

รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมกับเชื้อ
และประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบในกระบวนการ CCM ครั้งที่ 1/2565
ระหว่างวันที่ 1-2 มิถุนายน 2565 เวลา 08.30 - 16.30 น.
ณ ห้องประชุมสิริวารี โรงแรมบัดดี้ ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

การประชุมวันที่ 1 มิถุนายน 2565

พิธีกรกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมการประชุมภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบในกระบวนการ CCM ครั้งที่ 1/2565 และเชิญ พญ.กรรณทอง ทิมาสาร รองประธานคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) และประธานกรรมการกำกับการดำเนินงานโครงการกองทุนโลก (Oversight Committee: OC) กล่าวเปิดการประชุม:

การประชุมครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีการจัดการประชุมรวมภาคีเครือข่ายการทำงานของ 3 โรค คือ เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย (กองทุนโลก) เป็นการประชุมเพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน และนำบทเรียนที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการประชุมไปใช้ในการปฏิบัติงาน เสริมงานด้านวิชาการ และพัฒนางานด้านการบริหารโครงการ รวมถึงเป็นโอกาสอันดีที่ได้ร่วมประชุมพบหน้าเป็นครั้งแรกหลังจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19 หรือ โควิด-19) การประชุมครั้งนี้จึงเป็นโอกาสดีที่ได้ริเริ่มประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายการทำงานสามโรคเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งใจ และขอให้มีความสุขกับสถานที่ที่สวยงาม

การประชุมในครั้งนี้มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและทำความเข้าใจ เชื่อมโยงกลุ่มเครือข่ายประชากรผู้เข้าร่วมกับเชื้อทั้ง 3 โรค โดยจะมีการสรุปบทเรียนการทำงาน ทุกคนที่เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้เป็นตัวแทนของคนทำงานทุกโรค เสียงทุกเสียงมีคุณค่าจากการได้ร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้ชุดความรู้ที่น่าสนใจ สามารถส่งต่อและพัฒนาต่อยอดในอนาคตภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลก ค้นหาช่องว่างและโอกาสในการทำงานที่ผ่านมา เพื่อกระบวนการจัดทำข้อเสนอจากภาคีเครือข่ายองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคมถึงการทำงานในอนาคต PC เป็นพื้นที่ให้โอกาสชุมชน และต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกระดับ และต้องใช้กลไกให้เป็นประโยชน์ เนื่องจากกลไก PC ไม่ได้มีทุกประเทศ แต่ในประเทศไทยให้ความสำคัญของคนทำงาน และเสียงทุกเสียงจะมีประโยชน์ในการพัฒนา ดังนั้นการใช้พื้นที่ในเวทีนี้เพื่อทำให้กลไก PC เป็นกลไกที่ส่งผ่าน มีพลังอำนาจที่ต่อรองเชิงนโยบายโดยคนที่มาจากพื้นที่ชุมชน และขอขอบคุณตัวแทนจากองค์กรที่เข้าร่วมประชุม และสนุกสนานในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

(ดูข้อมูลคณะกรรมการ CCM เพิ่มเติมที่: Website : <https://ccmthailand.org/>)

จากนั้นผู้เข้าร่วมการประชุมทำกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ก่อนเริ่มการประชุม ด้วยกิจกรรมทำความรู้จักเครือข่ายโดยการทำกระบวนการ ดังนี้

