื้นฐานนั้น ผู้วิจัยยังพบว่า มีข้อจำกัดในเรื่องของการนำแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนมาใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง เนื่องจาก เรื่องของสิทธิมนุษยชนเป็นปรากฏการณ์ลึกลับซับซ้อน เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างหลักอุดมการณ์ (ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน) กับการปฏิบัติ (ในสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของสังคมนอกตะวันตก) แม้ในสังคมตะวันตกอันเป็นต้นกำเนิดของอุดมการณ์สิทธิมนุษยชน ก็มีอาจหลีกเลี่ยงพ้นไปจากปัญหาลึกลับซับซ้อนในเรื่องสิทธิมนุษยชนเหมือนกัน เป็นแต่ว่าปัญหาเหล่านี้จำกัดอยู่ภายในกรอบทางสังคม วัฒนธรรมและสถาบันอำนาจส่งเสริมสิทธิมนุษยชนอยู่โดยพื้นฐาน⁹ อีกทั้งองค์ความรู้เรื่องสิทธิมนุษยชนยังมีได้อยู่ภายใต้ความรับรู้ของคนไทยและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการมากนัก และยังเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวกับโรคเอดส์การรับรู้ดังกล่าวจึงอยู่แค่เพียงเศษเสี้ยวเล็กๆ ของคนทำงานด้านเอดส์ที่เป็นภาคประชาชน ซึ่งมีจิตวิญญาณในการทำงานเพื่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน โดยไม่มุ่งหวังผลประโยชน์ตอบแทน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าในการดำเนินงานด้านสิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์ในประเทศไทยนั้น หากใช้เพียงแค่หลักการเคารพสิทธิ ปกป้องสิทธิ และการดำเนินงานด้านสิทธิให้บรรลุผลสำเร็จคงไม่เพียงพอและอาจเป็นการเข้าใจยากและปฏิบัติยากเกินไป อาจจะต้องนำหลักความคิดทางพระพุทธศาสนาเรื่อง ความเมตตา กรุณา ซึ่งเป็นรากฐานทางความคิดภายในกรอบทางสังคมและวัฒนธรรมไทย เพื่อให้คนทำงานด้านเอดส์ของหน่วยงานทางภาครัฐและคนในสังคมยึดถือหลักคุณธรรมข้อนี้ ให้รู้จักมีความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งก็ตรงกับหลักการของสิทธิมนุษยชนที่ว่าทุกคนเกิดมาที่ความเท่าเทียมกันมาเป็นส่วนประกอบด้วย

ดังที่ พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) วัตถุนิยมเวศกวัน จังหวัดนครปฐม ที่ได้มอบแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนว่า สิทธิมนุษยชน จะสัมฤทธิ์ผลที่แท้ ต้องประสานสู่จริยธรรมเชิงสร้างสรรค์ โดยไม่หยุดอยู่แต่เรื่องของการ มีสิทธิ ใช้สิทธิ พิทักษ์สิทธิ รักษาสิทธิ การมีปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน หรือข้อ กฎหมายต่าง ๆ นั้นเป็นเพียงเครื่องหมายรู้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ อยากรู้ก็ดี มนุษย์ย่อมต้องพัฒนาตนไปยิ่งกว่านั้น มนุษย์ย่อมไม่ละเมิดผู้อื่น ไม่ใช่

⁹ เสน่ห์ จามริก, สิทธิมนุษยชน: เกณฑ์คุณค่าและฐานความคิด (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542), หน้า 247-248.

เพียงเพราะเคารพตามกฎเกณฑ์ มนุษย์ต้องปฏิบัติต่อกันจากส่วนลึกของจิตใจ ด้วยความเมตตา กรุณา ความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "ปัญญา" หรือความเข้าใจที่ถูกต้องต่อความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์และระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ ซึ่งคือเป้าหมายที่แท้จริงในการพัฒนาของมนุษย์¹⁰

ดังนั้นผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงนำมาสู่ข้อสรุปที่ว่า บทพิสูจน์หนึ่งของการดำเนินงานของรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ด้านสิทธิมนุษยชนซึ่งกลายเป็นประเด็นปัญหาข้ามรัฐข้ามชาติและส่งผลกระทบต่อประชากรภายในรัฐใดรัฐหนึ่ง ยังมีได้ผ่านบททดสอบหรือนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่ารัฐบาลไทยได้ดำเนินงานประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวแต่อย่างใด หากแต่การดำเนินงานของรัฐบาลไทยในฐานะตัวแสดงหนึ่งยังอยู่บนเส้นทางที่ต้องนำพาประชาชนให้ก้าวข้ามพันวิฤติโรคเอดส์ที่กลายเป็นภัยคุกคามระดับโลก และจะต้องประสานงานและร่วมมือกันในการผลักดันกับตัวแสดงต่างๆ ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่มีบทบาทในการต่อสู้กับประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ให้ปฏิบัติตามพันธะสัญญาภายใต้การตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนให้มากขึ้น ตลอดจนต้องปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานและแนวนโยบายให้อยู่บนพื้นฐานของเรื่องสิทธิมนุษยชนที่ควบคู่กับคุณธรรมให้สมกับคำทักทายเป็นปฏิญญาฯ ที่ว่า

“เราตระหนักและขอแสดงความชื่นชมต่อผู้ที่ได้
พยายามเพิ่มความตระหนักรู้ในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์
และพยายามต่อสู้กับความท้าทายนี้
เราตั้งใจรอความเป็นผู้นำที่เข้มแข็งของรัฐบาลต่างๆ
และความพยายามร่วมกันโดยมีส่วนร่วมกันโดยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากทั้ง
สหประชาชาติ ระบบความร่วมมือพหุภาคี
ประชาสังคม ภาคธุรกิจและภาคเอกชน
และท้ายที่สุดนี้ เราขอเรียกร้องให้ทุกประเทศดำเนินการที่จำเป็นต่อไป
เพื่ออนุรักษ์ตามมติที่ได้ตกลงไว้ร่วมกัน ในปฏิญญาฯ ฉบับนี้ โดยการสร้างกลุ่มให้เกิดความ
เข้มแข็งและร่วมมือกับหุ้นส่วนทวีภาคีและพหุภาคี และประชาสังคม¹¹”

¹⁰ อ้างถึงใน คณะกรรมการว่าด้วยการจัดทํานโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทว่าด้วยสิทธิมนุษยชน, 2545. ร่างนโยบายและแผนแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน หน้า 17-18 [Online]. แหล่งที่มา: <http://nhrc.or.th/download.php.URL>

¹¹ Declaration of Commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล, ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์, หน้า 40.

6.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยพบว่าอุปสรรคการดำเนินงานของทางรัฐบาลตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ในด้านสิทธิมนุษยชน คือ นโยบาย งบประมาณ ทัศนคติ และระบบราชการ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานผู้มีความรับผิดชอบ ดังนี้

ทางด้านนโยบาย

1. ผู้นำทางการเมืองสูงสุดควรจะทำให้ความสนใจกับประเด็นปัญหาในระดับโลกในมิติสุขภาพ เช่น โรคเอดส์ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของโลกยุคใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์และเป็นอุปสรรคของพัฒนาให้เท่าเทียมกับประเด็นปัญหาอื่น ๆ
2. รัฐบาลควรจะปรับเปลี่ยนนโยบาย แผนยุทธศาสตร์และการปฏิบัติงานในการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ให้อยู่บนพื้นฐานเรื่องสิทธิมนุษยชนให้ชัดเจนมากขึ้น และนำหลักการสำคัญในปฏิญญา มาปรับประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมภายใต้หลักการสิทธิมนุษยชน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกระบวนการตัดสินใจให้มากขึ้น
3. รัฐบาลควรกำหนดนโยบายเชิงรุกให้มีการดำเนินการตามพันธะสัญญาในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เช่น โครงการที่เกี่ยวกับเด็ก และสตรี

ทางด้านงบประมาณ

1. ในฐานะที่เป็นประเทศที่มีทรัพยากรทางการเงินจำกัด รัฐบาลควรจะต้องมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานด้านโรคเอดส์ให้ครอบคลุมรอบด้านให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และกระจายงบประมาณอย่างทั่วถึง ไปยังกลุ่มประชากรที่ตกอยู่ชายขอบ กลุ่มเสี่ยง มากกว่าที่จะเน้นในเรื่องของการดูแลรักษาซึ่งต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากเพียงอย่างเดียว โดยควรจะต้องจัดสรรงบประมาณด้านการป้องกันและการบรรเทาผลกระทบทางด้านสังคมในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันด้วย ทั้งนี้ การใช้งบประมาณสำหรับการป้องกันและการบรรเทาผลกระทบ มีต้นทุนที่ต่ำกว่าเรื่องของการดูแลรักษา หากรัฐบาลสามารถดำเนินงานจัดสรรและบริหารงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นการช่วยลดงบประมาณแผ่นดินด้านการดูแลรักษาและเป็นการแก้ปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป
2. รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์เกี่ยวกับผลกระทบด้านโรคเอดส์ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นแนวทางในการวางกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติในการบรรเทาผลกระทบดังกล่าว

ทางด้านทัศนคติ

1. รัฐบาลจะต้องดำเนินงานเชิงรุกเพื่อปรับปรุงทัศนคติ บรรทัดฐาน ในการปฏิบัติงาน เช่น จัดอบรมปรับปรุงทัศนคติและค่านิยมของเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ทำงานด้านเอตส์ ให้มีมุมมองที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอตส์มากขึ้น โดยอาศัยหลักจริยธรรมและคุณธรรมเป็นคติในการทำงาน เพื่อมิให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน รวมไปถึงการจัดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ให้แก่คนในสังคมอย่างจริงจังอีกครั้ง ให้มีความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และสร้างความเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อมิใช่บุคคลที่น่ารังเกียจ พวกเขาสามารถมีชีวิตร่วมกันกับคนในสังคมอย่างเราๆได้ และมีศักยภาพที่จะทำงานได้เช่นเดียวกับคนธรรมดา

ทางด้านระบบราชการ

1. ข้าราชการในระดับผู้ปฏิบัติงานควรจะเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานให้เป็นรูปแบบจากล่างขึ้นบนให้มากขึ้น และต้องเสนอแนวทางการดำเนินและปัญหาที่พบต่อผู้บังคับบัญชาให้มากกว่าที่รอปฏิบัติตามนโยบายหรือคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาแต่เพียงอย่างเดียว และจะต้องปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพในเวลาอันรวดเร็วให้ควบคู่กันไป เพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาด้านโรคเอตส์ในเชิงสิทธิมนุษยชนได้อย่างทันท่วงที

2. ในการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ นั้น พบว่าการรับรู้เรื่องของปฏิญญาฯ ยังจำกัดอยู่ในวงแคบเฉพาะแต่ผู้ที่รับผิดชอบเท่านั้น และยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเพื่อชี้แจงการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ โดยบทบาทหลักจะตกอยู่ที่สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐบางหน่วยงานจึงยังไม่รับทราบจึงควรต้องจัดตั้งคณะทำงานที่เกี่ยวกับปฏิญญาฯ โดยเฉพาะเพื่อคอยประสานงานและติดตามผลการดำเนินงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมล อุปแก้ว. ภาระงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย (2544-2546,2546-2548). สัมภาษณ์, 13 ธันวาคม 2550.

กมล อุปแก้ว. ภาระงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย (2544-2546,2546-2548). สัมภาษณ์, 6 กรกฎาคม 2550.

กรุงเทพมหานคร. 6 ชาติลุ่มน้ำโขงออกแถลงการณ์เพิ่มการค้าการลงทุน. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.ftawatch.org/news/view.php?id=4653> [2549, กรกฎาคม 5]

กลศ วิเศษสุรการ. อธิบายศัพท์ทางการทูตและการเมืองระหว่างประเทศ. กรุงเทพฯ: บ็ุกส์ แอนด์แม็กกาซีนดีทริบิวเตอร์, 2542.

การต่างประเทศ, กระทรวง. "บทบาทการดำเนินงานของประเทศไทยด้านการต่อต้านโรคเอดส์" ประเทศไทยกับสหประชาชาติ [Online]. แหล่งที่มา:

<http://www.mfa.go.th/UNandThailand/> [2550, กรกฎาคม 15]

การต่างประเทศ,กระทรวง. กรมองค์การระหว่างประเทศ. กองการสังคม. การดำเนินงานของประเทศไทยในเรื่องโรคเอดส์ ในกรอบ UNGASS และกรอบอื่นๆ, 2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)

การต่างประเทศ,กระทรวง. กรมองค์การระหว่างประเทศ. กองการสังคม. ความร่วมมือกับต่างประเทศเรื่องโรคเอดส์ (HIV/AIDS). [Online]. 2547. แหล่งที่มา:

<http://www.mfa.go.th/web/56.php> [2549, มิถุนายน 27]

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,สำนักงาน. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547.

คณะกรรมการว่าด้วยการจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติการแม่บทว่าด้วยสิทธิมนุษยชน. ร่างนโยบายและแผนแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน [Online]. 2545. แหล่งที่มา:

<http://www.nhrc.or.th/download.php>.URL.

คณะทำงานเพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS. สรุปความเป็นมาและผลการดำเนินงานตาม Declaration of Commitment on HIV/AIDS., 2547. (เอกสารไม่เผยแพร่)

ควบคุมโรค,กรม. ระบาดวิทยา,สำนัก, ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. จำนวนผู้ป่วยเอดส์และตายด้วยโรคเอดส์ จำแนกรายปี ตามปีที่เริ่มป่วย ภายในประเทศไทย พ.ศ. 2527 - 31

ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13]

- ควบคุมโรค,กรม. ระบาดวิทยา,สำนัก, ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย กันยายน 2527 – 31 ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13]
- ควบคุมโรค,กรม. ระบาดวิทยา,สำนัก, ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา. ร้อยละผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2527-31 ธันวาคม 2548 [Online]. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [2550, สิงหาคม 13]
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์. กรุงเทพฯ : สำนักงานอัยการสูงสุด, มปป.
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. “โครงการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์” หน้า 2. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2545. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2546. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),สำนักงาน. รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด ประจำปีงบประมาณ 2548. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ,กรม. ประวัติความเป็นมา [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.rlpd.moj.go.th/history.htm> [2550, ธันวาคม 15]
- เครือทิพย์ จันทธานีวิวัฒน์, วินิตา ชวนางกูร และอัมพร ศรีสารवल. การศึกษาทบทวนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ:กลุ่มผู้ใช้แรงงาน. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ (บรรณาธิการ), รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 139-140 กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.

โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ. การป้องกันและควบคุมเชื้อไอวี/เอดส์: ประสบการณ์ของ
กองทัพบกในประเทศไทย(การใช้บทบาทของกองทัพช่วยต่อต้านโรคเอดส์ กรณีศึกษา
3). กรุงเทพฯ: โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2547.

จิราภรณ์ ทิพย์ศุภลักษณ์. ความตระหนักในสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2547.

เจ็ทน้อย ห่วงวัยรุ่นหญิงติดเชื้อเอดส์กว่าครึ่ง. [Online]. แหล่งที่มา:

<http://www.Thaiday.com/Qol.ViewNews.aspx?NewsID=9470000089430>
[2548, ธันวาคม 5].

จันทร์วิดี แก้วนวลศรี. 4 ปีแห่งการเคลื่อนไหวและรอยที่ไม่สูญเปล่า [Online]. แหล่งที่มา:
http://www.localtalk2004.com/V2005/detail.php?file=1&code=d5_25112005_01
[2551, มกราคม 24]

ชัชวาลย์ ทองดีเลิศ. NGOs คือใคร ? บันทึกลับ NGO. บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด,
เชียงใหม่ ๒๕๔๓ [Online]. แหล่งที่มา: http://thaingo.org/story/info_009.htm [2550,
กันยายน 9]

दनัย สันตกุล. การให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. ใน เสียง
และทางเลือกของผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่ร่วมดับเอชไอวี/เอดส์, หน้า 12-13 กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
รักประเทศไทย, มปป.

ทองกร ยันรัมย์ และคณะ,บรรณาธิการ. สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่
8 11-13 กรกฎาคม 2544. หน้า นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

ทองกร ยันรัมย์ และคณะ,บรรณาธิการ สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 7-
9 กรกฎาคม 2546. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,
2546.

ธีระพล อรุณะกสิกร, ผู้รวบรวม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.
กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2548.

นนธิธิ สุริยะะ. กฎหมายระหว่างประเทศ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2547.

บพบรรณาธิการ. งานเอดส์ในอนาคต. จดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน” (กรกฎาคม 2544):
1,12. (พิมพ์สำหรับการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11- 13 กรกฎาคม
2544)

ผู้มีเชื้อ. เครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย. สัมภาษณ์, 5 กรกฎาคม 2550.

บรรลุ ศิริพานิช และประยูร กุณาศล, นายแพทย์. เอดส์ มหันตภัยของโลก. กรุงเทพฯ: คบไฟ,
2533.

- เบญจมาศ ศิริภัทร และสุรพล มุละดา “เอ็น จี โอ” นักพัฒนาระดับรากหญ้าพันธุ์ที่สังคมขาด (ไม่) ได้? กรุงเทพฯ: อาทิตย์ โพรดักส์ กรุ๊ป, 2545.
- บุษบา ตันติศักดิ์. วิเคราะห์งบประมาณแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2547. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547.
- บุษบา ตันติศักดิ์. การวิเคราะห์แปลงแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2548 ไปสู่โครงการ/กิจกรรม. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ (บรรณาธิการ), รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 8 กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.
- บุษบา ตันติศักดิ์. การวิเคราะห์ประเด็นนโยบายและการผลักดันนโยบายเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย 2548. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ (บรรณาธิการ), รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 65 กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.
- ไพศาล ตันนอด. จุดยืนของผู้ติดเชื้อไทยในเวทีเอดส์โลก. จดหมายข่าว “เสียงจากชุมชน”. (กรกฎาคม 2544): 4. (พิมพ์สำหรับการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11- 13 กรกฎาคม 2544)
- ภูษิตา อินทรประสงค์. การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกรมควบคุมโรคของ กพร. หัวข้อปฏิรูประบบราชการกับอนาคตเอดส์ของประเทศไทย. ใน พีระมณ นิงสานนท์, นพ. และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 13-15 กรกฎาคม 2548 หน้า 136 นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549.
- โกคิน พลกุล. ข้อจำกัดบางประการในรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย, 2521.
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, ทันสถานการณ์เอดส์ 5 ประเทศลุ่มแม่น้ำโขงจับมือพัฒนาเครือข่ายต้านไวรัสเอดส์, 2547 [Online]. แหล่งที่มา: http://www.aidsaccess.com/news/news_view.asp?news_id=200 [29 สิงหาคม 2549]

รายงานการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 25 กันยายน 2544 “สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงาน
คุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน เรื่อง แผนคุ้มครองสิทธิและ
ช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด (พ.ศ.2545-2549)
[Online]. 2544. แหล่งที่มา:
<http://www.thaigov.go.th/webold/news/cab/44/cB25SEP44.DOC> [2550, สิงหาคม
28]

รูดมานประชุมสุดยอด “ยูเอ็น” ประกาศจัดความยากจนโลก. มติชนรายวัน (10 กันยายน
2543): 2.

วรานุช ชินวโรสภาค. 20 ปี และ 108 กระบวนทำป้องกันเอดส์กับผู้ติดเชื้อ รายใหม่กว่าสอง
หมื่นรายต่อปี..ใครเรียนรู้อะไรบ้าง?. ใน รุจน์ โกมลบุตร (บรรณาธิการ), 20 ปีที่เรารู้จัก
กัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548.

วันเอดส์โลก ชี้อึ้งเอเซียระทมทุกข์มากกว่าชายหลายเท่า [Online]. 2547. แหล่งที่มา: [http://
news.thaihealth.net/modeules.php?name=New&file=article&sid=525](http://news.thaihealth.net/modeules.php?name=New&file=article&sid=525)
[2548, ธันวาคม 5]

วิพุธ พูลเจริญ. วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนา
แนวคิดส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.

วิพุธ พูลเจริญ. ข้อเท็จจริงปัญหาเอดส์ ภาพปัจจุบันสู่สิ่งท้าทายในอนาคต. ใน ทองกร ยัณ
รังสี และคณะ (บรรณาธิการ), สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่
10 13-15 กรกฎาคม 2548 หน้า 85 นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์, 2549.

วิพุธ พูลเจริญ. รายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรศาสนาแห่งชาติ, 2548.

วิพุธ พูลเจริญ วิชัย โปษยะจินดา และคณะ. ประเทศไทยกับโรคเอดส์ความก้าวหน้าและสิ่งทำ
ทนาย. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2547.

วิมลศิริ ชำนาญเวช และ วิจิต มันทากรณ์. สิทธิมนุษยชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2535.

วิไลวรรณ แก้วเพชรพริ้ง. สิทธิแรงงานและสวัสดิการแรงงานด้านเอดส์. ใน สรุปรายงานการ
สัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 11 4-6 กรกฎาคม 2550 [Online]. 2550.
แหล่งที่มา: <http://www.aidsthai.org>. [2550, สิงหาคม 20]

วีระพล จันทร์ดียิ่ง. สิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อและป่วยเอดส์ เอกสารประกอบคำบรรยาย
หลักสูตรวิทยากรตามโครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ สำนักงานอัยการ
สูงสุด อ้างถึงใน คุ้มครองและช่วยเหลือสิทธิทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.),

สำนักงาน. คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์. กรุงเทพฯ: สำนักงานอัยการสูงสุด, มปป.

สธ.ประกาศปีหน้ายาต้านเอดส์ครอบคลุมถึง 70,000 คน [Online]. แหล่งที่มา:

http://www.aidsaccess.com/news/news_view.asp?news_id=356 [2548, ธันวาคม 3]

สถานการณ์เอดส์ [Online]. 2547. แหล่งที่มา: <http://www.elib-online.com> [2550, มีนาคม 4] สมพงษ์ เจริญสุข. โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS). ใน ทองกร ยัณรังษี และ คณะ (บรรณาธิการ), สรุปรายงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 7-9 กรกฎาคม 2546, หน้า 37 กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546.

สมวงศ์ อุไรวัฒนา. เอดส์... เข้าใจได้ไม่ยาก. ใน รุจน์ โกมลบุตร (บรรณาธิการ), 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์ หน้า 21. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548.

สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์. คู่มือผู้บริหารเพื่อการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์เอดส์ในสถานประกอบการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, 2550.

สหประชาชาติ. ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ การประชุมสมัชชาแห่งประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์. แปลโดย กำพล ศรีวัฒนกุล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2549.

สาธารณสุข,กระทรวง. ความร่วมมือระหว่างไทยและสหประชาชาติด้านสาธารณสุข คณะกรรมการแห่งชาติเพื่อเตรียมงานฉลองครบรอบ 50 ปี ขององค์การสหประชาชาติไทยกับสหประชาชาติ: ความร่วมมือในรอบ 50 ปี. กรุงเทพฯ : เอรวิธการพิมพ์, [2538?]

สาธารณสุข,กระทรวง. แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2546.

สาธารณสุข,กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปรายงานตามคำประกาศสัตยาบันการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (รายงานระดับประเทศระยะเวลาการรายงาน มกราคม – ธันวาคม 2547)., 2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

สาธารณสุข,กระทรวง. กรมควบคุมโรค. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถานการณ์โรคเอดส์ : วิเคราะห์สถานการณ์ [Online]. แหล่งที่มา: [http:// www.aidsthai.org/sathana-05013.html](http://www.aidsthai.org/sathana-05013.html) [2549, สิงหาคม 3]

- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมควบคุมโรค. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ.
กฎหมายเกี่ยวกับเอดส์: กฎหมายแรงงานไทย การให้ประโยชน์ทดแทนกรณี
ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี และที่เป็นโรคเอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: [http://](http://http://www.aidsthai.org/lawaidsthai.html)
<http://www.aidsthai.org/lawaidsthai.html> [2549, สิงหาคม 3]
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมควบคุมโรค. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ. ยู
เอ็นเอ็มไทยลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [Online]. แหล่งที่มา: [http://](http://www.thaihivcare.org/main/news1.php?ID=410)
www.thaihivcare.org/main/news1.php?ID=410 [2549, สิงหาคม 11]
- สาธารณสุข,กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข
 ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2548. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- สาธารณสุข,กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
 ครั้งที่ 2/2547. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- เสรี พงศ์พิศ. ร้อยคำที่ควรรู้. กรุงเทพฯ: พลังปัญญา, 2547.
- สุภัทรา นาคะผิว. คน: งาน: เอดส์. ใน รุจน์ โกมลบุตร (บรรณาธิการ), 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่อง
เล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์ หน้า 77. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548
- สุภัทรา นาคะผิว. สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องเอดส์. ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรค
เอดส์ ครั้งที่ 11 วันที่ 4-6 กรกฎาคม 2550, [Online]. 2550. แหล่งที่มา:
<http://www.aidsthai.org> [2550, สิงหาคม 20]
- สุภัทรา นาคะผิว. ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. สัมภาษณ์, 18 มกราคม 2551.
- สุภัทรา นาคะผิว และคณะ. การศึกษาทบทวนการคุ้มครองสิทธิและการอยู่ร่วมกัน. ใน สมบัติ
 แทนประเสริฐสุข และคณะ (บรรณาธิการ), รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพ
ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็น
ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหา
เอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 228. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.
- สุรัชย์ พนากิจสุวรรณ. เอดส์ล้วนๆ สารน่ารู้ สำหรับพนักงานและผู้บริหารในสถานประกอบ
กิจการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, 2550.
- สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน,กรม. กองสวัสดิการแรงงาน. รายงานผลการสำรวจข้อมูล การ
 จัดการด้านเอดส์ของสถานประกอบกิจการ ในนิคมอุตสาหกรรมอีสเทิร์น ซีบอร์ด ปี
 2546. (เอกสารโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ใน
 สถานประกอบกิจการ จังหวัดระยอง พ.ศ. 2546) อ้างถึงใน เครือทิพย์ จันทรธานีวัฒน์
 ,วินิตา ชวนางกูร และอัมพร ศรีสารवल. การศึกษาทบทวนการดำเนินงานป้องกันการ
 ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ:กลุ่มผู้ใช้แรงงาน. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุข และ
 คณะ (บรรณาธิการ), รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไข

- ปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ. 2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 138. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.
- สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี. “รวมพลังสร้างสรรค์,” ใน สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2544, ทองกร ยัณรังษี และคณะบรรณาธิการ, หน้า 266 (นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)
- เสนห์ จามริก. สิทธิมนุษยชน เกณฑ์คุณค่าและฐานความคิด. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2546.
- ศราววุฒิ ประทุมราช, บรรณาธิการ. สิทธิมนุษยชนรวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544.
- ศิริพร ยงพานิชกุล และ สุนีย์ ตาพวัฒน์. การศึกษาเชิงนโยบาย เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับหญิงติดเชื้อเอชไอวี ในโครงการเสียงและทางเลือก 2 สรุปผลการศึกษา. ใน เสียงและทางเลือกของผู้หญิงที่มีชีวิตอยู่ร่วมด้วยเอชไอวี/เอดส์, หน้า 9. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรักภัยไทย, มปป.
- ศิริพร ระวีกุล. เปลี่ยนชะตาชีวิตที่เหมือนกัน. ใน รุจน์ โกมลบุตร (บรรณาธิการ), 20 ปีที่เรารู้จักกัน เรื่องเล่าและบทเรียนการทำงานเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดอกเบี๋ย, 2548.
- องค์การยูนิเซฟประเทศไทย, รายงานผลสำรวจราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, (กรุงเทพฯ: ยูนิเซฟประเทศไทย, 2549)
- องค์การหมอไร้พรมแดน เบลเยียม (ประเทศไทย) เกี่ยวกับองค์การหมอไร้พรมแดน จดหมายข่าวฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) 2550.
- อัยการสูงสุด,สำนักงาน. อส.ให้ความคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือประชาชนเกี่ยวกับเอดส์. เอกสารข่าวประชาสัมพันธ์, (ฉบับที่ 10 / 2549, 22 กุมภาพันธ์ 2549)
- เอเอสโอ ไทยแลนด์. ความเป็นมาของโครงการ [Online]. 2549. แหล่งที่มา: <http://www.asothailand.com/> [2550, กรกฎาคม 9]
- เอฟทีเอ วอชท์ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน. ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐฯ ผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน, มปป.
- เอฟทีเอ วอชท์ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน. ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-ญี่ปุ่น ผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.
- อิสระ เจียวิริยะบุญญา, นายแพทย์. และคณะ. การศึกษาทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. ใน สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ(บรรณาธิการ) รายงานผลการศึกษาทบทวนสภาพดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงแผนเอดส์ พ.ศ.

2545-2549 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์วิสัยทัศน์และทิศทางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554, หน้า 201-202 กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548.

อิวแมนไรท์ วอชท์. การปฏิเสชอย่างเลียดเย็น อุปสรรคการเข้าถึงการรักษาเอดส์ของผู้ใช้ยาในประเทศไทย, กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์, 2550.

อิวแมนไรท์ วอชท์. Not Enough Graves. The War on Drugs, HIV/AIDS and violations of Human Rights. June 2004, Vol 16, NO. 8 อ้างถึงใน กลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์. เอชไอวี/เอดส์ และยาเสพติด: ช่องว่าง...ทางกฎหมายและการปฏิบัติวิเคราะห์ภายใต้สถานการณ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ฐานการพิมพ์, 2550.

ภาษาอังกฤษ

2001 Special Session. [Online]. (n.d.). Available from:

http://www.ua2010.org/index.php/en/ungass/2001_special_session [2006, December 22]

Amstutz, Mark R. International Conflict and Cooperation: an introduction to world politics. 2nd ed. United States: the McGraw Hill Companies, Inc, 1999.

Axelrod, Robert. and Keohane, Robert O. Achieving Cooperation Under Anarchy. World Politics, 38., 1985.

Bagasao, Teresita Bai. Keeping the Promise, UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS 2001). Report of the Asia Pacific Alternative Community Forum on HIV/AIDS, 12 -14 January 2004. Bangkok. 39 – 40. Malaysia: Coalition of Asia Pacific regional Networks on HIV/AIDS, 2004.

Balamm, David N., and Veseth, Michael. Reading in International Political Economy. New Jersey: Prentice - Hal, 1996.

Engel, Jonathan. The Epidemic a Global history of aids. New York: Smithsonian book, 2006.

Evans, Graham. and Newnham, Jeffery. The Dictionary of World Politics A Reference Guide to Concepts, Ideas and Institutions. London: Harvester Weatsheaf, 1990.

Evans, Graham. and Newnham, Jeffrey. The Penguin Dictionary of International relations. England: penguin book, 1998

- Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University ; Center for Social Development Studies, Chulalongkorn University Poverty. Human rights and human development for leadership development programme March 3-30, 2002 Bangkok, Thailand. Bangkok: Action Aid Asia, 2002.
- International AIDS Society. International AIDS Conference Future Directions Project Maximizing the impact of the International AIDS Conference. [Online]. (n.d.). Available from: http://www.iasociety.org/futuredirections/pdf/FD_Recs_for_GC.pdf [2007, April 28].
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fact about UNAIDS: An overview. Geneva: UNAIDS, 1996.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Handbook for Legislator on HIV/AIDS, Law and Human Rights Actions to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact. Geneva: UNAIDS, 1999.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the Global HIV/AIDS epidemic July 2002. Geneva: UNAIDS, 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Keeping the Promise Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS, 2002.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights Second Meeting. August 25-27, 2003, Geneva public report
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2004 Report on the global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS, 2004.
- Karunan, Victor. Poverty, Inequality and Social Justice in Asia : Key Issues& Challenges (Presentation Outline), Poverty, human rights and human development for leadership development programme, (March 3-30, 2002,) Bangkok, Thailand. Bangkok: Action Aid Asia ; Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University ; Center for Social Development Studies, Chulalongkorn University, 2002.
- Keohane, Robert O. After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy. Princeton: Princeton University Press, 1984.
- Mann, Jonathan. AIDS in the World. New York: Harvard University Press, 1992.

- McClean, Iain., and McLillan, Alistair. The Concise Oxford Dictionary of Politics. London: Oxford University Press, 2003
- Mingst, Karent A. Essentials of international relations. 3rd ed. New York: Norton, 2004.
- Meeting UNGASS Targets. [Online]. Available from: <http://www.ua2010.org> [2006, December 22].
- Office of High Commissioner for Human Rights. UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS New York, 25-27 June 2001 Human Rights and HIV/AIDS OHCHR/UNAIDS Summary Note. [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/aidssummary.html> [2007, February 5].
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. What is a rights-based approach to development?. [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html> [2006, September 7].
- Reventa, Ana. The Economics of Effective AIDS Treatment: Evaluating Policy Options for Thailand. Washington D.C.: World Bank, 2006.
- Taillant, Jorge Daniel. A Rights Based Approach to Development. [Online]. (n.d.). Available from: <http://www.cedha.org.ar/docs/doc78.htm> [2006, September 9].
- Thailand Statement by H.E. Mr. Pitak Intrawityanunt. [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.un.org/ga/aids/statements/docs/thailandE.html>.
- Theis, Joachim. Promoting Right-Based Approaches: Experiences and Ideas from Asia and the Pacific. Bangkok: Keen Publishing, 2004 .
- The American Embassy in China. US - China Cooperation on HIV/AIDS [Online]. (n.d.). Available from: <http://www.usembassy-china.org.cn/sant/uschina-hiv aids.htm> [2007, October 17]
- The Henry J. Kaiser Family Foundation. The Global HIV/AIDS Epidemic: A Timeline of Key Milestones. [Online]. Available from: <http://www.kff.org/hiv aids/aidstimeline/timeline.cfm?showyear=all> [2006, October 25]
- The Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS in Thailand. 2004 Thailand Country Profile HIV/ AIDS Situation in Thailand and National Response to the Epidemic. Bangkok: United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, 2004.
- UNAIDS and UNFPA. Thailand UNAIDS Joint Plan of Action 2002-2006. Bangkok: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS in Thailand, n.d.

- UNAIDS and WHO. AIDS Epidemic Update December 2003 Geneva: UNAIDS, 2003.
- United Nations Development Programme. Poverty Reduction and human right a practice note (UNDP, 2003). [Online]. Available from: [http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf) [2006, October 6].
- United Nation Development Programme. Responding to the world's most serious development crisis. [Online]. Available from: <http://www.undp.org/hiv/> [2007, September 15].
- United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Background Information. [Online]. (n.d.) Available from: <http://www.un.org/ga/aids/background.htm> [2006, December 15].
- United Nation. Special Session of General Assembly on HIV/AIDS Round table 2 HIV/AIDS and human rights. United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS 26th. (June 2001) New York
- United Nations Economic and Social Council. Report on Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and The Asia-Pacific Leadership forum on HIV/AIDS and Development. Sixty-first session 12-18 May 2005 Bangkok
- Weigall, David. International relations A Concise Companion. London: Arnold, 2002.
- World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Washington D.C: Oxford University Press, 1993.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ. รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ภัสสร ลิมานนท์ บรรณาธิการ และคนอื่นๆ. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15: ด้านสังคมและเศรษฐกิจ. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547.

กาญจนา บุญเสนอ. เอดส์กับความมั่นคงของชาติ. วารสารกองทัพไทย. 1 (เม.ย. – ก.ย. 2544): 71 – 75.

กันยาภรณ์ เผือกวิสุทธิ. “เอดส์” ระเบิดเวลาแห่งเอเชีย. เนชั่นสุดสัปดาห์. 11 (30 ก.ย. 2545): 82.

กลุ่มรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์. เอชไอวี/เอดส์ และยาเสพติด : ช่องว่าง...ทางกฎหมายและการปฏิบัติวิเคราะห์ภายใต้สถานการณ์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ฐานการพิมพ์, 2550.

จินตนา ธรรมสุวรรณ, ผู้แปล. การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) การติดตามกำกับตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549.

จุมพล ภิญโญสินวัฒน์. HIV: ผลทางกฎหมายของการตรวจเชื้อและการรักษาความลับ. บทบัณฑิตย. 56 (ธ.ค. 2543): 58 – 72.

จรัล ดิษฐาอภิชัย. บนหนทางสิทธิมนุษยชน. กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายการศึกษา, 2550.

ชัยยศ คุณานันทน์. เอดส์: ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย. นนทบุรี: กองโรคเอดส์, 2543.

ชูชัย ศุภวงศ์. แผนแม่บทด้านสิทธิมนุษยชน: บทพิสูจน์ความจริงใจของรัฐบาล. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.nhchr.go.th> [2550, สิงหาคม 13]

ชูชัย ศุภวงศ์. สวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ในมิติของสิทธิมนุษยชน. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.nhchr.go.th> [2550, สิงหาคม 13]

ธนาคารโลก. การติดตามสถานการณ์ทางสังคมของประเทศไทย: การแก้ปัญหาเอดส์ของไทย “สานต่อความสำเร็จมุ่งสู่นาคต”. กรุงเทพฯ: ธนาคารโลก, 2543.

ธเนศ อารมณ์สุวรรณ. กำเนิดและความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2549.

- ทองใบ ทองเปาด์. เอดส์ในสังคมไทย. สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์. 47 (23 ก.พ. – 1 มี.ค. 2544): 42 – 43.
- เทียนส่องใจนำชีวิตสดใสให้ผู้ป่วยเอดส์. บ้านเมือง. (30 พ.ย. 2549): 12.
- นภาพรพรรณ จันทร์สว่าง. เอดส์: มหันตภัยร้ายแห่งศตวรรษที่ 21. เนชั่นสุดสัปดาห์. 11 (2 ธ.ค. 2545): 86 – 87.
- นิสากร ปานประสงค์. เอดส์...ก่อนจะสิ้นศตวรรษ. Update. 13 (ก.ย. – ต.ค. 2541): 41–47.
- เบญจมา ยอดดำเนิน – แอ๊ดติ๊กกี้ และคณะ. เสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
- ประเวศ บัณฑิต อ่อนดำ และคณะ. บทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ (Research Report on the Roles of Non – Governmental Organizations in Health System Reform). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
- ปีเตอร์ ไซพอด. เอดส์สหัฐวรรษใหม่ช่วงเวลาที่ถูกทอดทิ้งสำหรับทวีปเอเชียและแปซิฟิก. สาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน. 15 (ธ.ค. 2542 – ม.ค. 2543): 16 – 18.
- ประกันสังคมขยายสิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ เริ่ม 1 ม.ค. 2550. จดหมายข่าวศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. (ม.ค. 2550): 1 – 5.
- ประเวศ วะสี. เอดส์กับการอภิวัฒน์มนุษยชาติ. มติชนสุดสัปดาห์. 16 (22 ต.ค. 2539): 75 – 77.
- ปาริชาติ จันท์จรัส. เอดส์: เก็บเกี่ยวและขยายผลการดำเนินงานสู่สหัฐวรรษหน้า. น.การประชาสงเคราะห์. 43 (ก.ค. – ส.ค. 2543): 51 – 57.
- แปลโดย ภริตา กว๋ยเกียรติกุล และคณะ. การติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS). กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรินติ้งจำกัด, 2549.
- ภัสสร ลิมานนท์. เอดส์: ข้อพิพาทด้านการป้องกันการรักษาและการดูแล. วารสารประชากรพรพิมล ตรีโชติ. เอดส์: สายสัมพันธ์ชายแดนไทย – พม่า. มติชนสุดสัปดาห์. 20 (25 ก.ย. 2543): 91.
- แพร จารุ. เรื่องของวัยรุ่น...ไม่รู้ว่าอย่างที่คิด: Right to Know. กรุงเทพฯ: พีเอ็นพีกรุ๊ป, ม.ป.ป.
- พิพัฒน์. Aids in Bangkok. Corporate Thailand. 10 (ก.ค. 2549): 132 – 135.
- พีระมณ นิงสานนท์ และคณะ บรรณาธิการ. สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2549.
- ไพโรจน์ พลเพชร, บรรณาธิการ. กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิฟรีดริค เอแบร์ท, 2544.

- มูลนิธิริกษ์ไทย และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ PHA Indicators of Well Being. กรุงเทพฯ: มูลนิธิริกษ์ไทย, 2544.
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, องค์การหมอไร้พรหมแดน – เบลเยี่ยม ประเทศไทย, และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย. “FTA : ผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยจากการทำเขตการค้าเสรี”. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 2547.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โครงการศูนย์กฎหมายสิทธิมนุษยชนและสันติศึกษา สาขาวิชานิติศาสตร์. สิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย. นนทบุรี: โครงการศูนย์กฎหมายสิทธิมนุษยชนและสันติศึกษา สาขาวิชานิติศาสตร์. สิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2543.
- ยุติธรรม, กระทรวง. สรุปผลการประชุมคณะอนุกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาความยากจน ครั้งที่ 1/2548 วันที่ 9 ก.พ. 2548 ณ ห้องประชุมกระทรวงยุติธรรม.
- ยูนิเซฟ. กรอบการดำเนินการเพื่อการปกป้องดูแลและให้การสนับสนุนเด็กกำพร้าและเด็กที่อยู่ในความเสี่ยงที่อยู่ในโลกที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: ยูนิเซฟ, 2547.
- ยุพา วงศ์ไชย และคณะ. แนวทางการกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมกับผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (Direction of Social Welfare Policy Formulation and AIDS Victims in Thailand). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- วิชัย โชควิวัฒน์. เอดส์กับซาร์สโรคใดร้ายกว่า. มติชนสุดสัปดาห์. 23 (13 – 19 มิ.ย. 2546): 29 – 30.
- วิชัย โชควิวัฒน์. เอดส์ปริทัศน์. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2543.
- วันวิสาข์ ชูชนม์. “เอดส์” จากไวรัสเล็ก ๆ สู่ความทำลายของโลก. ใกล้หมอ. 28 (ส.ค. 2547): 18 - 24
- วีรกร ตรีเศศ. เอดส์มาจากไหน. มติชนสุดสัปดาห์. 26 (16 – 22 มิ.ย. 2549): 20 – 21.
- สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, และรักษวร ใจสะอาด. รายงานผลการวิจัยโครงการศึกษาและวิเคราะห์นโยบายการจัดระบบบริหารดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาด้านผู้รับบริการของระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. มปท, มปป.
- สาธารณสุข,กระทรวง, แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง พ.ศ. 2547. ตันสนีย์ สมิตะเกษตริน, ภัทระ แสนไชยสุริยา, บรรณาธิการ.

นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2544 วันที่ 2 ส.ค. 2544 ณ ตึกบัญชาการ ชั้น 3 ห้อง 301 ทำเนียบรัฐบาล.

สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ครั้งที่ 3/2545.

สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 1/2546 วัน4 เม.ย. 2546 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 ตึกสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 1/2548 วันพุธที่ 12 ม.ค. 2548 ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 ตึกสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ครั้งที่ 2/2548 วันพุธที่ 28 ก.ย. 2548 ณ ห้องประชุม1 ชั้น 2 ตึกสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548.

สาธารณสุข, กระทรวง. สรุปภาพรวมการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 วันที่ 16 ก.ย. 2547 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547.

สาธารณสุข, กระทรวง. เอดส์ B : การป้องกันและแก้ไขปัญหา : การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรค เอดส์ครั้งที่ 8 ระหว่างวันที่ 11 – 13 ก.ค. 2544 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

สาธารณสุข, กระทรวง. เอดส์ C : การดูแลทางการแพทย์และสังคม : การสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8 ระหว่างวันที่ 11 – 13 ก.ค. 2544 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

สาธารณสุข, กระทรวง. เอดส์ D : กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม : การสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8 ระหว่างวันที่ 11 – 13 ก.ค. 2544 ณ อิมแพ็ค เมืองทอง ธานี นนทบุรี. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรม ควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2544.

สิทธิแรงงานข้ามชาติ. จดหมายข่าวศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. (2 เม.ย. – มิ.ย. 2550):

- เสนห์ จามริก. สิทธิมนุษยชนไทยในสถานการณ์สากล. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2546.
- สันติพงษ์ ช่างเผือก และ วิจิตร ว่องวาริทิพย์. ข้ามพรมแดน AIDS: AIDS ข้ามพรมแดน. เชียงใหม่: โครงการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการตอบสนองปัญหาเอดส์ในกลุ่มชนเผ่าภาคเหนือตอนบนประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (เอดส์เน็ต) สำนักงานภาคเหนือ, 2550.
- สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, กรม. แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ. กรุงเทพฯ: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2548.
- สหรัฐ ฯ บีบีไทยล์ม CL ขึ้นบัญชีตัดสิทธิการจำใจดำไม่สนผู้ป่วยเอดส์. ผู้จัดการ. (1 พฤษภาคม 2550): 1 – 2.
- ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์และสำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ. แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน: คู่มือลูกจ้าง. กรุงเทพฯ: มปท, 2546.
- เอกสารข่าวกรมประชาสัมพันธ์. 27 (7 ก.ย. 2549): 23 – 25.
- อัจฉรา ฉายากุล เรียบเรียง และคนอื่นๆ. พันธกรณีระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนของไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา, 2546.
- อัจฉรา ปานิเสน. เอดส์เราอยู่ร่วมกันได้ แนวคิดจากผู้ชายชื่อจิราวัชร สิงหนิล. หมอชาวบ้าน. 25 (ธ.ค. 2546): 76 – 79.
- เอดส์ วัดพระบาทน้ำพุ ตลกที่...เข้าไม่ออก. วารสารอมสิน. (ม.ค. – ก.พ. 2539): 36 – 39.

ภาษาอังกฤษ

- Baylis, John and Smith, Steve. The Globalization of World Politics An introduction to international relations. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- Benchah Yoddumnern. HIV positive women in Thailand : their voices and choice ; a study conducted by and for HIV positive women. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, 2004.
- Brown, Tim. The impact of HIV on children in Thailand. Bangkok: Program on AIDS, Thai Red Cross Society, 1995.
- HIV/AIDS in the Asian and Pacific: integrating economic and social concern, especially HIV/AIDS, in meeting the needs of the region. New York: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003.
- HIV/AIDS in the Mekong Region, Cambodia, Lao PDR, Thailand & Viet Nam: current situation, future projections, socioeconomic impacts, and recommendations.

- Washington D.C.: United States Agency for International Development, 2003.
- Ministry of Public Health. Follow-up to the Declaration of commitment on HIV/AIDS (UNGASS), Country report format reporting period: January – December 2002. Report of the Asia Pacific Alternative Community Forum on HIV/AIDS 12 – 14 January 2004, Bangkok , Thailand.
- UNAIDS. 2006 report on the global AIDS epidemic: Executive summary. Geneva: UNAIDS, 2006.
- UNAIDS. A human rights approach to AIDS prevention at work ; The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment. Geneva : n.p., n.d.
- UNAIDS. Action Guide for United Nations Country Teams Implementing the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. AIDS epidemic update : 2003. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. Fact about UNAIDS: An overview. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights: Action to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. HIV/AIDS AND Human Rights International Guidelines. Geneva: United Nations, 1998.
- UNAIDS. HIV-related stigma, discrimination and human rights violations : case studies of successful programmes. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2005.
- UNAIDS. International Consultation on HIV/AIDS and human rights (3 rd: 2002: Geneva). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
- UNAIDS. Progress report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003 : executive summary. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. The Global Strategy Framework on HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS, 2001.
- UNAIDS. The UNAIDS Guide to the United Nations Human Rights Machinery. Geneva: n.p., n.d.
- UNAIDS. The UNAIDS Report. Geneva : n.p., n.d.
- UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM, eds. Women and HIV/AIDS: confronting the crisis. Switzerland: UNAIDS, 2004.
- UNICEF Thailand. Consultations with Young People on HIV/AIDS 2004. Bangkok :

UNICEF Thailand, 2004.

United Nations. The Millennium Development Goals Report 2005. New York: United Nations, 2005.

World Summit on Sustainable development (2002: Johannesburg). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.

Wiput Poolcharoen. Report on the review of the National AIDS Prevention and Alleviation 2002 – 2006. Bangkok: UNDP, 2005.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับเหตุการณ์ความเป็นมาของเอชไอวี/เอดส์และการต่อสู้ของประชาคมโลก

พ.ศ. (ค.ศ.)	เหตุการณ์
ก่อน 2524	- นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าโรคเอดส์มีอยู่ก่อนที่จะพบผู้ป่วยรายแรกในปี 2524
2524 (ค.ศ. 1981)	- ต้นเดือนมิถุนายนศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาได้ตีพิมพ์รายงานเกี่ยวกับการติดเชื้อปอดอักเสบในชาย 5 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นชายหนุ่มรักร่วมเพศในลอสแอนเจลิส รายงานฉบับนี้ถูกอ้างอิงถึงว่าเป็นจุดเริ่มต้นของโรคเอดส์ นับว่าเป็นการเริ่มต้นต้นตอเรื่องราวโรคเอดส์ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา - ในขณะเดียวกันมีเอกสารรายงานถึงผู้ป่วยรายแรกในสหราชอาณาจักร
2525 (ค.ศ. 1982)	- ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาได้ตั้งชื่ออาการป่วยนี้ว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งจะเกิดแก่คนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ชายรักร่วมเพศ ผู้เสพยาเสพติด ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย - มีรายงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามประเทศต่างๆ แถบทวีปยุโรป และขณะเดียวกันในทวีปแอฟริกา ทางประเทศยูกันดา คณะแพทย์กำลังจับตามองผู้ป่วยโรคร้ายที่ทำให้ร่างกายซูบผอมลง ซึ่งโรคนี้ได้กลายเป็นที่รู้จักกันในแถบนั้นว่า "slim" - ได้มีการก่อตั้งองค์การอาสาสมัครเอดส์ในสหรัฐฯ เช่น มูลนิธิเอดส์ซานฟรานซิสโก (San Francisco AIDS Foundation: SFAF) กลุ่มวิกฤติสุขภาพชายรักชาย (Gay Men's health Crisis: GMHC) - เดือนพฤศจิกายน องค์การเกี่ยวกับโรคเอดส์แห่งแรกชื่อ Terry Higgins Trust ได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในสหราชอาณาจักร ซึ่งในช่วงเวลานี้องค์กรด้านโรคเอดส์ต่างๆ ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยของกลุ่มชายรักร่วมเพศ
2526 (ค.ศ. 1983)	- เริ่มมีการก่อตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อผู้ติดเชื้อในสหรัฐอเมริกา เช่น National Association of People with AIDS:

พ.ศ. (ค.ศ.)

เหตุการณ์

- 2526 (ค.ศ. 1983) NAPWA, National AIDS Network:NAN และ Federation of AIDS Related Organization
- เดือนพฤษภาคม นพ. ลุค มองตาแยร์ (Luc Montagnier) ที่สถาบันปาสเตอร์ ประเทศฝรั่งเศส รายงานว่าสามารถแยก
 - ไวรัสตัวใหม่ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเอดส์ ซึ่งตั้งชื่อไวรัสนี้ว่า LAV
 - ในสหราชอาณาจักร สาธารณชนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้เลือดโดยมีการอ้างถึงในหนังสือพิมพ์ว่าเป็น “เลือดฆาตกร” ทำให้สื่อเริ่มตั้งข้อสงสัยมากขึ้นเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยมีรายการ TV Horizon และรายการ The Killer in the Village รวมถึงบทความในหนังสือพิมพ์เรื่อง “gay plague” ที่กล่าวถึงประเด็นนี้
 - เดือนตุลาคม ได้มีการประชุมองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป ซึ่งจัดขึ้นที่เดนมาร์ก ณ ที่ประชุมนี้มีรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ 2,803 ราย ในสหรัฐอเมริกา
- 2527 (ค.ศ. 1984) - เดือนเมษายน นางมารการเรต แฮคเลอร์ (Magraret Heckler) เลขาธิการ the United States Health and Human Services ประกาศว่า นพ.โรเบิร์ต แกลโล (Robert Gallo) จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐฯ สามารถแยกเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ ซึ่งตั้งชื่อว่า HTLV-III
- ปลายปีนี้มีผู้ป่วยเอดส์ 7,699 ราย และมีผู้เสียชีวิต 3,668 ราย ในสหรัฐฯ มีรายงานผู้ติดเชื้อในยุโรป 762 ราย ในสหราชอาณาจักรมีผู้ป่วย 108 ราย และมีผู้เสียชีวิต 46 ราย
- 2528 (ค.ศ. 1985) - เดือนเมษายน ผู้คนกว่า 2,000 คน เข้าร่วมการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (International AIDS Conference1st) ที่จัดขึ้นเป็นครั้งแรกที่ เมืองแอตแลนต้า สหรัฐอเมริกา ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา ร่วมกับองค์การอนามัยโลกจัดขึ้น หัวข้ออภิปรายหลักในการประชุมครั้งนี้มี 3 หัวข้อ คือ การทดสอบ HTLV-III สถานการณ์โรคเอดส์และขอบเขตการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

พ.ศ. (ค.ศ.)

เหตุการณ์

- 2528 (ค.ศ. 1985)
- ภายหลังกการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ องค์อนามัยโลก (WHO) จัดการประชุมนานาชาติ เพื่อตระหนักถึงการแพร่กระจายของโรคเอดส์และเพื่อดำเนินงานในระดับนานาชาติที่มีการตกลงร่วมกัน
 - พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศจีน และในปีเดียวกันนี้ มีรายงานว่าพบผู้ป่วยเอดส์ทุกภูมิภาคทั่วโลกอย่างน้อยหนึ่งราย
 - ไรอัน ไวท์ (Ryan White) เยาวชนจากมลรัฐอินเดียน่าผู้ติดเชื้อถูกไล่ออกจากโรงเรียน ได้ออกมาเรียกร้องต่อสาธารณชน เรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
 - ร็อก ฮัดสัน (Rock Hudson) นักแสดงชายเสียชีวิตเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม นับผู้มีชื่อเสียงคนแรกที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์
- 2529 (ค.ศ. 1986)
- เดือนตุลาคม คณะกรรมาธิการนานาชาติว่าด้วยการแบ่งหมวดหมู่ไวรัสได้ตัดสินใจให้ชื่อไวรัสนี้ชื่อว่า HIV ย่อมาจาก Human Immunodeficiency Virus
 - มีการจัดการประชุมเรื่องโรคเอดส์ระดับนานาชาติครั้งที่ 2 ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส
 - ได้มีการก่อตั้งองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ซึ่งต่อมาในปีพ.ศ.2533 (ค.ศ.1992) คือ องค์กรจีเอ็นพีพลัส (Global Network of People Living with HIV/AIDS: GNP+)
 - มีรายงานว่าพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศรัสเซียและอินเดีย
- 2530 (ค.ศ. 1987)
- มีการจัดการประชุมเรื่องโรคเอดส์ระดับนานาชาติครั้งที่ 3 ที่กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา
 - นักวิทยาศาสตร์ในสหรัฐฯ สามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีชื่อ AZT ได้เป็นครั้งแรก และในปีเดียวกันนี้ทางองค์การอนามัยโลกจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลเรื่องโรคเอดส์โดยเฉพาะ คือ โปรแกรมระดับโลกเรื่องเอดส์ (Global Programme on AIDS)

พ.ศ. (ค.ศ.)	เหตุการณ์
2530 (ค.ศ. 1987)	- เดือนตุลาคม โรคเอดส์กลายเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงมากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในเวทีการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ โดยสมัชชาใหญ่อนุมัติให้มีการระดมหน่วยงานในสหประชาชาติต่อสู้กับโรคเอดส์ภายใต้การนำขององค์การอนามัยโลก (WHO)
2531(ค.ศ.1988)	- มีการจัดการประชุมสุดยอดระดับโลกของรัฐมนตรีสาธารณสุข กรุงลอนดอน ผลของการประชุมครั้งนี้ คือ ปฏิญญาลอนดอนว่าด้วยเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ (London Declaration on AIDS Prevention) - องค์การอนามัยโลกกำหนดให้วันที่ 1 ธันวาคมของทุกปี เป็นวันเอดส์โลก - มีการจัดการประชุมเรื่องโรคเอดส์ระดับนานาชาติครั้งที่ 4 ณ กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน
2532 (ค.ศ.1989)	- การประชุมเรื่องโรคเอดส์ระดับนานาชาติจัดขึ้นที่ นครมอนทรีออล ประเทศแคนาดา มีประเด็นหลักเรื่อง ความท้าทายทางวิทยาศาสตร์และสังคมของโรคเอดส์ และในปีนี้ สภาคองเกรสสหรัฐฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ
2533 (ค.ศ.1990)	- สภาคองเกรสสหรัฐอเมริกาประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้พิการและทุพพลภาพ ซึ่งได้ระบุนำห้ามมีการเลือกปฏิบัติกับผู้พิการรวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนได้มีการจัดการประชุมแห่งชาติเรื่องผู้หญิงกับเรื่องโรคเอดส์ ที่เมืองบอสตันเป็นครั้งแรก
2534 (ค.ศ.1991)	- กำหนดให้ริบบิ้นสีแดงเป็นสัญลักษณ์ของเอชไอวีสากล - มีการก่อตั้งองค์การที่ปรึกษาด้านเอดส์ (International Council of AIDS Service Organizations: ICASO) เปรียบเสมือนเป็นเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคมด้านเอดส์ทั่วโลก
2535 (ค.ศ.1992)	- มีการก่อตั้งองค์กรเพื่อผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีนานาชาติ (International Community of Women Living with HIV/AIDS: ICW)

พ.ศ. (ค.ศ.)

เหตุการณ์

- 2536 (ค.ศ.1993) - การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 จัดที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี
- กลางปีนี้ หน่วยงานของสหประชาชาติ 6 หน่วยงาน รวมทั้งองค์การอนามัยโลก เริ่มหาข้อตกลงร่วมกันเพื่อเป็นโครงการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์
- 2539 (ค.ศ.1996) - มีการก่อตั้ง UNAIDS เพื่อเป็นหน่วยงานเลขานุการดำเนินงานด้านเอดส์และประสานงานด้านเอดส์กับองค์กรภายใต้สหประชาชาติ
- 2539 (ค.ศ.1996) - ประเทศบราซิลแจกจ่ายยาต้านไวรัส ARV แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์เอชไอวีถือเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกๆ ที่ดำเนินการ
- 2542 (ค.ศ.1999) - ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกๆ ที่ได้เริ่มทดลองวัคซีนรักษาโรคเอดส์
- 2543 (ค.ศ.2000) - การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13 จัดขึ้น ณ กรุงเดอร์บัน แอฟริกาใต้ นับเป็นครั้งแรกที่จัดการประชุมในประเทศกำลังพัฒนา
- ประเด็นปัญหาเรื่องเอดส์ถูกบรรจุเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDG)
- UNAIDS และ WHO และองค์กรสุขภาพอื่นทั่วโลกประกาศความร่วมมือในการรณรงค์การลดราคาต้านไวรัสในประเทศกำลังพัฒนา



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



General Assembly

Distr.: General
2 August 2001

Twenty-sixth special session
Agenda item 8

Resolution adopted by the General Assembly

[without reference to a Main Committee (A/S-26/L.2)]

S-26/2. Declaration of Commitment on HIV/AIDS

The General Assembly

Adopts the Declaration of Commitment on the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) annexed to the present resolution.

*8th plenary meeting
27 June 2001*

Annex

Declaration of Commitment on HIV/AIDS

“Global Crisis – Global Action”

1. We, heads of State and Government and representatives of States and Governments, assembled at the United Nations, from 25 to 27 June 2001, for the twenty-sixth special session of the General Assembly, convened in accordance with resolution 55/13 of 3 November 2000, as a matter of urgency, to review and address the problem of HIV/AIDS in all its aspects, as well as to secure a global commitment to enhancing coordination and intensification of national, regional and international efforts to combat it in a comprehensive manner;
2. Deeply concerned that the global HIV/AIDS epidemic, through its devastating scale and impact, constitutes a global emergency and one of the most formidable challenges to human life and dignity, as well as to the effective enjoyment of human rights, which undermines social and economic development throughout the world and affects all levels of society – national, community, family and individual;
3. Noting with profound concern that by the end of 2000, 36.1 million people worldwide were living with HIV/AIDS, 90 per cent in developing countries and 75 per cent in sub-Saharan Africa;
4. Noting with grave concern that all people, rich and poor, without distinction as to age, gender or race, are affected by the HIV/AIDS epidemic, further noting that

people in developing countries are the most affected and that women, young adults and children, in particular girls, are the most vulnerable;

5. Concerned also that the continuing spread of HIV/AIDS will constitute a serious obstacle to the realization of the global development goals we adopted at the Millennium Summit of the United Nations;

6. Recalling and reaffirming our previous commitments on HIV/AIDS made through:

- The United Nations Millennium Declaration, of 8 September 2000;¹
- The political declaration and further actions and initiatives to implement the commitments made at the World Summit for Social Development, of 1 July 2000;²
- The political declaration³ and further action and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action,⁴ of 10 June 2000;
- Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, of 2 July 1999;⁵
- The regional call for action to fight HIV/AIDS in Asia and the Pacific, of 25 April 2001;
- The Abuja Declaration and Framework for Action for the fight against HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases in Africa, of 27 April 2001;
- The Declaration of the Tenth Ibero-American Summit of heads of State, of 18 November 2000;
- The Pan-Caribbean Partnership against HIV/AIDS, of 14 February 2001;
- The European Union Programme for Action: Accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of poverty reduction, of 14 May 2001;
- The Baltic Sea Declaration on HIV/AIDS Prevention, of 4 May 2000;
- The Central Asian Declaration on HIV/AIDS, of 18 May 2001;

7. Convinced of the need to have an urgent, coordinated and sustained response to the HIV/AIDS epidemic, which will build on the experience and lessons learned over the past 20 years;

8. Noting with grave concern that Africa, in particular sub-Saharan Africa, is currently the worst-affected region, where HIV/AIDS is considered a state of emergency which threatens development, social cohesion, political stability, food security and life expectancy and imposes a devastating economic burden, and that the dramatic situation on the continent needs urgent and exceptional national, regional and international action;

9. Welcoming the commitments of African heads of State or Government at the Abuja special summit in April 2001, particularly their pledge to set a target of

¹ See resolution 55/2.

² Resolution S-24/2, annex, sects. I and III.

³ Resolution S-23/2, annex.

⁴ Resolution S-23/3, annex.