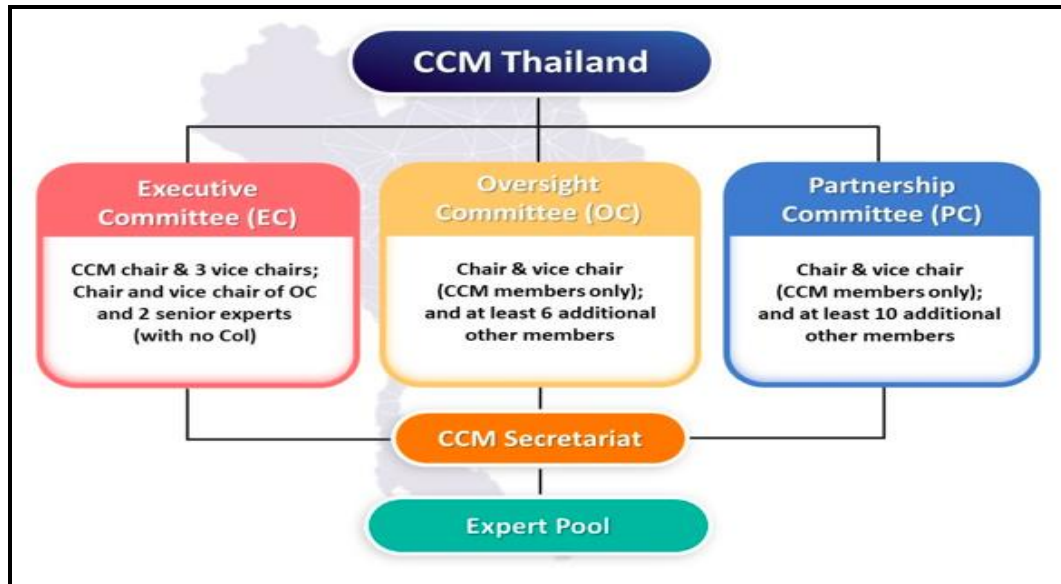
- **คำถามที่ 1:** เพื่อนชื่ออะไร ทำงานอยู่ที่ไหน ทำงานในประเด็นอะไร 3 คน
 - ตอบ: ทำงานด้านเอชไอวี ชาติพันธ์ุ สภาชนเผ่าพื้นเมืองประเทศไทย
- **คำถามที่ 2:** ถามชื่อเพื่อน (เลือกถามคนที่ไม่ซ้ำคนที่ถามคำถามที่ 1) และขึ้นขอบสถานที่ท่องเที่ยวที่ไหน (ไทย/ต่างประเทศ)
 - ตอบ: ภูเขา ป่า ธรรมชาติ
- **คำถามที่ 3:** เพื่อนชื่ออะไร (เลือกถามคนที่ไม่ซ้ำคนที่ถามคำถามที่ 1 และ 2) และมีความคาดหวังต่อการประชุมใน 2 วันนี้อย่างไรบ้าง
 - ตอบ: รู้จักเชื่อมโยง เครือข่ายพันธมิตรคนที่ทำงานกองทุนโลก ความเข้าใจ ผู้สูงอายุ บทบาทของเครือข่ายกองทุนโลก

ความเป็นมาของคณะกรรมการ CCM และโครงการกองทุนโลกในประเทศไทย

นำเสนอ: นพ.ภูษิต ประคองสาย เลขาธิการบริหาร CCM กล่าวแนะนำหน่วยงานคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) โดยประเทศไทยได้จัดตั้งความร่วมมือกับกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย และได้ดำเนินการให้ทุนสนับสนุนทั่วโลกตั้งแต่ปี 2545 กลไกการประสานงานระดับประเทศของประเทศไทยจัดตั้งขึ้นตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ในปี 2545 คำสั่งที่ 184/2545 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545

ในมุมมองของการทำงานร่วมกับกองทุนโลก ประเทศไทยได้ยอมรับข้อกำหนดและข้อเสนอแนะของกองทุนโลกที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติและความรับผิดชอบสำหรับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลก โดยมีกลไกการประสานงานระดับประเทศ (CCM) ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นกลไกในระดับชาติ สำหรับการทำงานของโรคทั้ง 3 โรคในประเทศไทย มีคณะทำงานประจำ 3 คณะ ดังนี้

- 1) Executive Committee คณะกรรมการบริหาร
- 2) Oversight Committee คณะกรรมการกำกับการดำเนินงานโครงการ
- 3) Partnership Committee คณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้เข้าร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ



โดยโครงสร้างของคณะกรรมการ CCM มีขึ้นจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่สามารถสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสามารถปฏิบัติตามบทบาทและความรับผิดชอบของตนได้อย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ประเทศสมาชิกจะต้องบริจาคสมทบทุนเข้าไปในกองทุนโลก ปีละ 1.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ประมาณ 50 - 60 ล้านบาท จากนั้นประเทศไทยจะได้รับเงินสนับสนุนการทำงานเพื่อยุติ 3 โรค คือเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย โดยมีวิธีการพิจารณาจาก 1) ภาระโรคที่มีปัญหา 2) มีปริมาณการระบาดของโรคน้อยขนาดไหน และ 3) รายได้ของประเทศที่ต้องแสดงถึงศักยภาพในการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนของกองทุนโลก

- ส่งเสริมให้ประเทศขยายการดำเนินงานในภาคประชาสังคม
- เกิดการมีส่วนร่วมป้องกันยุติ 3 โรคในทุกภาคส่วน เช่น การตั้งคณะกรรมการ Partnership Committee: PC เพื่อเป็นกลไกประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ของ 3 โรค