⁵ Resolution S-21/2, annex.

allocating at least 15 per cent of their annual national budgets for the improvement of the health sector to help to address the HIV/AIDS epidemic; and recognizing that action to reach this target, by those countries whose resources are limited, will need to be complemented by increased international assistance;

10. Recognizing also that other regions are seriously affected and confront similar threats, particularly the Caribbean region, with the second-highest rate of HIV infection after sub-Saharan Africa, the Asia-Pacific region where 7.5 million people are already living with HIV/AIDS, the Latin American region with 1.5 million people living with HIV/AIDS and the Central and Eastern European region with very rapidly rising infection rates, and that the potential exists for a rapid escalation of the epidemic and its impact throughout the world if no specific measures are taken;

11. Recognizing that poverty, underdevelopment and illiteracy are among the principal contributing factors to the spread of HIV/AIDS, and noting with grave concern that HIV/AIDS is compounding poverty and is now reversing or impeding development in many countries and should therefore be addressed in an integrated manner;

12. Noting that armed conflicts and natural disasters also exacerbate the spread of the epidemic;

13. Noting further that stigma, silence, discrimination and denial, as well as a lack of confidentiality, undermine prevention, care and treatment efforts and increase the impact of the epidemic on individuals, families, communities and nations and must also be addressed;

14. Stressing that gender equality and the empowerment of women are fundamental elements in the reduction of the vulnerability of women and girls to HIV/AIDS;

15. Recognizing that access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS is one of the fundamental elements to achieve progressively the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health;

16. Recognizing that the full realization of human rights and fundamental freedoms for all is an essential element in a global response to the HIV/AIDS pandemic, including in the areas of prevention, care, support and treatment, and that it reduces vulnerability to HIV/AIDS and prevents stigma and related discrimination against people living with or at risk of HIV/AIDS;

17. Acknowledging that prevention of HIV infection must be the mainstay of the national, regional and international response to the epidemic, and that prevention, care, support and treatment for those infected and affected by HIV/AIDS are mutually reinforcing elements of an effective response and must be integrated in a comprehensive approach to combat the epidemic;

18. Recognizing the need to achieve the prevention goals set out in the present Declaration in order to stop the spread of the epidemic, and acknowledging that all countries must continue to emphasize widespread and effective prevention, including awareness-raising campaigns through education, nutrition, information and health-care services;

19. Recognizing that care, support and treatment can contribute to effective prevention through an increased acceptance of voluntary and confidential counselling and testing, and by keeping people living with HIV/AIDS and vulnerable groups in close contact with health-care systems and facilitating their access to information, counselling and preventive supplies;
20. Emphasizing the important role of cultural, family, ethical and religious factors in the prevention of the epidemic and in treatment, care and support, taking into account the particularities of each country as well as the importance of respecting all human rights and fundamental freedoms;
21. Noting with concern that some negative economic, social, cultural, political, financial and legal factors are hampering awareness, education, prevention, care, treatment and support efforts;
22. Noting the importance of establishing and strengthening human resources and national health and social infrastructures as imperatives for the effective delivery of prevention, treatment, care and support services;
23. Recognizing that effective prevention, care and treatment strategies will require behavioural changes and increased availability of and non-discriminatory access to, inter alia, vaccines, condoms, microbicides, lubricants, sterile injecting equipment, drugs, including anti-retroviral therapy, diagnostics and related technologies, as well as increased research and development;
24. Recognizing also that the cost, availability and affordability of drugs and related technology are significant factors to be reviewed and addressed in all aspects and that there is a need to reduce the cost of these drugs and technologies in close collaboration with the private sector and pharmaceutical companies;
25. Acknowledging that the lack of affordable pharmaceuticals and of feasible supply structures and health systems continues to hinder an effective response to HIV/AIDS in many countries, especially for the poorest people, and recalling efforts to make drugs available at low prices for those in need;
26. Welcoming the efforts of countries to promote innovation and the development of domestic industries consistent with international law in order to increase access to medicines to protect the health of their populations, and noting that the impact of international trade agreements on access to or local manufacturing of essential drugs and on the development of new drugs needs to be evaluated further;
27. Welcoming the progress made in some countries to contain the epidemic, particularly through: strong political commitment and leadership at the highest levels, including community leadership; effective use of available resources and traditional medicines; successful prevention, care, support and treatment strategies; education and information initiatives; working in partnership with communities, civil society, people living with HIV/AIDS and vulnerable groups; and the active promotion and protection of human rights; and recognizing the importance of sharing and building on our collective and diverse experiences, through regional and international cooperation including North-South, South-South and triangular cooperation;
28. Acknowledging that resources devoted to combating the epidemic both at the national and international levels are not commensurate with the magnitude of the problem;

29. Recognizing the fundamental importance of strengthening national, regional and subregional capacities to address and effectively combat HIV/AIDS and that this will require increased and sustained human, financial and technical resources through strengthened national action and cooperation and increased regional, subregional and international cooperation;
30. Recognizing that external debt and debt-servicing problems have substantially constrained the capacity of many developing countries, as well as countries with economies in transition, to finance the fight against HIV/AIDS;
31. Affirming the key role played by the family in prevention, care, support and treatment of persons affected and infected by HIV/AIDS, bearing in mind that in different cultural, social and political systems various forms of the family exist;
32. Affirming that beyond the key role played by communities, strong partnerships among Governments, the United Nations system, intergovernmental organizations, people living with HIV/AIDS and vulnerable groups, medical, scientific and educational institutions, non-governmental organizations, the business sector including generic and research-based pharmaceutical companies, trade unions, the media, parliamentarians, foundations, community organizations, faith-based organizations and traditional leaders are important;
33. Acknowledging the particular role and significant contribution of people living with HIV/AIDS, young people and civil society actors in addressing the problem of HIV/AIDS in all its aspects, and recognizing that their full involvement and participation in the design, planning, implementation and evaluation of programmes is crucial to the development of effective responses to the HIV/AIDS epidemic;
34. Further acknowledging the efforts of international humanitarian organizations combating the epidemic, including the volunteers of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies in the most affected areas all over the world;
35. Commending the leadership role on HIV/AIDS policy and coordination in the United Nations system of the Programme Coordinating Board of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); and noting its endorsement in December 2000 of the Global Strategy Framework on HIV/AIDS, which could assist, as appropriate, Member States and relevant civil society actors in the development of HIV/AIDS strategies, taking into account the particular context of the epidemic in different parts of the world;
36. Solemnly declare our commitment to address the HIV/AIDS crisis by taking action as follows, taking into account the diverse situations and circumstances in different regions and countries throughout the world;

Leadership

Strong leadership at all levels of society is essential for an effective response to the epidemic

Leadership by Governments in combating HIV/AIDS is essential and their efforts should be complemented by the full and active participation of civil society, the business community and the private sector

Leadership involves personal commitment and concrete actions

At the national level

37. By 2003, ensure the development and implementation of multisectoral national strategies and financing plans for combating HIV/AIDS that address the epidemic in forthright terms; confront stigma, silence and denial; address gender and age-based dimensions of the epidemic; eliminate discrimination and marginalization; involve partnerships with civil society and the business sector and the full participation of people living with HIV/AIDS, those in vulnerable groups and people mostly at risk, particularly women and young people; are resourced to the extent possible from national budgets without excluding other sources, inter alia, international cooperation; fully promote and protect all human rights and fundamental freedoms, including the right to the highest attainable standard of physical and mental health; integrate a gender perspective; address risk, vulnerability, prevention, care, treatment and support and reduction of the impact of the epidemic; and strengthen health, education and legal system capacity;

38. By 2003, integrate HIV/AIDS prevention, care, treatment and support and impact-mitigation priorities into the mainstream of development planning, including in poverty eradication strategies, national budget allocations and sectoral development plans;

At the regional and subregional level

39. Urge and support regional organizations and partners to be actively involved in addressing the crisis; intensify regional, subregional and interregional cooperation and coordination; and develop regional strategies and responses in support of expanded country-level efforts;

40. Support all regional and subregional initiatives on HIV/AIDS including: the International Partnership against AIDS in Africa (IPAA) and the ECA-African Development Forum African Consensus and Plan of Action: Leadership to overcome HIV/AIDS; the Abuja Declaration and Framework for Action for the fight against HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases in Africa; the CARICOM Pan-Caribbean Partnership against HIV/AIDS; the ESCAP regional call for action to fight HIV/AIDS in Asia and the Pacific; the Baltic Sea Initiative and Action Plan; the Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean; and the European Union Programme for Action: Accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of poverty reduction;

41. Encourage the development of regional approaches and plans to address HIV/AIDS;

42. Encourage and support local and national organizations to expand and strengthen regional partnerships, coalitions and networks;

43. Encourage the United Nations Economic and Social Council to request the regional commissions, within their respective mandates and resources, to support national efforts in their respective regions in combating HIV/AIDS;

At the global level

44. Support greater action and coordination by all relevant organizations of the United Nations system, including their full participation in the development and

implementation of a regularly updated United Nations strategic plan for HIV/AIDS, guided by the principles contained in the present Declaration;

45. Support greater cooperation between relevant organizations of the United Nations system and international organizations combating HIV/AIDS;

46. Foster stronger collaboration and the development of innovative partnerships between the public and private sectors, and by 2003 establish and strengthen mechanisms that involve the private sector and civil society partners and people living with HIV/AIDS and vulnerable groups in the fight against HIV/AIDS;

Prevention

Prevention must be the mainstay of our response

47. By 2003, establish time-bound national targets to achieve the internationally agreed global prevention goal to reduce by 2005 HIV prevalence among young men and women aged 15 to 24 in the most affected countries by 25 per cent and by 25 per cent globally by 2010, and intensify efforts to achieve these targets as well as to challenge gender stereotypes and attitudes, and gender inequalities in relation to HIV/AIDS, encouraging the active involvement of men and boys;

48. By 2003, establish national prevention targets, recognizing and addressing factors leading to the spread of the epidemic and increasing people's vulnerability, to reduce HIV incidence for those identifiable groups, within particular local contexts, which currently have high or increasing rates of HIV infection, or which available public health information indicates are at the highest risk of new infection;

49. By 2005, strengthen the response to HIV/AIDS in the world of work by establishing and implementing prevention and care programmes in public, private and informal work sectors, and take measures to provide a supportive workplace environment for people living with HIV/AIDS;

50. By 2005, develop and begin to implement national, regional and international strategies that facilitate access to HIV/AIDS prevention programmes for migrants and mobile workers, including the provision of information on health and social services;

51. By 2003, implement universal precautions in health-care settings to prevent transmission of HIV infection;

52. By 2005, ensure: that a wide range of prevention programmes which take account of local circumstances, ethics and cultural values, is available in all countries, particularly the most affected countries, including information, education and communication, in languages most understood by communities and respectful of cultures, aimed at reducing risk-taking behaviour and encouraging responsible sexual behaviour, including abstinence and fidelity; expanded access to essential commodities, including male and female condoms and sterile injecting equipment; harm-reduction efforts related to drug use; expanded access to voluntary and confidential counselling and testing; safe blood supplies; and early and effective treatment of sexually transmittable infections;

53. By 2005, ensure that at least 90 per cent, and by 2010 at least 95 per cent of young men and women aged 15 to 24 have access to the information, education, including peer education and youth-specific HIV education, and services necessary

to develop the life skills required to reduce their vulnerability to HIV infection, in full partnership with young persons, parents, families, educators and health-care providers;

54. By 2005, reduce the proportion of infants infected with HIV by 20 per cent, and by 50 per cent by 2010, by ensuring that 80 per cent of pregnant women accessing antenatal care have information, counselling and other HIV-prevention services available to them, increasing the availability of and providing access for HIV-infected women and babies to effective treatment to reduce mother-to-child transmission of HIV, as well as through effective interventions for HIV-infected women, including voluntary and confidential counselling and testing, access to treatment, especially anti-retroviral therapy and, where appropriate, breast-milk substitutes and the provision of a continuum of care;

Care, support and treatment

Care, support and treatment are fundamental elements of an effective response

55. By 2003, ensure that national strategies, supported by regional and international strategies, are developed in close collaboration with the international community, including Governments and relevant intergovernmental organizations, as well as with civil society and the business sector, to strengthen health-care systems and address factors affecting the provision of HIV-related drugs, including anti-retroviral drugs, inter alia, affordability and pricing, including differential pricing, and technical and health-care system capacity. Also, in an urgent manner make every effort to provide progressively and in a sustainable manner, the highest attainable standard of treatment for HIV/AIDS, including the prevention and treatment of opportunistic infections, and effective use of quality-controlled anti-retroviral therapy in a careful and monitored manner to improve adherence and effectiveness and reduce the risk of developing resistance; and to cooperate constructively in strengthening pharmaceutical policies and practices, including those applicable to generic drugs and intellectual property regimes, in order further to promote innovation and the development of domestic industries consistent with international law;

56. By 2005, develop and make significant progress in implementing comprehensive care strategies to: strengthen family and community-based care, including that provided by the informal sector, and health-care systems to provide and monitor treatment to people living with HIV/AIDS, including infected children, and to support individuals, households, families and communities affected by HIV/AIDS; and improve the capacity and working conditions of health-care personnel, and the effectiveness of supply systems, financing plans and referral mechanisms required to provide access to affordable medicines, including anti-retroviral drugs, diagnostics and related technologies, as well as quality medical, palliative and psychosocial care;

57. By 2003, ensure that national strategies are developed in order to provide psychosocial care for individuals, families and communities affected by HIV/AIDS;

HIV/AIDS and human rights

Realization of human rights and fundamental freedoms for all is essential to reduce vulnerability to HIV/AIDS

Respect for the rights of people living with HIV/AIDS drives an effective response

58. By 2003, enact, strengthen or enforce, as appropriate, legislation, regulations and other measures to eliminate all forms of discrimination against and to ensure the full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by people living with HIV/AIDS and members of vulnerable groups, in particular to ensure their access to, inter alia, education, inheritance, employment, health care, social and health services, prevention, support and treatment, information and legal protection, while respecting their privacy and confidentiality; and develop strategies to combat stigma and social exclusion connected with the epidemic;

59. By 2005, bearing in mind the context and character of the epidemic and that, globally, women and girls are disproportionately affected by HIV/AIDS, develop and accelerate the implementation of national strategies that promote the advancement of women and women's full enjoyment of all human rights; promote shared responsibility of men and women to ensure safe sex; and empower women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality to increase their ability to protect themselves from HIV infection;

60. By 2005, implement measures to increase capacities of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of HIV infection, principally through the provision of health care and health services, including for sexual and reproductive health, and through prevention education that promotes gender equality within a culturally and gender-sensitive framework;

61. By 2005, ensure development and accelerated implementation of national strategies for women's empowerment, the promotion and protection of women's full enjoyment of all human rights and reduction of their vulnerability to HIV/AIDS through the elimination of all forms of discrimination, as well as all forms of violence against women and girls, including harmful traditional and customary practices, abuse, rape and other forms of sexual violence, battering and trafficking in women and girls;

Reducing vulnerability

The vulnerable must be given priority in the response

Empowering women is essential for reducing vulnerability

62. By 2003, in order to complement prevention programmes that address activities which place individuals at risk of HIV infection, such as risky and unsafe sexual behaviour and injecting drug use, have in place in all countries strategies, policies and programmes that identify and begin to address those factors that make individuals particularly vulnerable to HIV infection, including underdevelopment, economic insecurity, poverty, lack of empowerment of women, lack of education, social exclusion, illiteracy, discrimination, lack of information and/or commodities for self-protection, and all types of sexual exploitation of women, girls and boys, including for commercial reasons. Such strategies, policies and programmes should

address the gender dimension of the epidemic, specify the action that will be taken to address vulnerability and set targets for achievement;

63. By 2003, develop and/or strengthen strategies, policies and programmes which recognize the importance of the family in reducing vulnerability, inter alia, in educating and guiding children and take account of cultural, religious and ethical factors, to reduce the vulnerability of children and young people by ensuring access of both girls and boys to primary and secondary education, including HIV/AIDS in curricula for adolescents; ensuring safe and secure environments, especially for young girls; expanding good-quality, youth-friendly information and sexual health education and counselling services; strengthening reproductive and sexual health programmes; and involving families and young people in planning, implementing and evaluating HIV/AIDS prevention and care programmes, to the extent possible;

64. By 2003, develop and/or strengthen national strategies, policies and programmes, supported by regional and international initiatives, as appropriate, through a participatory approach, to promote and protect the health of those identifiable groups which currently have high or increasing rates of HIV infection or which public health information indicates are at greatest risk of and most vulnerable to new infection as indicated by such factors as the local history of the epidemic, poverty, sexual practices, drug-using behaviour, livelihood, institutional location, disrupted social structures and population movements, forced or otherwise;

Children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS

Children orphaned and affected by HIV/AIDS need special assistance

65. By 2003, develop and by 2005 implement national policies and strategies to build and strengthen governmental, family and community capacities to provide a supportive environment for orphans and girls and boys infected and affected by HIV/AIDS, including by providing appropriate counselling and psychosocial support, ensuring their enrolment in school and access to shelter, good nutrition and health and social services on an equal basis with other children; and protect orphans and vulnerable children from all forms of abuse, violence, exploitation, discrimination, trafficking and loss of inheritance;

66. Ensure non-discrimination and full and equal enjoyment of all human rights through the promotion of an active and visible policy of de-stigmatization of children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS;

67. Urge the international community, particularly donor countries, civil society, as well as the private sector, to complement effectively national programmes to support programmes for children orphaned or made vulnerable by HIV/AIDS in affected regions and in countries at high risk and to direct special assistance to sub-Saharan Africa;

Alleviating social and economic impact

To address HIV/AIDS is to invest in sustainable development

68. By 2003, evaluate the economic and social impact of the HIV/AIDS epidemic and develop multisectoral strategies to address the impact at the individual, family, community and national levels; develop and accelerate the implementation of national poverty eradication strategies to address the impact of HIV/AIDS on household income, livelihoods and access to basic social services, with special focus on individuals, families and communities severely affected by the epidemic; review the social and economic impact of HIV/AIDS at all levels of society, especially on women and the elderly, particularly in their role as caregivers, and in families affected by HIV/AIDS, and address their special needs; and adjust and adapt economic and social development policies, including social protection policies, to address the impact of HIV/AIDS on economic growth, provision of essential economic services, labour productivity, government revenues, and deficit-creating pressures on public resources;

69. By 2003, develop a national legal and policy framework that protects in the workplace the rights and dignity of persons living with and affected by HIV/AIDS and those at the greatest risk of HIV/AIDS, in consultation with representatives of employers and workers, taking account of established international guidelines on HIV/AIDS in the workplace;

Research and development

With no cure for HIV/AIDS yet found, further research and development is crucial

70. Increase investment in and accelerate research on the development of HIV vaccines, while building national research capacity, especially in developing countries, and especially for viral strains prevalent in highly affected regions; in addition, support and encourage increased national and international investment in HIV/AIDS-related research and development, including biomedical, operations, social, cultural and behavioural research and in traditional medicine to improve prevention and therapeutic approaches; accelerate access to prevention, care and treatment and care technologies for HIV/AIDS (and its associated opportunistic infections and malignancies and sexually transmitted diseases), including female-controlled methods and microbicides, and in particular, appropriate, safe and affordable HIV vaccines and their delivery, and to diagnostics, tests and methods to prevent mother-to-child transmission; improve our understanding of factors which influence the epidemic and actions which address it, inter alia, through increased funding and public/private partnerships; and create a conducive environment for research and ensure that it is based on the highest ethical standards;

71. Support and encourage the development of national and international research infrastructures, laboratory capacity, improved surveillance systems, data collection, processing and dissemination, and the training of basic and clinical researchers, social scientists, health-care providers and technicians, with a focus on the countries most affected by HIV/AIDS, particularly developing countries and those countries experiencing or at risk of a rapid expansion of the epidemic;

72. Develop and evaluate suitable approaches for monitoring treatment efficacy, toxicity, side effects, drug interactions and drug resistance, and develop

methodologies to monitor the impact of treatment on HIV transmission and risk behaviours;

73. Strengthen international and regional cooperation, in particular North-South, South-South and triangular cooperation, related to the transfer of relevant technologies suitable to the environment in the prevention and care of HIV/AIDS, the exchange of experiences and best practices, researchers and research findings and strengthen the role of UNAIDS in this process. In this context, encourage ownership of the end results of these cooperative research findings and technologies by all parties to the research, reflecting their relevant contribution and dependent upon their providing legal protection to such findings; and affirm that all such research should be free from bias;

74. By 2003, ensure that all research protocols for the investigation of HIV-related treatment, including anti-retroviral therapies and vaccines, based on international guidelines and best practices, are evaluated by independent committees of ethics, in which persons living with HIV/AIDS and caregivers for anti-retroviral therapy participate;

HIV/AIDS in conflict and disaster-affected regions

Conflicts and disasters contribute to the spread of HIV/AIDS

75. By 2003, develop and begin to implement national strategies that incorporate HIV/AIDS awareness, prevention, care and treatment elements into programmes or actions that respond to emergency situations, recognizing that populations destabilized by armed conflict, humanitarian emergencies and natural disasters, including refugees, internally displaced persons, and in particular women and children, are at increased risk of exposure to HIV infection; and, where appropriate, factor HIV/AIDS components into international assistance programmes;

76. Call on all United Nations agencies, regional and international organizations, as well as non-governmental organizations involved with the provision and delivery of international assistance to countries and regions affected by conflicts, humanitarian crises or natural disasters, to incorporate as a matter of urgency HIV/AIDS prevention, care and awareness elements into their plans and programmes and provide HIV/AIDS awareness and training to their personnel;