แผนงาน

- สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นการทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่ไม่อาจใช้อำนาจเชิงนโยบาย และต้องมีภาคประชาสังคมเข้ามาร่วมแก้ปัญหา และนางงานวิชาการ งานวิจัยเป็นองค์ประกอบ เพื่อให้เกิดเป็นพลังอำนาจทางการเมือง นักวิชาการและพลังประชาชน
- การพัฒนานโยบาย

ความรับผิดชอบหลักของคณะกรรมการ CCM

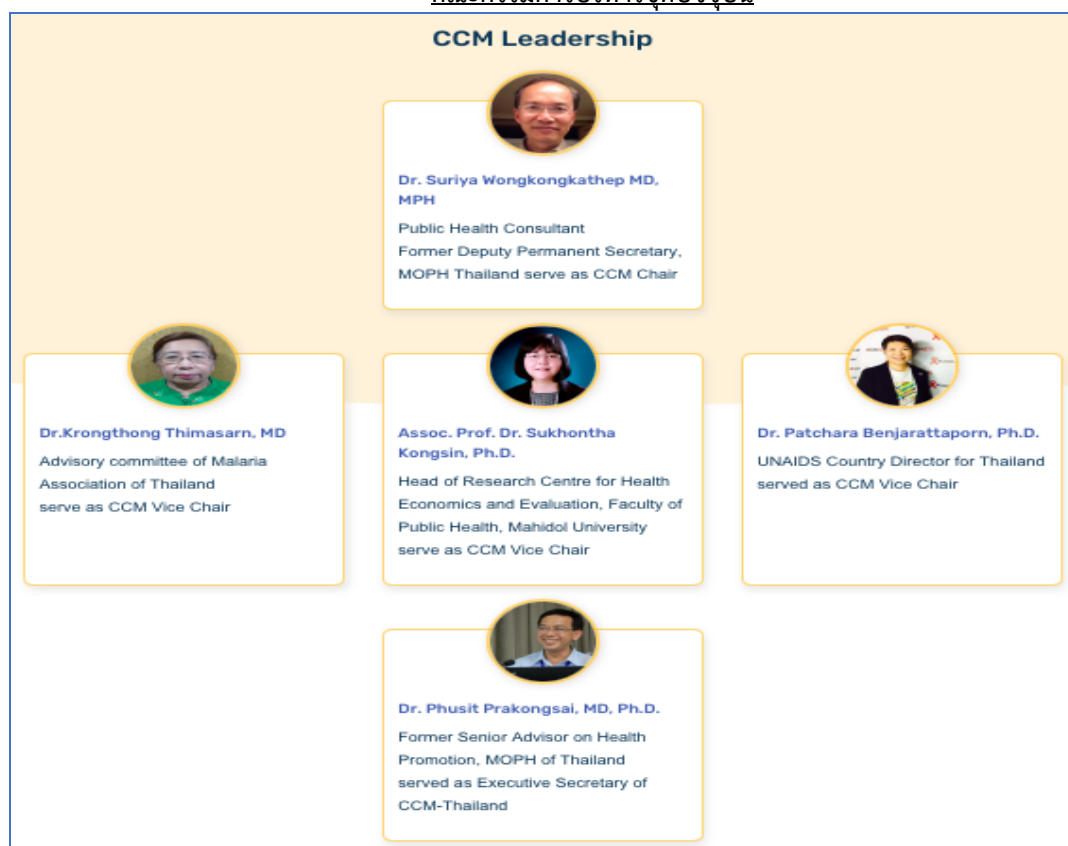
- ประสานการจัดทำคำขอรับทุน
- เสนอชื่อหน่วยงานรับทุนหลักและติดตามผลการดำเนินงาน
- การกำกับการทำงานตามแผนงานที่ได้รับอนุมัติ
- ให้ความเห็นชอบคำขอปรับโครงการ
- ทำให้มั่นใจว่า แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก จะเชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนงานสุขภาพและแผนพัฒนาของประเทศ

องค์ประกอบคณะกรรมการ CCM

มีคณะกรรมการ 32 คน ที่ทำหน้าที่ กำกับ/ติดตาม/พัฒนาโครงการตามคำแนะนำ และพัฒนาโครงการเพื่อขอทุนจากกองทุนโลก จากตัวแทนทุกภาคส่วนดังนี้

- ตัวแทนจากรัฐบาล 39%
- ตัวแทนจากภาคประชาสังคม 51%
- ตัวแทนจากภาคีเครือข่ายทั้งพหุภาคีและทวิภาคี 10%
- ตัวแทนจากภาคเอกชน