77. By 2003, have in place national strategies to address the spread of HIV among national uniformed services, where this is required, including armed forces and civil defence forces, and consider ways of using personnel from these services who are educated and trained in HIV/AIDS awareness and prevention to assist with HIV/AIDS awareness and prevention activities, including participation in emergency, humanitarian, disaster relief and rehabilitation assistance;

78. By 2003, ensure the inclusion of HIV/AIDS awareness and training, including a gender component, into guidelines designed for use by defence personnel and other personnel involved in international peacekeeping operations, while also continuing with ongoing education and prevention efforts, including pre-deployment orientation, for these personnel;

Resources

The HIV/AIDS challenge cannot be met without new, additional and sustained resources

79. Ensure that the resources provided for the global response to address HIV/AIDS are substantial, sustained and geared towards achieving results;

80. By 2005, through a series of incremental steps, reach an overall target of annual expenditure on the epidemic of between 7 and 10 billion United States dollars in low and middle-income countries and those countries experiencing or at risk of experiencing rapid expansion for prevention, care, treatment, support and mitigation of the impact of HIV/AIDS, and take measures to ensure that the resources needed are made available, particularly from donor countries and also from national budgets, bearing in mind that resources of the most affected countries are seriously limited;

81. Call on the international community, where possible, to provide assistance for HIV/AIDS prevention, care and treatment in developing countries on a grant basis;

82. Increase and prioritize national budgetary allocations for HIV/AIDS programmes as required, and ensure that adequate allocations are made by all ministries and other relevant stakeholders;

83. Urge the developed countries that have not done so to strive to meet the targets of 0.7 per cent of their gross national product for overall official development assistance and the targets of earmarking 0.15 per cent to 0.20 per cent of gross national product as official development assistance for least developed countries as agreed, as soon as possible, taking into account the urgency and gravity of the HIV/AIDS epidemic;

84. Urge the international community to complement and supplement efforts of developing countries that commit increased national funds to fight the HIV/AIDS epidemic through increased international development assistance, particularly those countries most affected by HIV/AIDS, particularly in Africa, especially in sub-Saharan Africa, the Caribbean, countries at high risk of expansion of the HIV/AIDS epidemic and other affected regions whose resources to deal with the epidemic are seriously limited;

85. Integrate HIV/AIDS actions in development assistance programmes and poverty eradication strategies as appropriate, and encourage the most effective and transparent use of all resources allocated;

86. Call on the international community, and invite civil society and the private sector to take appropriate measures to help to alleviate the social and economic impact of HIV/AIDS in the most affected developing countries;

87. Without further delay, implement the enhanced Heavily Indebted Poor Country (HIPC) Initiative and agree to cancel all bilateral official debts of HIPC countries as soon as possible, especially those most affected by HIV/AIDS, in return for demonstrable commitments by them to poverty eradication, and urge the use of debt service savings to finance poverty eradication programmes, particularly for prevention, treatment, care and support for HIV/AIDS and other infections;

88. Call for speedy and concerted action to address effectively the debt problems of least developed countries, low-income developing countries, and middle-income

developing countries, particularly those affected by HIV/AIDS, in a comprehensive, equitable, development-oriented and durable way through various national and international measures designed to make their debt sustainable in the long term and thereby to improve their capacity to deal with the HIV/AIDS epidemic, including, as appropriate, existing orderly mechanisms for debt reduction, such as debt swaps for projects aimed at the prevention, care and treatment of HIV/AIDS;

89. Encourage increased investment in HIV/AIDS-related research nationally, regionally and internationally, in particular for the development of sustainable and affordable prevention technologies, such as vaccines and microbicides, and encourage the proactive preparation of financial and logistic plans to facilitate rapid access to vaccines when they become available;

90. Support the establishment, on an urgent basis, of a global HIV/AIDS and health fund to finance an urgent and expanded response to the epidemic based on an integrated approach to prevention, care, support and treatment and to assist Governments, inter alia, in their efforts to combat HIV/AIDS with due priority to the most affected countries, notably in sub-Saharan Africa and the Caribbean and to those countries at high risk, and mobilize contributions to the fund from public and private sources with a special appeal to donor countries, foundations, the business community, including pharmaceutical companies, the private sector, philanthropists and wealthy individuals;

91. By 2002, launch a worldwide fund-raising campaign aimed at the general public as well as the private sector, conducted by UNAIDS with the support and collaboration of interested partners at all levels, to contribute to the global HIV/AIDS and health fund;

92. Direct increased funding to national, regional and subregional commissions and organizations to enable them to assist Governments at the national, regional and subregional level in their efforts to respond to the crisis;

93. Provide the UNAIDS co-sponsoring agencies and the UNAIDS secretariat with the resources needed to work with countries in support of the goals of the present Declaration;

Follow-up

Maintaining the momentum and monitoring progress are essential

At the national level

94. Conduct national periodic reviews with the participation of civil society, particularly people living with HIV/AIDS, vulnerable groups and caregivers, of progress achieved in realizing these commitments, identify problems and obstacles to achieving progress, and ensure wide dissemination of the results of these reviews;

95. Develop appropriate monitoring and evaluation mechanisms to assist with follow-up in measuring and assessing progress, and develop appropriate monitoring and evaluation instruments, with adequate epidemiological data;

96. By 2003, establish or strengthen effective monitoring systems, where appropriate, for the promotion and protection of human rights of people living with HIV/AIDS;

At the regional level

97. Include HIV/AIDS and related public health concerns, as appropriate, on the agenda of regional meetings at the ministerial and head of State and Government level;

98. Support data collection and processing to facilitate periodic reviews by regional commissions and/or regional organizations of progress in implementing regional strategies and addressing regional priorities, and ensure wide dissemination of the results of these reviews;

99. Encourage the exchange between countries of information and experiences in implementing the measures and commitments contained in the present Declaration, and in particular facilitate intensified South-South and triangular cooperation;

At the global level

100. Devote sufficient time and at least one full day of the annual session of the General Assembly to review and debate a report of the Secretary-General on progress achieved in realizing the commitments set out in the present Declaration, with a view to identifying problems and constraints and making recommendations on action needed to make further progress;

101. Ensure that HIV/AIDS issues are included on the agenda of all appropriate United Nations conferences and meetings;

102. Support initiatives to convene conferences, seminars, workshops, training programmes and courses to follow up issues raised in the present Declaration, and in this regard encourage participation in and wide dissemination of the outcomes of the forthcoming Dakar Conference on access to care for HIV infection; the Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific; the Twelfth International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa; the Fourteenth International Conference on AIDS, Barcelona, Spain; the Tenth International Conference on People Living with HIV/AIDS, Port-of-Spain; the Second Forum and Third Conference of the Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections in Latin America and the Caribbean, Havana; the Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS, Chiang Mai, Thailand;

103. Explore, with a view to improving equity in access to essential drugs, the feasibility of developing and implementing, in collaboration with non-governmental organizations and other concerned partners, systems for the voluntary monitoring and reporting of global drug prices;

We recognize and express our appreciation to those who have led the effort to raise awareness of the HIV/AIDS epidemic and to deal with its complex challenges;

We look forward to strong leadership by Governments and concerted efforts with the full and active participation of the United Nations, the entire multilateral system, civil society, the business community and private sector;

And finally, we call on all countries to take the necessary steps to implement the present Declaration, in strengthened partnership and cooperation with other multilateral and bilateral partners and with civil society.



ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15 June 2001

Original: English

Special session of the General Assembly on HIV/AIDS

Round table 2

HIV/AIDS and human rights

I. The issue

1. The extent to which human rights are neglected or promoted is a major factor in the distribution of human immunodeficiency virus (HIV) infection within a population and the speed with which infection progresses to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and death. Human rights have been fundamental to the response to the HIV/AIDS epidemic since the creation of the first global AIDS strategy in 1987.¹ The linkages between HIV/AIDS and human rights, as contained in such major human rights treaties as the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women and the Convention on the Rights of the Child and under international human rights law have been reiterated and increasingly clarified in the normative statements of the General Assembly,² the World Health Assembly,³ as well as the United Nations human rights treaty monitoring bodies, and the Commission on Human Rights. Governments that ratify international human rights treaties have a legal obligation to ensure that their national laws, policies and practices are in compliance with the rights contained in the treaties. This obligation also entails reporting periodically to the treaty monitoring bodies — each of which has affirmed their interest in having Governments include HIV/AIDS when fulfilling their reporting requirements. In addition, concrete approaches to ensure the respect, protection and fulfilment of human rights in the context of HIV/AIDS have been set out in some detail in the United Nations international guidelines on HIV/AIDS and human rights.⁴ The importance of bringing

HIV/AIDS policies and programmes into line with international human rights law is generally reflected in some national and international policies and programmes but, unfortunately, still insufficiently carried out in reality.

2. Governments and the international community have an obligation to promote and protect human rights, including to promote and protect health. An effective response to the epidemic requires attention to the linkages between HIV/AIDS and international human rights law. Central to these are the principles of non-discrimination, equality and participation⁵ in relation to the strategies and approaches to reducing risk, reducing vulnerability and reducing the impact of HIV/AIDS on individuals and populations. The optimal balance between these strategies will vary by country and community, yet it is crucial in all settings that each should be addressed simultaneously and with sufficient attention to human rights principles.

3. International human rights law provides a critical framework for responding to the challenges of HIV/AIDS because its approach is relevant to all countries at all stages of development, including resource-poor countries. Instituting policies and programmes that reduce the spread and impact of HIV/AIDS and respect human rights means that the technical and operational aspects of health interventions should include attention to the civil, political, economic, social and cultural factors that surround them. Thus, responses to HIV/AIDS should explicitly take into account such factors as gender relations, religious beliefs, homophobia and racism, which individually or in combination influence the



extent to which individuals and communities are protected from discrimination, inequality and exclusion and have the ability to access services and to make and carry out free and informed decisions about their lives.

4. Governments are responsible for not violating rights directly, as well as for ensuring the conditions that enable rights to be realized as fully as possible. In the context of HIV/AIDS this means that governments have the obligation to:

- **Respect:** States cannot violate rights directly in laws, policies, programmes or practices. For example, Governments are increasingly recognizing their responsibility to ensure that the privacy of persons living with HIV is protected, or that HIV-infected prisoners receive the same standard of medical care that is offered to other prisoners.
- **Protect:** States must prevent violations by others and provide affordable, accessible redress. For example, States must ensure that private employers do not discriminate against HIV-infected employees and provide avenues for redress if individuals are fired or unable to secure housing or employment on the basis of their HIV status.
- **Fulfil:** States must take increasingly positive measures towards the realization of rights — including budgetary, legislative, administrative and other measures. For example, States should take urgent action to provide education and services to prevent the transmission of HIV and take steps to mitigate the impact of AIDS on all sectors and segments of society to address the social and economic factors contributing to HIV risk and vulnerability.⁶

5. Incorporating human rights in the response to HIV/AIDS implies recognizing that these three elements of adherence to rights standards — to respect, to protect and to fulfil — are essential, interdependent and indivisible. To pass a law prohibiting discrimination in employment on the basis of HIV status is a first step, but the inability to provide a mechanism for implementation means that human rights obligations in the context of the HIV/AIDS epidemic have not been sufficiently realized.

6. The HIV/AIDS epidemic impacts on the physical, mental and social well being of individuals, as well as

on the economic, social, cultural and political life of their communities. The neglect and violation of rights is relevant to risk and vulnerability to infection, as well as to the impact that the epidemic has on individuals and communities. The greater the impact of the epidemic in a particular place the more challenging it is to the ability of individuals, families and communities to respond effectively to it. While discrimination, lack of equality and lack of participation continue to fuel the HIV/AIDS epidemic, the neglect or violation of other rights also have a tremendous influence on risk, vulnerability and impact, and can therefore point the way towards the responses which can effectively be brought to address them. And as will be discussed below, these responses in and of themselves raise important human rights issues.

II. Lessons learned: reducing risk, vulnerability and impact by respecting, protecting and fulfilling human rights

7. As noted in the report of the Secretary-General of 16 February 2001,⁷ the most effective responses to the epidemic simultaneously address risk, vulnerability and impact on the individual, community and national levels while ensuring observance of such human rights principles as non-discrimination, equality and participation. There is an abundant and growing body of evidence that shows that well-designed HIV prevention, care and treatment programmes do work. An exclusive reliance on risk-reduction strategies — such as behavioural change or condom promotion — have, however, been of limited effectiveness when they have failed to engage the underlying individual and societal issues in which the risk of acquiring HIV infection and the probability of acquiring appropriate care, support and treatment are deeply rooted. Evidence demonstrates that where individuals and communities are able to realize their rights, the incidence of HIV infection declines. The most successful efforts embrace simultaneous strategies to promote and protect human rights, such as overcoming social stigma and discrimination, ensuring access to prevention, care and treatment, and putting mechanisms into place to foster the inclusion of civil society, especially people living with and affected by HIV/AIDS and young people, at all levels of policy and priority setting. Over 20 years

Some examples of human rights neglect and violations regarding the risk, vulnerability and impact of HIV/AIDS

Human rights in relation to risk

- Deliberate exclusion or forcible inclusion of people in mandatory HIV testing schemes, including migrant workers, whether implemented for case-finding or other purposes (*right to security of person*).
- Lack of suitable prevention and care programmes and therefore increased risk of infection as a result of criminalization of certain behaviours (such as commercial sex work, same-sex sexual activity) (*rights to association and equal protection*).

Human rights in relation to vulnerability

- Inaccessible information on HIV/AIDS prevention, because, for example, it is not available to ethnic minority populations in a language they can understand, which may result in people unknowingly engaging in risk-taking behaviours (*right to information*).
- Low-intensity and open conflicts resulting in population displacement, refugee flows and circumstances of extreme poverty and deprivation, in turn resulting in increased vulnerability to HIV in populations, even if assumed previously to be at low risk (*rights to social services and to freedom from arbitrary interference with family and home*).

Human rights in relation to impact

- Inadequate access to HIV care and treatment, including antiretrovirals and other medications for opportunistic infections, for individuals living in poorer communities (*right to health, right to the benefits of scientific progress*).
- Travel and immigration restrictions imposed on the basis of HIV status (*right to travel, freedom of movement*).
- Inadequate alternative care situations (extended family, foster families, group homes) for children orphaned owing to one or both of their parents dying from AIDS (*right to adequate standard of living, right to family life*).

of accumulated experience has shown that the respect, protection and fulfilment of human rights, when forming an integral element of best practices in public health, succeed in reducing risk, vulnerability and the impact of HIV/AIDS. This is illustrated in the few examples that follow.

Risk and risk reduction

8. Behaviour change and the provision of commodities to reduce the risk of acquiring HIV infection through unprotected sexual intercourse, blood transfusions and transmission from mother to child

have been the usual components of many risk-reduction strategies. These strategies have been most successful when they have drawn on human rights principles to address the inequality that puts some people at greater risk of infection than others. The relationship between gender and HIV helps illustrate this inequality. Risk reduction strategies that attend to the lack of control women, young women and girls have over their lives, in particular in relation to their sexual and reproductive choices, have been most effective. Inequality also exists in the focus of priorities set for research towards the development of new methods of risk reduction: the lack of availability of female controlled methods such as microbicides and female condoms to prevent HIV/AIDS transmission tragically illustrates this point. Fulfilling the rights to education and to seek, receive and impart information of young people in risk-reduction programmes has shown that well-designed services and programmes specifically designed to meet their needs have a greater likelihood of reinforcing and helping to sustain safer sexual behaviours and practices. Vulnerable populations, such as sex workers, men who have sex with men, injecting drug users, migrant workers, refugees and internally displaced persons, as well as children in need of special protection, have all shown their resilience in the face of the epidemic through their capacity to organize and engage in prevention and care programmes concerning them. Risk-reduction strategies that reach out and build on the inner strengths of marginalized and discriminated-against communities who may experience greater risk of HIV infection are not only respectful of human rights but are more effective.

Vulnerability and vulnerability reduction

9. Vulnerability occurs when people are limited in their abilities to make and carry out free and informed decisions. Policies and programmes that promote human rights increase autonomy and thereby reduce the vulnerability of those who live on the fringes of society or are otherwise at increased risk of infection. Behaviour, race, ethnicity, sexual orientation and gender have been the grounds for much of the discrimination that continues to drive the epidemic. Where women's social and economic status is low, the vulnerability of young girls and women to HIV infection is exacerbated. Actions to address

discrimination against women, promote their equality and participation in relation to their rights and access to information, education, employment, income, land, property and credit have been shown to decrease the vulnerability of women and girls to infection. Gender inequality also touches men in their own relationships and actions. Young men are often encouraged to seek out many sexual partners and insist on unprotected sex; same-sex relationships between men are often criminalized and in other ways not tolerated and therefore kept secret, thereby limiting access to HIV/AIDS prevention and care. People who are unemployed, legal and illegal migrant workers, displaced populations and children living in especially difficult circumstances are often marginalized and denied their rights in relation to access to essential information, education and services, and as a result find themselves more likely to be exposed to HIV infection and its health consequences. Likewise, people living in rural communities are often disadvantaged with respect to access to education, health and social services.

10. Attention to human rights through political leadership has helped to overcome social and cultural inhibitions and has fostered more equal and effective responses to the epidemic. Concrete immediate steps towards longer term change, including the elimination of laws and policies that intentionally or unintentionally discriminate against vulnerable populations, have both enhanced the protection of rights and helped reduce vulnerability. The vulnerability of children and young people to infection has been lessened when families, schools, and communities were able to impart life-skills education (for youth both in-school and out-of-school), provide access to youth-friendly reproductive and sexual health services and offer education on ways to prevent harmful drug use and reduce the consequences of abuse. Innovative community initiatives have helped reduce the vulnerability of children affected by HIV/AIDS, in particular orphans, and the impact of the epidemic on their survival and development. The needs of this ever-growing population call for a bold national and international response grounded in human rights principles and sound public health.

Impact and impact reduction

11. In many places, the impact of HIV/AIDS, including its social and economic impact, has been far-reaching. Families and communities have become impoverished, agricultural and economic productivity diminished, employment discrimination rampant, educational institutions and opportunities eroded and health systems and care providers overburdened. One pertinent example to reducing impact is realization of the right to the highest attainable standard of health in the context of HIV/AIDS. It entails an obligation to provide effective and adequate care, treatment and support — including the management of opportunistic infections and access to antiretroviral therapies and other forms of care. Human rights confer obligations on Governments to take steps to ensure that all persons have equal access to necessary drugs, goods and services on a basis of non-discrimination.⁸ Progressing towards this goal requires structures and resources that may not be immediately available to cover their needs. Human rights obligations include the realization of equal, non-discriminatory access to prevention, comprehensive care, treatment and support, in relation to the available resources of the state, and in cooperation with the international community. Recent efforts by Governments, non-governmental organizations, the international community and civil society significantly brought down the cost of medicines needed to prevent and treat HIV/AIDS and related diseases. These efforts have thus far lead only to a small increase in the number of people with access to HIV/AIDS treatments in lower income countries. Yet, small-scale projects have shown promise for resource-constrained settings and may pave the way for sustained and effective treatment. The realization of human rights in the context of HIV/AIDS care, treatment and support places an obligation on governments and the international community to fulfil progressively the health needs of people living with and affected by HIV/AIDS and to set benchmarks against which progress can be measured.⁹

III. Implementing the Declaration of Commitment: applying human rights principles

12. Genuinely bringing human rights into implementation of the Declaration of Commitment

requires a commitment to the principles of non-discrimination, equality and participation in all HIV/AIDS-related efforts. This will help strengthen the capacity of Member States to respond more effectively to the epidemic, fulfilling their commitments toward the public health of individuals while progressively realizing — in relation to their available resources and in cooperation with the international community — their already agreed to international human rights obligations.

Ensuring non-discrimination

13. Member States should ensure that national laws, policies and practices do not discriminate in the ways they are written or as applied, in all sectors, including the health and social sector. Non-discrimination must guide the realization of other rights such as association, travel, residence, education, employment, social services and health care towards people living with or affected by HIV/AIDS, and all other vulnerable individuals defined in the Declaration of Commitment, including:

- Children living with HIV;
- Women;
- Migrant workers, refugees and internally displaced persons;
- Minorities (ethnic, racial, religious, linguistic, sexual or political).

Enhancing equality

14. Member States should ensure that national laws, policies and practices enhance equality on the basis of gender and other social characteristics, with particular attention to geographic and socio-economic disparities and the evolving capacity of children with respect to the following:

- Primary and secondary education;
- Health care information, care, treatment and services, including but not limited to voluntary counseling and HIV testing, safe blood, prevention services and commodities (male and female condoms, microbicides) and the continuum of affordable clinical, community and home-based care and treatment (including access

to antiretrovirals and other medications), psychosocial support and counseling, as well as essential legal, educational, and social services;¹⁰

- Sexuality, sexual health and reproductive health education programmes, and access to the accuracy of scientific information and to newly discovered technologies;
- Participation in research, including enrolment in clinical trials, with attention to the participation of particularly vulnerable groups as defined in the Declaration of Commitment;
- Fair allocation of resources necessary to enhance the response to HIV/AIDS.