คณะกรรมการบริหารชุดปัจจุบัน



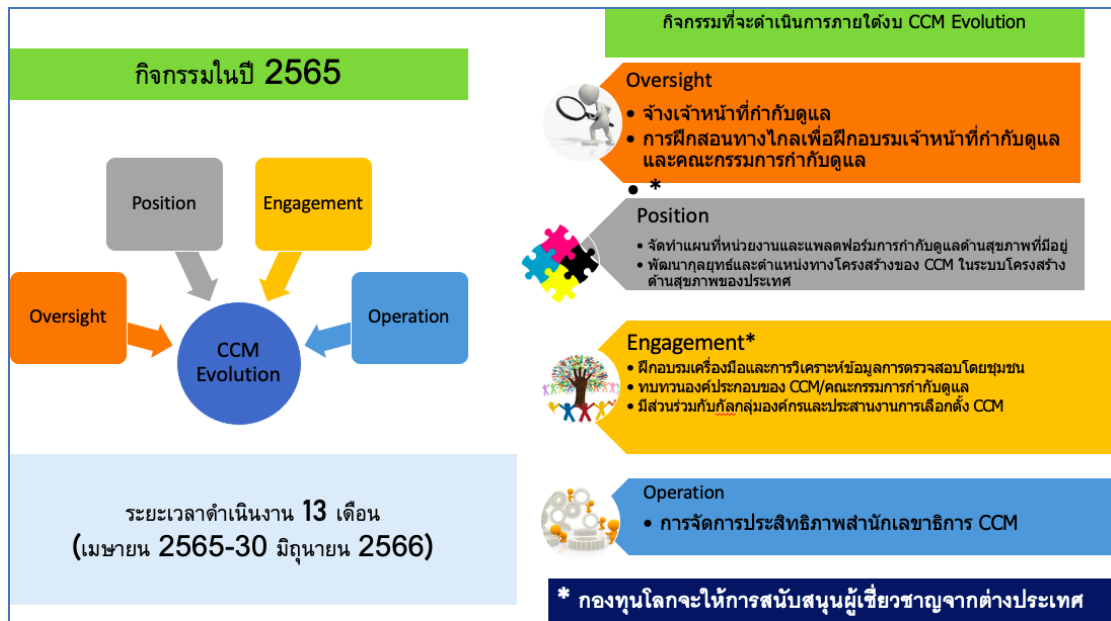
งบประมาณและโครงการกองทุนในประเทศไทย

งบประมาณที่ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เพื่อยุติปัญหาเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (2545 - ปัจจุบัน)				
หน่วย: ล้านบาทสหรัฐ				
Component	Grants	Signed	Committed	Disbursed
HIV	11	287.39	287.39	287.39
TB/HIV	2	167.95	141.97	119.65
Malaria	3	82.98	82.98	82.98
Tuberculosis	5	58.96	58.96	58.96
Total	21	597.28	571.30	548.98

โครงการกองทุนโลกที่ดำเนินงานในปัจจุบัน

- Country Grant: หน่วยงานที่รับทุนโดยตรงจากกองทุนโลก คือ มูลนิธิริรักษ์ไทย (PR-RTF) และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผ่านสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR-DDC) จำนวน 90 ล้านบาทสหรัฐ ระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่ปี 2021-2023
- Multi Country Grant: กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม ไทย
- โครงการ CR19RM จำนวน 20.65 ล้านบาทสหรัฐ
 - กิจกรรมช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ที่มีผลกระทบจากการดำเนินงานจากสถานการณ์โควิด 19

โครงการ CCM Evolution (วิวัฒนาการของกลไก CCM)



ความเป็นมาของคณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Partnership Committee: PC)

นำเสนอ: ดร.พงศ์ธร จันทรเลื่อน ประธานคณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Partnership Committee: PC) กล่าวต้อนรับและแนะนำหน่วยงาน ซึ่งในการประชุมครั้งนี้จัดขึ้นโดยคณะกรรมการภาคีความร่วมมือเครือข่าย (Partnership committee: PC) ก่อตั้งปี 2562 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้คณะกรรมการหน้าที่รับผิดชอบในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ผ่านการเสริมสร้างขีดความสามารถและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาคประชาสังคม รวมถึง PLWD, KAP และชุมชน ตามยุทธศาสตร์กองทุนโลกว่าด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมกันทางเพศ

คณะกรรมการ Partnership committee: PC จะจัดให้มีข้อเสนอแนะตามแนวทางของ CCM ในการเสริมสร้างภาคประชาสังคมเพื่อยุติเอชไอวี วัณโรค และมาลาเรียในประเทศไทย ซึ่งคณะกรรมการ Partnership committee: PC จะได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการ CCM และประกอบด้วยประธาน รองประธาน และสมาชิกอื่น ๆ อีกอย่างน้อย 10 คน โดยสมาชิกมีวาระการดำรงตำแหน่ง 3 ปีคณะกรรมการ Partnership committee: PC จะต้องเป็นผู้แทนโดยกระบวนการคัดเลือกจากโรค 3 โรค ซึ่งแต่ละโรคประกอบด้วย PLWD และ KAP และชุมชน ผู้แทนสองคนจากเขตเลือกตั้งของภาคประชาสังคม และผู้แทนจากนักวิชาการอีกสองคน

องค์ประกอบของคณะกรรมการ PC ประกอบด้วยประธาน รองประธาน กรรมการ (อย่างน้อย 10 คน) ทั้งนี้คณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ และไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมการ CCM ยกเว้นตำแหน่งประธานและรองประธาน

กรรมการ Partnership Committee (PC) ปี 2564-2566 (มีวาระ 3 ปี)

- กรรมการ CCM โดยตำแหน่ง ซึ่งเป็นตัวแทนจาก ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ (PLWD) และประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Key affected population: KAP) รวม 6 คน
- ตัวแทน NGO ที่ทำงานด้าน AIDS, TB, Malaria รวม 7 คน
- นักวิชาการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพศภาวะ รวม 2 คน

บทบาท ความรับผิดชอบของคณะกรรมการ PC

1. การพัฒนาศักยภาพและจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ และชุมชน ของ CCM ประจำปี
2. การสร้างและส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคมที่หมายรวมถึงผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบและชุมชน
3. การเสนอแนวทางและข้อเสนอแนะสำหรับ CCM ที่จะต้องดำเนินการ
4. การปรึกษาหารือกับกลุ่มองค์กรต่าง ๆ เพื่อหาข้อมูลให้กับคณะกรรมการ CCM และรายงานผลกลับไปยังกลุ่มองค์กรและผู้เกี่ยวข้องในเรื่องของความก้าวหน้าประเด็นที่ยังค้างอยู่ตลอดจนการติดตามที่จำเป็นอื่น ๆ

คณะกรรมการ PC ชุดปัจจุบัน

- ดร.พงศ์ธร จันทรเลื่อน ประธานคณะกรรมการ
- คุณเย็นจิต สมเพาะ รองประธานคณะกรรมการ PC คนที่ 1 (มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย)
- คุณสุรางค์ จันทรแย้ม รองประธานคณะกรรมการ PC คนที่ 2 (มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ)
- คุณก๊วกแก้ว จันดีบ คณะกรรมการ PC (ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนเครือข่ายชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงใหม่)
- คุณศรัณญา บุญเพ็ง คณะกรรมการ PC (มูลนิธิผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี)
- คุณอรนุช เลิศกุลติลก คณะกรรมการ PC (เครือข่ายพลังผู้สูงวัย)
- คุณทรามวัย หลวงจินา คณะกรรมการ PC (มูลนิธิวิจัยวัณโรคและโรคเอดส์)
- คุณนิกร ฉิมคง คณะกรรมการ PC (องค์กรบางกอกเรนโบว์)
- คุณจินตนา ธรรมสุวรรณ คณะกรรมการ PC (มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย)
- คุณสมชัย พรหมสมบัติ คณะกรรมการ PC (มูลนิธิเดอะพอส โฮมเซ็นเตอร์)
- คุณสุภัทรา นาคะผิว คณะกรรมการ PC (มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ * **ขอถอนตัวเนื่องจากได้รับคัดเลือกเป็นคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน**)
- คุณสุภาพร เพ็งโนนยาง คณะกรรมการ PC (สถาบันวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี)
- คุณสุพจน์ ตั้งเสรีทรัพย์ คณะกรรมการ PC (กลุ่มส่งเสริมการเข้าถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม)
- คุณจิตติยานันท์ หนักป้อ กรรมการและเลขานุการ PC (มูลนิธิซิสเตอร์)
- คุณกฤตนันท์ ดิษฐบรรจง กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ PC (เครือข่ายเยาวชนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย)

ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

ข้อเสนอถึงการทำงานและความเป็นเอกภาพของ PC:

- ต้องมีเครือข่ายในพื้นที่การทำงาน
- มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนผู้ปฏิบัติการในพื้นที่
- ผู้ที่เข้าไปอยู่ในคณะทำงาน PC ต้องเป็นคนที่เรารู้จักในแวดวง 3 โรค