Expanding participation

15. Member States should ensure that the development and implementation of HIV/AIDS-related national laws, policies and practices reinforce the mechanisms for and involve the participation of:

- People living with HIV to ensure that they are agents, not merely objects of prevention, care, treatment programmes, policy and research;
- People, including young people, affected by and vulnerable to HIV, as defined by the Declaration of Commitment, to ensure effectiveness of programmes that are intended for them;
- Non-governmental organizations and other civil society partners that work across the social, economic and health sectors, locally, nationally and internationally;
- National human rights institutions, as they are vital to the promotion and protection of HIV/AIDS related human rights.

Conclusion

16. HIV/AIDS has become a global crisis. The epidemic kills millions, destroys families and communities and renders millions of children parentless. It threatens the social and economic fabric of many nations. Respecting, protecting and fulfilling the human rights of all individuals is indispensable to reducing the rates of infection, expanding access to care and treatment and mitigating the impact of the epidemic. Nations must ensure the integration of

human rights in their individual and collective responses to HIV/AIDS. Bringing about an end to the HIV/AIDS epidemic cannot wait, and the time to move ahead is now.

Notes

¹ World Health Assembly resolution 40.26 of 15 May 1987.

² See, for example, General Assembly resolution 42/8 of 26 October 1987.

³ See, for example, World Health Assembly resolution 54.10 of 21 May 2001, entitled "Scaling up the response to HIV/AIDS".

⁴ HR/PUB/98/1. The guidelines were produced at the Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, jointly organized by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and UNAIDS. They offer concrete measures that could be taken to protect human rights and health, in line with Member States international human rights obligations. While in many resolutions the General Assembly has urged countries to implement the guidelines, they are not legally binding.

⁵ Framework for Global Leadership on HIV/AIDS (UNAIDS/PCB (10)/00.3), December 2000.

⁶ Key actions for the further implementation of the programme of action. General Assembly resolution S-21/2, annex, para. 67.

⁷ See A/55/779, chap. V on key lessons learned and elements of a successful response.

⁸ See, especially, Commission on Human Rights resolution 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS: "[P]revention and comprehensive care and support, including treatment and access to medication for those infected and affected by pandemics such as HIV/AIDS, are inseparable elements of an effective response ...]"

⁹ Ibid.: "[A]ccess to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS is one fundamental element for achieving progressively the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health."]

¹⁰ See, for example, Committee on Economic, Social and Cultural Rights general comment 14 on the right to the highest attainable standard of health.



ภาคผนวก ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ประกาศกระทรวงแรงงาน

เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและ การจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการเป็นไปอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถลดผลกระทบของปัญหาเอดส์ต่อคุณภาพชีวิตของแรงงาน ผลประกอบการของสถานประกอบกิจการ ต่างๆ รวมถึงการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ

กระทรวงแรงงาน โดยคณะกรรมการพัฒนานโยบายการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ซึ่งเป็นคณะกรรมการพหุภาคี จึงได้ดำเนินการจัดทำแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการขึ้น โดยใช้ชื่อว่า แนวปฏิบัติการป้องกันและ จัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ เพื่อให้สถานประกอบกิจการทุกประเภท ทุกขนาด ทั้งใน ระบบและนอกระบบ สามารถนำแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการไปใช้ เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการของตนได้โดย สมัครงใจ เพื่อที่สถานประกอบกิจการจะไม่สูญเสียบุคลากรที่มีคุณภาพ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน และก่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของสถานประกอบกิจการที่มีต่อสังคม ในการส่งเสริมให้ลูกจ้างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพเพียงพอที่จะสนับสนุนขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ อันจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวม ทั้งนี้ แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถาน ประกอบกิจการ มีสาระสำคัญแบ่งได้เป็น ๒ ส่วนหลัก คือ

๑. เรื่องสิทธิแรงงานและการคุ้มครอง ซึ่งมีเนื้อหาอ้างอิงมาจากแนวปฏิบัติเรื่องโรค เอดส์ในโลกแห่งการทำงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization:ILO) ปฏิญญาสากลว่าด้วยความตกลงร่วมกันเรื่องโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (United Nation General Assembly Special Session, June 2001 : UN GASS) โดยอยู่บนกรอบของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ กฎหมายแรงงาน และกฎหมายอื่นของประเทศไทย ที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการตรวจเอดส์ของคณะกรรมการแห่ง ชาติว่าด้วยการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วย เพื่อที่จะให้นายจ้าง สนับสนุนให้ลูกจ้างได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการ

ได้รับความคุ้มครองบนหลัก การ พื้นฐานของการ ไม่เลือกปฏิบัติ หรือแบ่งแยก กีดกัน ริดรอนสิทธิ ของลูกจ้างซึ่งติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

๒ . ระบบการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ซึ่งเป็นวิธีการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์ในสถานประกอบการ การกำหนด นโยบาย ด้านเอดส์ในสถานประกอบการ การลดผลกระทบของปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ การช่วย เหลือดูแลลูกจ้างซึ่งติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว รวมถึงผู้ที่ได้รับ ผลกระทบจาก เอดส์ และการจัดการเลือก ปฏิบัติต่อลูกจ้างซึ่งติดเชื้อเอชไอวี หรือได้รับผลกระทบจากเอดส์

กระทรวงแรงงาน จึงขอประกาศแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถาน ประกอบกิจการ รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ให้สถานประกอบการทั้งหลายได้ทราบและนำไป ปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(นางอุไรวรรณ เทียนทอง)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการประชุม

คณะอนุกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาความยากจน

ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘

วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ณ ห้องประชุมกระทรวงยุติธรรม

คณะอนุกรรมการปรับปรุงกฎหมายตามยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาความยากจน มีมติเห็นชอบให้มีการพัฒนากฎหมาย ดังนี้

๑. จัดทำกฎหมายให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๔๖ และ มาตรา ๕๖ ได้แก่

๑.๑ ร่างพระราชบัญญัติการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนท้องถิ่น พ.ศ.

(เพื่อรองรับสิทธิชุมชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดโดยการกำหนดระดับและขอบเขตในการใช้สิทธิของชุมชนเพื่อขยายโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน)

๑.๒ ร่างพระราชบัญญัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการใช้อำนาจมหาชนของรัฐที่มีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น พ.ศ.

(เพื่อรองรับสิทธิของบุคคลในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชน ในการจัดการ การบำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และในกระบวนการใช้อำนาจมหาชนของรัฐที่มีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ ให้เป็นไปตามหลักการของรัฐธรรมนูญ)

๒. พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

๓. พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ยากจนหรือด้อยโอกาสในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเข้าถึงทรัพยากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างยุติธรรม เสมอภาคและทั่วถึง)

๔. พัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองแรงงานที่อยู่นอกระบบให้ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงานหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๔.๑ ผู้ประกอบอาชีพขับรถยนต์แท็กซี่ รถยนต์สี่ล้อเล็กรับจ้าง และรถยนต์รับจ้างสามล้อ

๔.๒ ผู้ประกอบอาชีพธุรกิจพิเศษ(ในสถานบันเทิง)

๔.๓ ผู้ประกอบอาชีพงานบ้าน

๕. จัดทำกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคเอดส์



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการประชุม

การประชุมซักซ้อมความเข้าใจและรายงานความคืบหน้าการดำเนินงาน
ของฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการพัฒนากฎหมายและคณะเจรจาข้อตกลงฯ ทุกคณะ
วันพฤหัสบดีที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘ เวลา ๑๔.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมคณะรัฐมนตรี สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล

.....

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ เนื่องจากนายกรัฐมนตรีและรองนายกรัฐมนตรี (นายวิษณุ
 เครืองาม) ตัดภารกิจที่รัฐสภา จึงได้มีคำสั่งเลื่อนการประชุมคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติว่าด้วย
 การพัฒนากฎหมาย ในวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๘ ออกไปก่อน

๑.๒ การพัฒนากฎหมายได้บรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๖ ของ
 แผนบริหารราชการแผ่นดิน จึงเป็นนโยบายให้ดำเนินการ ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๕๑)

ระเบียบวาระที่ ๒ รายงานความคืบหน้าการดำเนินงานและซักซ้อมความเข้าใจ

๒.๑ รายงานความคืบหน้าในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ
 แต่ละคณะ ซึ่งฝ่ายเลขานุการของแต่ละคณะสรุปความคืบหน้าในการดำเนินงาน ดังนี้

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๑ มีกฎหมายที่เสนอเข้ามาในแผนพัฒนากฎหมาย
 ๓ ฉบับ ได้แก่

๑. กฎหมายเกี่ยวกับการจัดที่ดินให้กับประชาชน
๒. กฎหมายว่าด้วยมาตรฐานการออกเอกสารสิทธิในที่ดินของรัฐ
๓. กฎหมายว่าด้วยเอกสารสิทธิในที่ดินระบบเดี่ยว

ได้มีการอนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดจ้างและตรวจรับ ขณะนี้อยู่ระหว่างการขออนุมัติ
 ต่อประธานเพื่อจัดจ้างอาจารย์อิทธิพล ศรีเสาวลักษณ์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นผู้ศึกษาวิจัย
 และยกร่างกฎหมายให้แล้วเสร็จทั้ง ๓ ฉบับ ภายใน ๒๕๐ วัน

ประธานฯ ขอให้ยกร่างกฎหมายให้แล้วเสร็จก่อนเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๙

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๒ มีกฎหมายที่เสนอเข้ามาในแผนพัฒนากฎหมาย
 ๖ ฉบับ ได้แก่

๑. กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนท้องถิ่น
๒. กฎหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการใช้อำนาจมหาชน
 ของรัฐที่มีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น

- ๒ -

๓. กฎหมายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการคุ้มครองและการสร้างเสริมพลังผู้บริโภค
๔. กฎหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมการประกอบธุรกิจรถยนต์รับจ้างสาธารณะและคุ้มครองผู้ประกอบการอาชีพขับรถยนต์รับจ้างสาธารณะ
๕. กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
๖. กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ

คณะอนุกรรมการฯ เห็นชอบแล้วทั้ง ๖ ฉบับ และอยู่ระหว่างการขอความเห็นชอบในการจัดจ้างผู้ศึกษาวิจัยในการยกร่างกฎหมาย คาดว่าฉบับที่ ๑ - ๒ จะแล้วเสร็จประมาณกลางปี พ.ศ. ๒๕๕๙ และฉบับที่ ๓ - ๖ จะแล้วเสร็จประมาณเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ประธานฯ เสนอให้พิจารณาจัดทำประมวลกฎหมายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาคาความยากจนตามนโยบายของรัฐบาลด้วย

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๓ มีกฎหมายที่เสนอเข้ามาในแผนพัฒนากฎหมาย ๓ เรื่อง ได้แก่

๑. กฎหมายที่แก้ไขปัญหาการทำ การใช้ และการเก็บรักษาเอกสารในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ให้ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดจ้าง NECTEC เป็นผู้ศึกษาวิจัย
 ๒. กฎหมายเกี่ยวกับระบบโลจิสติกส์
 ๓. กฎหมายเกี่ยวกับการตอบโต้การทุ่มตลาดและการอุดหนุนซึ่งสินค้าจากต่างประเทศ และได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติกำหนดมาตรการป้องกันการนำเข้าสินค้าที่เพิ่มขึ้นเสร็จแล้ว
- ประธานฯ เสนอแนะว่าอาจารย์นันท์วัฒน์ ปริมาณันท์ เป็นผู้มีความรู้และศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย ดังนั้น อาจติดต่อประสานงานให้ร่วมเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำประมวลกฎหมายเกี่ยวกับระบบการขนส่งทั้งหมด โดยอาจตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง โดยเชิญกระทรวงและกรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมงานกัน

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๔ มีกฎหมาย ๔ ฉบับ ที่อยู่ระหว่างการศึกษาและยกร่างกฎหมาย ได้แก่

๑. ร่างกฎหมายกลางว่าด้วยระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์ของหน่วยงานราชการ
๒. ร่างกฎหมายว่าด้วยระบบศาลและระบบวิธีพิจารณาคดีเล็กน้อย
๓. ร่างกฎหมายกลางว่าด้วยระบบการอุทธรณ์ฎีกาและการออกคำวินิจฉัยชี้ขาดของศาล
๔. ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง (ฉบับที่ ..) พ.ศ. (แก้ไขระบบการบังคับชำระหนี้)

/คณะ ...

- ๓ -

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๕ มีกฎหมายที่จะดำเนินการ ๓๗ ฉบับ และ ๒ โครงการ เนื่องจากมีการดำเนินการซ้ำซ้อนกับส่วนราชการ จึงเหลือกฎหมายที่จะดำเนินการปรับปรุงจำนวน ๑๙ ฉบับ โดยมีการพิจารณาแล้วว่า จะปรับปรุงกฎหมายแต่ละฉบับอย่างไรและมีการร่างกฎหมายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว ๕ ฉบับ และขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลการอนุมัติ อนุญาต การจดทะเบียนในเรื่องต่าง ๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงคมนาคม ซึ่งจะเสนอขออนุมัติโครงการต่อประธานเร็ว ๆ นี้ นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๕ ได้เสนอผลการวิจัยกฎหมายล้มละลายและยกร่างกฎหมายล้มละลายมาเพื่อพิจารณา ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีจะได้นำเสนอให้คณะกรรมการนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนากฎหมายพิจารณาต่อไป

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๖ มีเรื่องที่จะดำเนินการ ๔ เรื่อง ได้แก่

๑. การจัดทำหลักสูตรนักกฎหมายภาครัฐ ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ เห็นชอบแล้ว
๒. การจัดทำระบบค่าตอบแทนนักกฎหมายภาครัฐ ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินงานของสำนักงาน ก.พ.
๓. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรี ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ ๑๓ ฉบับ
๔. โครงการ ๔ โครงการ อยู่ระหว่างศึกษาวิจัย เช่น กฎหมายที่กำหนดวันสิ้นสุดระยะเวลาการบังคับใช้ เป็นต้น

ประธานฯ กล่าวว่า รูปแบบของหน่วยงานที่จะดำเนินการพัฒนานักกฎหมายภาครัฐนั้นมีแนวคิดที่จะจัดตั้งเป็นหน่วยงานที่มีลักษณะเป็น SDU อยู่ในสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการกำกับหลักสูตร โดยอาจให้สถาบันหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เป็นหน่วยงานที่รับไปจัดอบรมตามหลักสูตรได้

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๗ มี ๕ โครงการ ได้แก่

๑. กฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดทำประมวลกฎหมาย
๒. ร่างระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดทำประมวลกฎหมาย
๓. การทำประมวลกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา (Compilation)
๔. ประมวลกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญานับอ้างอิง (Codification)
๕. การจัดกลุ่มประมวลกฎหมาย

ประธานฯ ขอให้จัดทำกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการการจัดทำประมวลกฎหมายให้แล้วเสร็จโดยเร็วที่สุด โดยอาจเสนอร่างกฎหมายมาก่อนเพื่อเสนอต่อสภาฯ

/คณะ ...

- ๔ -

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๘ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแยกคดีพาณิชย์ออกจากคดีแพ่ง ได้จัดทำร่างกฎหมายเกี่ยวกับการจัดตั้งศาลพาณิชย์และกฎหมายเกี่ยวกับล้มละลายเสร็จเรียบร้อยแล้ว ประธานฯ มีข้อเสนอแนะให้ส่งร่างกฎหมายให้สภาหอการค้าและสภาอุตสาหกรรมแสดงความคิดเห็นและให้เสนอร่างกฎหมายดังกล่าวเป็นตัวอย่างต่อสภาฯ และในส่วนของร่างประมวลกฎหมายพาณิชย์ให้ศึกษาประมวลกฎหมายพาณิชย์ของเยอรมัน ญี่ปุ่นและฝรั่งเศส เพื่อให้สามารถเสนอร่างประมวลกฎหมายพาณิชย์ภายในปีหน้าได้ นอกจากนี้ ประธานฯ ได้ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมเกี่ยวกับเขตอำนาจศาล (Jurisdiction) และชื่อของศาล รวมทั้งตั้งข้อสังเกตว่า ไม่ควรโอนอำนาจในการพิจารณาการจดทะเบียนพาณิชย์ให้กับ อบต.

คณะอนุกรรมการฯ คณะที่ ๑๐ ได้ออกจดหมายข่าวมาแล้ว ๒ ฉบับ ขณะนี้ฉบับที่ ๓ อยู่ระหว่างดำเนินการ และมีผู้เข้าชม Website จำนวน ๓๘,๗๐๐ ราย แสดงความคิดเห็นมา ๑๘๐ หัวข้อ

ประธานฯ ขอให้ส่ง Link ลงใน Website ต่าง ๆ ด้วยเพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้แสดงความคิดเห็นและรับทราบถึงความเคลื่อนไหวต่าง ๆ

นอกจากนี้ ประธานฯ ได้ขอให้ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ดำเนินการ ดังนี้

๑. สรุปหลักการ เนื้อหา และสถานะการดำเนินการของร่างกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบตามแผนพัฒนากฎหมายประมาณ ๑ - ๒ หน้า แล้วส่งให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรับฟังความคิดเห็นจากรัฐสภา
๒. ร่างกฎหมายฉบับใดดำเนินการเสร็จแล้ว ให้ส่งมายังสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี โดยด่วน ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘
๓. เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญกฎหมายในด้านต่าง ๆ จะได้รับแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว จึงอาจมีปัญหาในการว่าจ้างอนุกรรมการฯ เหล่านี้เป็นผู้ศึกษา วิจัย หรือยกร่างกฎหมาย แนวทางที่สามารถดำเนินการได้ คือ มอบหมายให้มูลนิธิ เช่น มูลนิธิพัฒนากฎหมาย ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาหรือกระทรวงพาณิชย์ หรือมูลนิธิอื่นเป็นผู้รับจ้างศึกษา วิจัย หรือยกร่างกฎหมายแทน

มติที่ประชุม รับทราบรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ และเห็นชอบให้ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ ดำเนินการตามที่ประธานฯ เสนอ

๒.๒ รายงานความคืบหน้าในการดำเนินงานของคณะเจรจา ข้อตกลงฯ แต่ละคณะ ซึ่งฝ่ายเลขานุการของแต่ละคณะสรุปความคืบหน้าในการดำเนินงาน ดังนี้

/คณะที่ ...

- ๕ -

คณะที่ ๑ มีหน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักนายกรัฐมนตรี ๘ หน่วยงาน ไม่มีกฎหมายที่เสนอพัฒนา ๒ หน่วยงาน คือ สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติและสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี โดยการดำเนินการของร่างกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นไปตามกำหนดเวลาในแผนยกเว้นพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล

ประธานฯ มีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติไม่เสนอแก้ไขระเบียบว่าด้วยการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๑๗ จึงให้สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติเสนอแก้ไขกฎหมายดังกล่าวในปีหน้าด้วย โดยให้สำนักงานข่าวกรองแห่งชาติและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทบทวนระเบียบดังกล่าว รวมทั้ง ให้เสนอร่างประมวลกฎหมายความมั่นคงในปีหน้าด้วย

คณะที่ ๒ การดำเนินการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดในแผน

ประธานฯ ขอให้ทำสรุปหลักการและผลการดำเนินงานประมาณ ๑ หน้า ถึง ๑ หน้าครึ่ง เพื่อรายงานต่อคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติว่าดำเนินการอยู่ในช่วงใด

คณะที่ ๓ การดำเนินการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดในแผน

ประธานฯ ขอให้เร่งรัดกระทรวงพาณิชย์เสนอร่างกฎหมายด้วย

คณะที่ ๔ การดำเนินการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดในแผน และอยู่ระหว่างประเมินแผนฯ

ประธานฯ ขอให้ฝ่ายเลขานุการฯ ประเมินแผนให้แล้วเสร็จภายในสัปดาห์หน้า

คณะที่ ๕ - ๑๐ การดำเนินการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดในแผน

ประธานฯ มีข้อเสนอแนะว่า ควรทำตารางตรวจสอบว่าการดำเนินการของกระทรวงเป็นไปตามแผนหรือไม่ และมีกฎหมายเสนอเข้ามาแล้วจำนวนกี่ฉบับเพื่อใช้ในการดำเนินการตามมติที่ประชุมของระเบียบวาระที่ ๒.๑ และ ๒.๓ โดยมอบให้นายนิสิต จันทรสมวงศ์ เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำแบบประเมิน

มติที่ประชุม รับทราบรายงานความคืบหน้าการดำเนินงานของคณะเจรจาฯ และเห็นชอบตามที่ประธานฯ เสนอ

๒.๓ ชักซ้อมความเข้าใจในการเสนอความเห็นเกี่ยวกับ

ร่างกฎหมายตามแผนพัฒนากฎหมายแห่งชาติ

ประธานฯ ได้ให้แนวทางในการดำเนินการของฝ่ายเลขานุการของคณะเจรจาฯ ดังนี้

๑. กรณีที่สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ขอความเห็นเกี่ยวกับร่างกฎหมาย ให้แจ้งคณะเจรจาฯ ทราบด้วยว่า ให้พิจารณาเฉพาะประเด็นความสอดคล้องกับแผนพัฒนากฎหมายและความสอดคล้องกับกรอบ ๓ หลักการ ๑๕ แนวทาง โดยไม่ต้องพิจารณาในรายละเอียดของเนื้อหา

/๒. . . .

- ๖ -

๒. ให้ประสานกับส่วนราชการสรุปหลักการ เนื้อหา และสถานะการดำเนินการของร่างกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ ตามแผนพัฒนากฎหมายประมาณ ๑ - ๒ หน้า แล้วส่งให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการรับฟังความคิดเห็นจากรัฐสภา และหากส่วนราชการใดยังไม่ได้ดำเนินการตามแผนพัฒนากฎหมายก็จะมีหนังสือสอบถามไปยังรัฐมนตรีกระทรวงนั้น ๆ

๓. ให้ประเมินแผนพัฒนากฎหมายให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘
มติที่ประชุม เห็นชอบตามแนวทางที่ประธานฯ กำหนด

๒.๔ เร่งรัดการเบิกจ่ายเงินของคณะอนุกรรมการฯ และ

คณะเจรจาข้อตกลงฯ

ประธานฯ ขอให้คณะอนุกรรมการฯ ที่ดำเนินการตามแผนพัฒนากฎหมายและสามารถเบิกจ่ายเงินงบประมาณได้แล้วให้เร่งเบิกจ่าย และเสนอว่าหากมีเงินงบประมาณเหลือจ่ายอาจนำมาใช้เพื่อดำเนินการใน ๒ ส่วน คือ

๑. จัดจ้างบุคคลหรือคณะบุคคลเพื่อจัดทำประมวลกฎหมายที่รัฐบาลต้องการเร่งด่วน
๒. เสนอคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนากฎหมายให้จัดสรรเงิน

จำนวนนี้ให้ส่วนราชการตามผลงานในการพัฒนากฎหมาย

มติที่ประชุม รับทราบ

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

(นายอำนาจ พัวเวส)

นิติกร ๘ ๖

ผู้จัดบันทึกสรุปผลการประชุม

(นายศิริ เลิศธรรมเทวี)

ผู้อำนวยการสำนักนิติธรรม

ผู้ตรวจบันทึกสรุปผลการประชุม



ภาคผนวก ช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร่าง
พระราชบัญญัติ
คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
พ.ศ.

.....
.....
.....

.....
.....
.....

โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

.....
.....
.....

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้
“โรคเอดส์” หมายความว่า โรคอันเกิดจากเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้มีอาการของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอันเป็นเหตุทำให้ติดเชื้อโรคอื่นได้ง่าย มีชื่อเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Acquired ImmuneDeficiency Syndrome (AIDS)

“เชื้อเอชไอวี” หมายความว่า ไวรัสชื่อ ฮิวแมน อิมมิวโน เดฟิเซียนซี (Human Immunodeficiency Virus) ที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์

“การตรวจโรค” หมายความว่า การตรวจโรคเอดส์ตามกรรมวิธีของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และให้หมายความรวมถึงการเจาะเลือดเพื่อตรวจ โรคเอดส์หรือการกระทำอื่นใดเพื่อตรวจ โรคเอดส์ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

“ผู้ติดเชื้อ” หมายความว่า ผู้ที่มีผลการตรวจ โรคยืนยัน ได้ว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือมี เหตุเป็นที่สงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้วินิจฉัยแล้วว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอ วีหรือเป็นผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และให้หมายความรวมถึงผู้ป่วยเอดส์

“ผู้ป่วยเอดส์” หมายความว่า ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการของโรคเอดส์

“กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ” หมายความว่า กลุ่มบุคคลที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าบุคคลทั่วไปเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล และให้หมายความรวมถึง เจ้าพนักงานสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานด้าน สาธารณสุขเฉพาะที่เกี่ยวกับการแพทย์และบริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะมีความหมายว่าด้วยวิชาชีพ ควบคุมหรือไม่

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานตามกฎหมายว่าด้วย ระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นใดของรัฐและสภากาชาดไทย

“สถานพยาบาลเฉพาะ” หมายความว่า สถานพยาบาลที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้ เป็นสถานพยาบาลเพื่อตรวจและบำบัดรักษาโรคเอดส์

“สถานสงเคราะห์พิเศษ” หมายความว่า สถานที่ซึ่งรัฐมนตรีจัดตั้งหรือประกาศ กำหนดให้เป็นสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดเชื้อ ตามหมวด ๕

“โรงแรม” หมายความว่า โรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนโรคเอดส์

“เจ้าพนักงานสาธารณสุข” หมายความว่า เจ้าพนักงานซึ่งมีหน้าที่ตรวจตราดูแลและ รับผิดชอบในการสาธารณสุขที่รัฐมนตรีแต่งตั้งให้มีอำนาจหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้หมายความรวมถึงเจ้าพนักงานอื่นที่รัฐมนตรีแต่งตั้งให้มีอำนาจหน้าที่ดังกล่าวด้วย

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตาม พระราชบัญญัตินี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการโรคเอดส์แห่งชาติ

“อธิบดี” หมายความว่า อธิบดีกรมควบคุมโรค

“ผู้ว่าราชการจังหวัด” มิให้หมายความรวมถึง ผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานคร
 “รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้
 และให้มีอำนาจแต่งตั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขและพนักงานเจ้าหน้าที่ และออกกฎกระทรวงและ
 ประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวงและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราช
 กิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

มาตรา ๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ให้กรรมการ อนุกรรมการ
 คณะทำงาน เจ้าพนักงานสาธารณสุข และพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมาย
 อาญา

หมวด ๑

บททั่วไป

ส่วนที่ ๑

หลักการพื้นฐาน

มาตรา ๖ รัฐต้องส่งเสริมและให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุ การแพร่
 เชื้อและวิธีการป้องกันและควบคุม โรคเอดส์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ตลอดจนรณรงค์ให้สังคมและ
 ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 เพื่อให้เกิดการยอมรับและอยู่ร่วมกันในสังคม

มาตรา ๗ รัฐต้องจัดให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์และความรู้ทางระบาด
 วิทยาในสถานศึกษาทุกระดับ

มาตรา ๘ รัฐต้องให้การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อโรค
 เอดส์อย่างเท่าเทียมกันกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคอื่น ภายใต้หลักการดังนี้

(๑) ห้ามบังคับการตรวจเชื้อเอชไอวี เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่ง
 กฎหมาย

(๒) สิทธิส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องได้รับการคุ้มครอง

(๓) ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

๔

(๔) ผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องได้รับหลักประกันสุขภาพและการสาธารณสุขพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกับบุคคลอื่น

มาตรา ๕ รัฐต้องส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยอย่างสูงสุดและจัดให้มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข พนักงานเจ้าหน้าที่ ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

มาตรา ๑๐ รัฐต้องดำเนินการหรือใช้มาตรการอย่างสร้างสรรค์ในการกำจัดเงื่อนงำใด ๆ ที่จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของการติดเชื้อเอชไอวี

มาตรา ๑๑ รัฐต้องยอมรับและสนับสนุนในห้วงศักราชเอกชนมีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลและให้ความรู้และการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์ขององค์กรเหล่านั้นเพื่อเตือนถึงภัยของโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป

ในการสนับสนุนองค์กรภาคเอกชนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

ส่วนที่ ๒

คณะกรรมการ

มาตรา ๑๒ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการ โรคเอดส์แห่งชาติ” ประกอบด้วย

- (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ
- (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ
- (๓) กรรมการ โดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนกระทรวงแรงงาน ผู้แทนกระทรวงวัฒนธรรม ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ

(๔) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนไม่เกินเก้าคน ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งให้อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่จากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ จำนวนไม่เกินสองคน

๕

มาตรา ๑๓ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๑๒ จะต้องแต่งตั้งจากตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตัวแทนองค์กรภาคเอกชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในด้านโรคเอดส์ ในจำนวนใกล้เคียงกันให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับการแต่งตั้งใหม่ได้แต่จะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้

ในระหว่างที่ยังมิได้แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการเท่าที่มีอยู่

มาตรา ๑๔ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสามสิบปี
- (๓) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (๔) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นความผิด

ลหุโทษหรือความผิดอันได้กระทำโดยประมาท

มาตรา ๑๕ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระมาตรา ๑๓ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๔
- (๔) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะมีความประพฤติเสื่อมเสีย บกพร่อง หรือไม่สุจริตต่อ

หน้าที่หรือหย่อนความสามารถ

ในกรณีที่กรรมการพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ คณะรัฐมนตรีอาจแต่งตั้งผู้อื่นเป็นกรรมการแทนได้และให้ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

มาตรา ๑๖ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอนโยบายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ตลอดจนนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศให้มีประสิทธิภาพเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทันต่อสถานการณ์ โดยคำนึงถึงหลักการพื้นฐานตามส่วนที่ ๑ ของหมวด ๑ ต่อกองรัฐมนตรี

(๒) นำนโยบายตาม (๑) มากำหนดแผนงานและมาตรการสำหรับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และผู้เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีแล้วแต่กรณี และเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตาม

(๓) ควบคุม กำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็นไปตามนโยบาย แผนงาน และมาตรการที่กำหนดไว้

(๔) ประสานงานและแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในการดำเนินงานคุ้มครอง ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

(๕) พิจารณาเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ผู้เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ตลอดจนประชาชนทั่วไป เพื่อประสานงานและดำเนินการแก้ไขต่อไป

(๖) ให้คำแนะนำในการออกประกาศตามมาตรา ๒๘ และการจัดตั้งหรือประกาศกำหนดสถานพยาบาลเฉพาะและสถานสงเคราะห์พิเศษตามมาตรา ๕๘ และมาตรา ๖๑

(๗) จัดทำและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติของกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในเรื่องการรักษาความลับ การตรวจโรค การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป้องกันและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่บุคคลทั่วไปโดยไม่คำนึงถึงสัญชาติหรือเชื้อชาติของบุคคลเหล่านั้น

(๘) ประเมินผลและจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีเสนอต่อรัฐสภาและเปิดเผยต่อสาธารณชน

(๙) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามที่เห็นสมควร

(๑๐) ปฏิบัติการในเรื่องที่เกี่ยวกับการคุ้มครอง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๓ คณะกรรมการอาจวางระเบียบ ข้อบังคับ สำหรับการประชุมของคณะกรรมการเป็นการเฉพาะเรื่องหรือทั่วไปก็ได้ หากไม่มีระเบียบ ข้อบังคับ กำหนดไว้เป็นอย่างอื่น การประชุมของคณะกรรมการให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมคณะกรรมการ

ในกรณีที่กรรมการคนใดเสนอเรื่องเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา คณะกรรมการต้องจัดให้มีการประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องที่เสนอนั้น โดยเร็ว

มาตรา ๑๔ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุมของคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการและรองประธานกรรมการไม่มาประชุม หรือไม่อยู่ในที่ประชุม ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุมการวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งเสียงเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๕ คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ คณะทำงาน หรือองค์ร ภาคเอกชนเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

การประชุมของคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานตามวรรคหนึ่ง ให้นำความใน มาตรา ๑๗ และ ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๒๐ ในการปฏิบัติหน้าที่ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน อาจขอให้หน่วยงานภาครัฐ องค์การที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของรัฐจัดส่งเอกสาร ข้อมูล และชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาได้ตามความจำเป็น

มาตรา ๒๑ ให้กรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ ได้รับค่าตอบแทนตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา ๒๒ ให้กรมควบคุมโรคเป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการและเป็น หน่วยงานในการดำเนินงานคุ้มครอง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ โดยเป็นหน่วยงานกลางและ หน่วยประสานงานในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๒๓ เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานของกรมควบคุมโรค นายกรัฐมนตรี อาจมีคำสั่งให้ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือกรมอาจขอให้คณะรัฐมนตรี มีมติให้พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ไปช่วยปฏิบัติงานเป็น เจ้าหน้าที่ของกรมได้โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานตามปกติ โดยจะให้ไปช่วย ปฏิบัติงานเต็มเวลาบางเวลาหรือนอกเวลาก็ได้

คณะรัฐมนตรีอาจกำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ไปช่วยปฏิบัติงานตามวรรคหนึ่งด้วยก็ได้

๒

หมวด ๒
การคุ้มครองผู้ติดเชื้อ

ส่วนที่ ๑

การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ

มาตรา ๒๔ การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ครอบครัวของบุคคลดังกล่าวและผู้ได้รับผลกระทบ ไม่ว่ากรณีใด ให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของบุคคลดังกล่าวเป็นสำคัญและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

มาตรา ๒๕ ห้ามบังคับให้ผู้ใดต้องรับการตรวจโรค หากไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้นั้นก่อน เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อความจำเป็นต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

(๒) เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

(๓) เพื่อการปฏิบัติตามกฎหมาย

มาตรา ๒๖ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องไม่ปฏิเสธการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติโดยวิธีการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อ โดยเหตุมีเชื้อเอชไอวี และต้องให้การรักษาพยาบาลและการปฏิบัติโดยวิธีการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้ออย่างเท่าเทียมกับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคอื่น

มาตรา ๒๗ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา ๒๘ การศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อ ต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ติดเชื้อก่อน และต้องดำเนินการใด ๆ เพื่อป้องกันผู้ติดเชื้อจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น ทั้งนี้ ผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อ โครงการศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อ และการดำเนินการศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

การศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อตามวรรคหนึ่ง ต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมและต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา ๒๙ หากการศึกษาวิจัยและการทดลองในผู้ติดเชื้อตามมาตรา ๒๘ ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียหายต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองต้องรับผิดชอบต่ออันตราย

๕

หรือผลเสียหายนั้น เว้นแต่ผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองจะพิสูจน์ได้ว่าอันตรายหรือผลเสียหายนั้นเกิดจากเหตุสุดวิสัย

มาตรา ๓๐ นายจ้างจะปฏิเสธผู้ติดเชื้อเข้าทำงานด้วยเหตุผลมีเชื้อเอชไอวีไม่ได้ เว้นแต่เป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีต่อผู้อื่น

การรับผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน ไม่เป็นการตัดสิทธินายจ้างในการกำหนดขอบเขตงานหรือเงื่อนไขในการทำงานของลูกจ้างผู้ติดเชื้อ เพื่อประโยชน์ในการประกอบกิจการของนายจ้าง

มาตรา ๓๑ ให้นายจ้างปฏิบัติต่อลูกจ้างผู้ติดเชื้อและลูกจ้างอื่นโดยเท่าเทียมกันในการจ้างงาน เว้นแต่ลักษณะหรือสภาพของงานไม่อาจปฏิบัติเช่นนั้นได้

มาตรา ๓๒ ห้ามนายจ้างกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ โดยใช้สถานะของการติดเชื้อเอชไอวีของลูกจ้าง เว้นแต่เพื่อประโยชน์ของผู้ติดเชื้อ หรือเพื่อความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย สุขภาพ หรือลักษณะงานของผู้ติดเชื้อ

- (๑) เลิกจ้างหรือพักงาน
- (๒) โยกย้ายหน้าที่การงานของลูกจ้าง
- (๓) ลดค่าจ้างหรือตัดค่าจ้าง
- (๔) ขัดขวางการทำงานของลูกจ้าง
- (๕) เรียกหรือรับเงินประกันการทำงานหรือเงินประกันความเสียหายในการทำงานจากลูกจ้าง

(๖) กระทำการใด ๆ อันอาจเป็นผลให้ลูกจ้างไม่สามารถทนทำงานอยู่ต่อไปได้

มาตรา ๓๓ ห้ามผู้ประกอบการธุรกิจประกันชีวิตปฏิเสธการทำประกันชีวิตของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเหตุมีเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ การประกันชีวิตของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการ กรมการประกันภัย และตัวแทนกลุ่มผู้ประกอบการประกันชีวิตกำหนดร่วมกัน เพื่อให้ได้แผนหรือโครงการประกันชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

มาตรา ๓๔ ห้ามสถานพยาบาล โรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการใดปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเหตุมีเชื้อเอชไอวี

มาตรา ๓๕ ห้ามบุคคลปฏิเสธการใช้สิทธิและเสรีภาพในการปฏิบัติศาสนบัญญัติหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อของผู้ติดเชื้อ โดยเหตุมีเชื้อเอชไอวี

มาตรา ๓๖ ห้ามผู้ปกครองกระทำการดังต่อไปนี้

- (๑) ทอดทิ้งเด็กผู้ติดเชื้อไว้ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือสถานพยาบาลหรือไว้กับบุคคลที่รับจ้างเลี้ยงเด็กหรือที่สาธารณะหรือสถานที่ใด ๆ

(๒) ละทิ้งเด็กผู้ติดเชื้อ ไว้ ณ สถานที่ใด ๆ โดยไม่จัดให้มีการป้องกันดูแลสวัสดิภาพ

หรือให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสม

(๓) จงใจหรือละเลยไม่ทำให้สิ่งที่เป็นแก่การดำรงชีวิตหรือสุขภาพอนามัยจนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็กผู้ติดเชื้อ

(๔) ปฏิบัติต่อเด็กผู้ติดเชื้อในลักษณะที่เป็นการเลี้ยงดูโดยมิชอบ

มาตรา ๓๗ ในกรณีผู้ปกครองกระทำการตามมาตรา ๓๖ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ในแต่ละจังหวัด เรียกผู้ปกครองมาทำทัณฑ์บนและให้วางประกันไว้เป็นจำนวนเงินตามสมควรแก่ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครอง โดยให้เรียกประกันไว้ได้ในระยะเวลาที่เห็นสมควรตามพฤติการณ์ของผู้ปกครองถ้ากระทำผิดทัณฑ์บนให้ริบเงินประกันเป็นของกองทุนโรคเอดส์ และให้ดำเนินการนำเด็กผู้ติดเชื้อ ไปอยู่ในการดูแลของสถานสงเคราะห์พิเศษตามพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่พนักงานเจ้าหน้าที่จะเห็นเป็นประการอื่น โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็กผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ

มาตรา ๓๘ ให้ผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้ต้องขัง ได้รับการรักษาพยาบาล การปฏิบัติโดยวิธีทางการแพทย์ และคำปรึกษาและแนะนำอย่างเท่าเทียมกับผู้ต้องขังอื่นเจ้าพนักงานเรือนจำต้องจัดให้มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายหรือการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

ส่วนที่ ๒

สิทธิของผู้ติดเชื้อ

มาตรา ๓๙ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขให้คำปรึกษาและแนะนำในการปฏิบัติตนและให้ความรู้ด้านสุขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนและหลังการตรวจโรค

มาตรา ๔๐ ผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และบุคคลทั่วไป มีสิทธิได้รับเข็มฉีดยาที่สะอาดและได้มาตรฐาน คุงยางอนามัย หรือเครื่องป้องกันโรคเอดส์อื่นใดจากรัฐ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๔๑ ให้ผู้ติดเชื้อได้รับ

- (๑) การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ
- (๒) การให้คำแนะนำปรึกษา
- (๓) การให้ยา หรือยาต้านไวรัสเอดส์
- (๔) กิจกรรมบำบัด (อาชีวะบำบัด)
- (๕) พฤติกรรมบำบัด

- (๖) จิตบำบัด
- (๗) สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด
- (๘) การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)
- (๙) การให้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วย
- (๑๐) การตรวจระดับภูมิคุ้มกัน(CD4)

มาตรา ๔๒ ผู้ติดเชื้อที่เป็นลูกจ้างหรือที่เคยเป็นลูกจ้างที่ทำงานให้กับสถานประกอบการธุรกิจและอุตสาหกรรมต่างๆ และครอบครัว มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ตามความจำเป็นเพื่อการฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพ และการศึกษาของบุตร ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายกำหนด

มาตรา ๔๓ หญิงผู้ติดเชื้ออาจยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ได้โดยไม่เป็นการกระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา หากเป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้

- (๑) การยุติการตั้งครรภ์กระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย และ
- (๒) เป็นกรณีที่ต้องกระทำเนื่องจากทารกในครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีเหตุต้องสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด

มาตรา ๔๔ เด็กผู้ติดเชื้ออาจได้รับยกเว้นไม่ต้องเข้าเรียนในสถานศึกษาหรือได้รับการผ่อนผันให้เข้าเรียนก่อนหรือหลังอายุตามเกณฑ์การศึกษาภาคบังคับ หากสภาพร่างกายเป็นอุปสรรคต่อการเรียน หรืออยู่ระหว่างต้องรักษาตัวไม่สามารถเข้าเรียนในสถานศึกษาเป็นระยะเวลาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาภาคบังคับ

มาตรา ๔๕ รัฐอาจจัดให้มีหลักสูตรการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กติดเชื้อขึ้นในสถานสงเคราะห์พิเศษ เพื่อวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเด็กผู้ติดเชื้อและให้โอกาสทางการศึกษาอย่างเท่าเทียมกับเด็กอื่น

มาตรา ๔๖ ในกรณีที่ผู้ปกครองตกอยู่ในสภาพไม่อาจให้การอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และพัฒนาเด็กผู้ติดเชื้อ ได้ไม่ว่าด้วยเหตุใด หรือไม่อาจป้องกันมิให้เด็กผู้ติดเชื้อ ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม พนักงานเจ้าหน้าที่อาจดำเนินการให้เด็กผู้ติดเชื้อ อยู่ใน การดูแลของสถานสงเคราะห์พิเศษตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔๗ ผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และประชาชนทั่วไป มีสิทธิเสนอเรื่องร้องเรียนหรือร้องทุกข์เกี่ยวกับการปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม การละเมิดสิทธิพื้นฐาน หรือการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ต่อคณะกรรมการ

๑๒

ส่วนที่ ๓
การรักษาความลับ

มาตรา ๔๘ ห้ามผู้ใดโฆษณาหรือเผยแพร่ทางสื่อมวลชนหรือสื่อสารสนเทศประเภทใด ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ ครอบครัวของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเจตนาที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของบุคคลดังกล่าว หรือเพื่อแสวงหาประโยชน์สำหรับตนเองหรือผู้อื่นโดยมิชอบ

มาตรา ๔๙ ผู้ใดได้รับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะโดยทางใด จะเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยปราศจากความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ติดเชื้อมิได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นการให้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยโดยไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลใด
- (๒) ต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อป้องกันการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย หรือเพื่อประโยชน์ในการสืบสวน การสอบสวน และการฟ้องคดี ไม่ว่าจะเป็คดีประเภทใดก็ตาม
- (๓) เป็นการให้ซึ่งจำเป็นเพื่อการป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต หรือสุขภาพของบุคคล
- (๔) ต่อศาลและเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐหรือบุคคลที่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะขอข้อเท็จจริงดังกล่าว
- (๕) กรณีอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมวด ๓

การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

มาตรา ๕๐ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อต้องแจ้งให้คู่สมรส คู่หมั้น หรือผู้ที่ตนมีเพศสัมพันธ์ด้วยทราบผลการตรวจโรคว่าตนติดเชื้อเอชไอวี ในโอกาสแรก ที่แจ้งได้

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีอำนาจแจ้งผลการตรวจโรคของผู้ติดเชื้อต่อคู่สมรส หรือคู่หมั้นของผู้ติดเชื้อเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อก่อน

เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง คู่สมรส คู่หมั้น หรือผู้ที่ตนมีเพศสัมพันธ์
ด้วยต้องปฏิบัติตามมาตรา ๔๘

มาตรา ๕๑ ชายหรือหญิงที่กำลังจะสมรสมีสิทธิร้องขอให้ชายหรือหญิงอีกฝ่ายหนึ่ง
ทำการตรวจเลือดเพื่อรับทราบสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนสมรส

มาตรา ๕๒ ภายใต้บังคับมาตรา ๒๕ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีสิทธิ
รับทราบสถานะของการติดเชื้อเอชไอวีของผู้รับบริการทางการแพทย์ ก่อนให้การรักษาพยาบาลหรือ
การปฏิบัติทางการแพทย์แก่ผู้นั้น

มาตรา ๕๓ ห้ามมิให้ผู้ติดเชื้อ กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) ขาย ให้ หรือกระทำการใดๆ ในลักษณะเดียวกันซึ่งเลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่ง
หรือของเหลวอื่นใด เนื้อเยื่อ อสุจิ หรืออวัยวะของตนแก่ผู้อื่น

(๒) ใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับบุคคลอื่น

(๓) กระทำการค้าประเวณีหรือประกอบอาชีพอื่นใดอันอาจเป็นการแพร่เชื้อเอชไอวี
ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

(๔) ให้ผู้อื่นกระทำการเจาะเลือด ฉีดยา ผ่าตัด ทำฟัน ตรวจหรือรักษาโรคอื่นใด
โดยไม่แจ้งให้ผู้นั้นทราบว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อ

(๕) มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี

(๖) สมรสโดยมิได้แจ้งให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบว่าตนรู้หรือควรได้รู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อ

(๗) กระทำการอื่นใดอันก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี

มาตรา ๕๔ ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อ กระทำการใดตามมาตรา ๕๓ (๓) (๕) และ (๗) ให้
เจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจแยกหรือกักกันผู้ติดเชื้อ เพื่อประโยชน์ในการ
ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาลเฉพาะหรือในสถานสงเคราะห์พิเศษ ทั้งนี้
ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๕๕ เลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่ง หรือของเหลวอื่นใด อสุจิ เนื้อเยื่อ หรือ
อวัยวะอื่นใด ที่ได้มาจากผู้ใดไม่ว่าจะมีค่าตอบแทนหรือไม่ หากนำมาใช้ในการรักษาพยาบาล ต้อง
ได้รับการรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ตรวจว่าปลอดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๕๖ เจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบกิจการใดๆ ที่
อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวี ต้องจัดให้มีการป้องกันมิให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวี ตามหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๕๑ เมื่อปรากฏว่าเจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการกิจการใดๆ ที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวี ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๕๖ หลังจากได้รับคำเตือนเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่แล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานต่อผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดี

ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดี มีอำนาจในการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) สั่งให้เจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการกิจการใดๆ ที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวี ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๕๖

(๒) ประกาศให้โรงแรม สถานบริการ หรือสถานประกอบการใดๆ เป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวี และสั่งให้เจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการกิจการใดๆ ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๕๖

ในกรณีที่เจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการกิจการใดๆ ที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวี ไม่ปฏิบัติตามหรือปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำสั่งของผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดีตามวรรคสอง ภายในระยะเวลาสามสิบวันนับแต่ได้รับคำสั่ง ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดีแจ้งให้พนักงานอัยการดำเนินการยื่นคำร้องต่อศาลโดยไม่ชักช้าเพื่อให้ศาลมีคำสั่งปิด

หมวด ๔

สถานพยาบาล

มาตรา ๕๘ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดสถานพยาบาลเฉพาะและมาตรฐานการบริการของสถานพยาบาลเฉพาะ

มาตรา ๕๙ การดูแลบำบัดรักษา การควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาลและสถานพยาบาลเฉพาะ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๖๐ ในการรักษาพยาบาลโดยวิธีการทางการแพทย์ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและสถานพยาบาลเฉพาะต้องจัดให้มีระบบควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

(๑) เครื่องมือแพทย์มีคุณภาพ มาตรฐาน ความปลอดภัย และปลอดเชื้อ

๑๕

- (๒) การรักษาพยาบาลถูกต้องตามหลักการมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ
 (๓) มาตรฐานการดูแลทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวก

หมวด ๕

สถานสงเคราะห์พิเศษ

มาตรา ๖๑ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจจัดตั้งหรือประกาศกำหนดให้สถานที่ใดเป็นสถานสงเคราะห์พิเศษทั่วราชอาณาจักร

มาตรา ๖๒ สถานสงเคราะห์พิเศษ มีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) รับตัวผู้ติดเชื้อ ที่จำเป็นต้องได้รับการสงเคราะห์ไว้เพื่อกำหนดวิธีการที่เหมาะสมในการสงเคราะห์แก่ผู้ติดเชื้อ แต่ละคน ถ้าจำเป็นอาจรับตัวไว้ปกครองดูแลชั่วคราวหรือถาวรได้แล้วแต่กรณี

(๒) จัดให้มีการตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต พร้อมทั้งดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดเชื้อ ที่อยู่ในความดูแลปกครอง

(๓) จัดที่พักอาศัย ที่หลับนอน เครื่องนุ่งห่ม ให้เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ และจัดอาหารให้ถูกอนามัยและเพียงพอแก่ผู้ติดเชื้อ ที่อยู่ในความปกครองดูแล

(๔) จัดการศึกษา การกีฬา และนันทนาการให้แก่ผู้ติดเชื้อ ที่อยู่ในความดูแลปกครอง ให้เหมาะสมกับวัยและสภาพของผู้ติดเชื้อแต่ละคน

(๕) จัดหลักสูตรการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กผู้ติดเชื้อตามมาตรา ๔๕

(๖) ให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ และครอบครัวผู้ติดเชื้อ

(๗) ดำเนินการอื่นใดตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๓ ห้ามมิให้สถานสงเคราะห์พิเศษเปิดเผยชื่อตัว ชื่อสกุล ภาพหรือข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ และครอบครัวผู้ติดเชื้อ ในลักษณะที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ชื่อเสียงเกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้ติดเชื้อ และครอบครัวผู้ติดเชื้อ

มาตรา ๖๔ ห้ามมิให้ผู้ดูแลสถานสงเคราะห์พิเศษ และผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์พิเศษ ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ กักขัง ทอดทิ้ง หรือลงโทษผู้ติดเชื้อ ที่อยู่ในความปกครองดูแลโดยวิธีการรุนแรงประการอื่น เว้นแต่กระทำเท่าที่จำเป็นเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อ หรือการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี

๑๖

มาตรา ๖๕ การดูแลบำบัดรักษา การควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี หรือ เชื้อโรคอื่นในสถานสงเคราะห์พิเศษ และมาตรฐานการดำเนินงานและการให้บริการของสถาน สงเคราะห์พิเศษ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

หมวด ๖

กองทุนโรคเอดส์

มาตรา ๖๖ ให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในกรม ควบคุมโรค เรียกว่า “กองทุนโรคเอดส์” เพื่อประโยชน์ดังต่อไปนี้

- (๑) ส่งเสริมการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์
- (๒) เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป
- (๓) ตรวจ บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว
- (๔) จัดทำแผนงานหรือโครงการเพื่อการควบคุมป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์
- (๕) สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชนที่มีวัตถุประสงค์หลักในการ กู้มครองผู้ติดเชื้อ และครอบครัว หรือการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์
- (๖) สนับสนุนการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์พิเศษ
- (๗) กระทำการอื่นที่จำเป็นเพื่อการกู้มครองผู้ติดเชื้อ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และ ครอบครัวของบุคคลดังกล่าว และเพื่อการควบคุมป้องกันโรคเอดส์

มาตรา ๖๗ กองทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้
- (๒) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (๓) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้
- (๔) เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
- (๕) เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุนหรือที่กองทุนได้รับตามกฎหมายหรือ โद्यนัติกรรมอื่น

(๖) ดอกผลที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

(๗) เงินบำรุงกองทุนที่จัดเก็บตามมาตรา ๗๐

มาตรา ๖๘ เงินและดอกผลที่กองทุนได้รับตามมาตรา ๖๗ ไม่ต้องนำส่ง กระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

๑๗

มาตรา ๖๕ ให้ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินอื่นให้แก่กองทุนได้รับการยกเว้นภาษีเงิน
ได้โดยการตราเป็นพระราชกฤษฎีกาตามประมวลรัษฎากร

มาตรา ๖๖ ให้กองทุนมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากเงินของรัฐบาล นายจ้าง
และผู้ประกันตน ที่ออกเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ตาม
จำนวนที่คณะกรรมการและคณะกรรมการประกันสังคมตกลงกัน

มาตรา ๖๗ ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนคณะหนึ่ง ประกอบด้วย
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ ผู้แทนกรมควบคุมโรค ผู้แทนสำนักงานประมาณ
ผู้แทนกรมบัญชีกลาง และผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการแต่งตั้งไม่เกินสามคน ในจำนวนนี้ต้องมี
ผู้แทนจากภาคเอกชนซึ่งเกี่ยวข้องกับงานด้านคุ้มครองผู้ติดเชื้อ อย่างน้อยหนึ่งคน เป็นกรรมการ และ
ให้อธิบดีกรมควบคุมโรคหรือผู้ที่อธิบดีกรมควบคุมโรคมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา ๖๘ ให้นำบทบัญญัติมาตรา ๑๓ มาตรา ๑๔ มาตรา ๑๕ มาตรา ๑๗ มาตรา
๑๘ และมาตรา ๑๙ มาใช้บังคับการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่ง และการประชุมของ
คณะกรรมการบริหารกองทุน และการแต่งตั้งคณะกรรมการของคณะกรรมการบริหารกองทุนโดย
อนุโลม

มาตรา ๖๙ ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
(๒) พิจารณานุมัติการจ่ายเงินเพื่อการดูแลบำบัดรักษา การสงเคราะห์และคุ้มครอง
ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว และการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
หรือตามคำสั่งศาล

(๓) รายงานสถานะการเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์และการจัดการ
กองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๔ การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์และ
การจัดการกองทุน ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖๕ ให้มีคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน
จำนวนห้าคน ประกอบด้วย ประธานกรรมการและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้ง
จากผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการเงิน การสวัสดิการ และการประเมินผล และ
ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปลัดกระทรวงมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา ๖๖ คณะกรรมการติดตามและประเมินผลตามมาตรา ๖๕ มีอำนาจหน้าที่
ดังต่อไปนี้

(๑) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

๑๘

(๒) รายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการ

(๓) มีอำนาจเรียกเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนจากบุคคลใดหรือเรียกบุคคลใดมาชี้แจงข้อเท็จจริงเพื่อประกอบการพิจารณาประเมินผล

มาตรา ๑๗ ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนจัดทำงบดุลและบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีตรวจสอบภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีทุกปี

ให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีของกองทุนในรอบปีแล้วทำรายงานผลการสอบและรับรองบัญชีและการเงินของกองทุนเสนอต่อคณะกรรมการภายในหนึ่งร้อยห้าสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีเพื่อให้คณะกรรมการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อทราบ

รายงานผลการสอบบัญชีตามวรรคสองให้รัฐมนตรีเสนอต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อรัฐสภาเพื่อทราบและจัดให้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๓

บทกำหนดโทษ

ส่วนที่ ๑

โทษทางปกครอง

มาตรา ๑๘ โทษทางปกครอง มีดังต่อไปนี้

- (๑) ภาคทัณฑ์
- (๒) คำหิโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน
- (๓) ปรับทางปกครอง
- (๔) จำกัดการประกอบการ

มาตรา ๑๙ ให้คณะกรรมการพิจารณาโทษทางปกครองมีอำนาจลงโทษทางปกครอง ตามมาตรา ๑๘

ในการสั่งลงโทษทางปกครองตามมาตรา ๑๘ ผู้มีอำนาจลงโทษจะลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างก็ได้ และมีอำนาจสั่งให้ผู้ถูกลงโทษกระทำการหรืองดเว้นกระทำการเพื่อแก้ไขหรือ

ป้องกันมิให้เกิดการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์ คำสั่ง หรือเงื่อนไขที่กำหนด ตามพระราชบัญญัตินี้ซ้ำอีกได้

คำสั่งลงโทษทางปกครองของคณะกรรมการพิจารณาโทษทางปกครองให้ถือเป็นที่สุด

มาตรา ๘๐ ในการลงโทษปรับทางปกครองจำนวนค่าปรับทางปกครองต้องไม่เกินวันละหนึ่งหมื่นบาท

กรณีผู้ถูกลงโทษปรับทางปกครองตามวรรคหนึ่งไม่ยอมชำระค่าปรับทางปกครองให้นำบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับทางปกครองตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๘๑ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๒๖ ต้องรับโทษทางปกครองตามมาตรา ๗๘

มาตรา ๘๒ เจ้าของหรือผู้ดูแลโรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบการใดๆ ที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวีฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๕๖ ต้องรับโทษทางปกครองตามมาตรา ๗๘

มาตรา ๘๓ สถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลเฉพาะใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือคำสั่งหรือเงื่อนไขตามมาตรา ๕๕ ต้องรับโทษทางปกครองตามมาตรา ๗๘

มาตรา ๘๔ สถานสงเคราะห์พิเศษใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์หรือคำสั่งหรือเงื่อนไขตามมาตรา ๖๕ ต้องรับโทษทางปกครองตามมาตรา ๗๘

มาตรา ๘๕ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้เป็นนิติบุคคล กรรมการ ผู้จัดการ หรือบุคคลซึ่งรับผิดชอบในการดำเนินงานของนิติบุคคลนั้น ต้องรับโทษทางปกครองตามมาตรา ๗๘ ด้วย เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้มีส่วนในการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้น

มาตรา ๘๖ ในการสั่งลงโทษตามมาตรา ๗๘ ผู้มีอำนาจสั่งลงโทษต้องคำนึงถึงพฤติการณ์แห่งการกระทำ ความเสียหายที่เกิดจากการกระทำนั้น ตลอดจนความหนักเบาของโทษที่จะใช้กับผู้ถูกลงโทษ ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๘๗ ภายใต้บังคับกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง การพิจารณาและการมีคำสั่งลงโทษทางปกครอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๘๘ ให้มีคณะกรรมการพิจารณาโทษทางปกครองคณะหนึ่งหรือหลายคณะ โดยในแต่ละคณะให้ประกอบด้วยบุคคลซึ่งคณะกรรมการ แต่งตั้งจำนวนไม่เกินห้าคน

๒๐

คุณสมบัติและวิธีการแต่งตั้งกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการ
ประกาศกำหนด

ส่วนที่ ๒

โทษอาญา

มาตรา ๔๘ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๘ ต้องระวางโทษ
จำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๐ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา
๒๗ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับอีกไม่เกินวันละหนึ่งหมื่นบาท ตลอดเวลาที่ยัง
ฝ่าฝืนหรือยังไม่ปฏิบัติตามให้ถูกต้อง

มาตรา ๕๑ นายจ้างผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๐ มาตรา ๓๑ และมาตรา
๓๒ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท

มาตรา ๕๒ ผู้ประกอบธุรกิจประกันชีวิตใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๓ ต้อง
ระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท

มาตรา ๕๓ สถานพยาบาล โรงแรม สถานบริการ หรือผู้ประกอบกิจการใดฝ่าฝืน
หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๔ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท

มาตรา ๕๔ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๔๘ มาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐
วรรคสาม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๕ ผู้ติดเชื้อมีเชื้อที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๕๐ วรรคหนึ่ง อันเป็นเหตุให้
คู่สมรสหรือคู่นอนได้รับเชื้อเอชไอวี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ

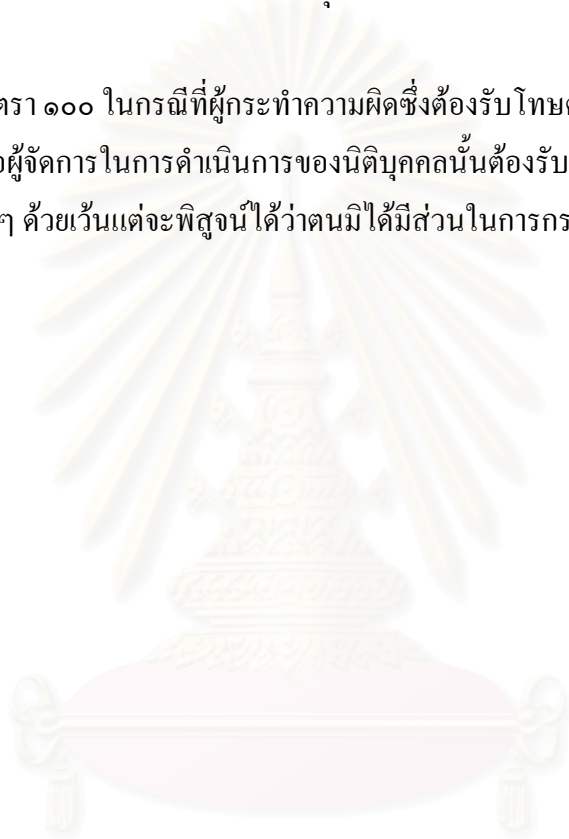
มาตรา ๕๖ ผู้ติดเชื้อมีเชื้อที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๕๑ อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับ
เชื้อเอชไอวี ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าถึงยี่สิบปีและปรับไม่เกินสี่แสน
บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๗ ผู้ใดใช้เลือด น้ำเหลือง สารคัดหลั่งหรือของเหลวอื่นใด อสุจิ เนื้อเยื่อ
หรืออวัยวะอื่นใดในการรักษาพยาบาล โดยฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๕๕ อันเป็นเหตุให้ผู้อื่น
ได้รับเชื้อเอชไอวี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๘ สถานสงเคราะห์พิเศษใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๖๓ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท และปรับอีกไม่เกินวันละหนึ่งหมื่นบาท ตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามให้ถูกต้อง

มาตรา ๕๙ ผู้ดูแลสถานสงเคราะห์พิเศษและผู้ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์พิเศษใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๖๔ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๑๐๐ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดซึ่งต้องรับโทษตามพระราชบัญญัตินี้เป็นนิติบุคคล กรรมการหรือผู้จัดการในการดำเนินการของนิติบุคคลนั้นต้องรับโทษตามที่กฎหมายกำหนดสำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วยเว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าตนมิได้มีส่วนในการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว วิชนันท์ยา เรืองโพธิ์ เกิดวันอังคาร ที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2524 ภูมิลำเนาจังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลายจากโรงเรียนเซนต์ฟรังซิสซาเวียร์ คอนแวนต์ จากนั้น เข้าศึกษาระดับอุดมศึกษาที่คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์) ในปีการศึกษา 2543 หลังจากสำเร็จการศึกษาที่คณะอักษรศาสตร์ (เอกประวัติศาสตร์) แล้ว ได้ศึกษาต่อที่ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547 ปัจจุบัน รับราชการ สังกัดสำนักราชเลขาธิการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย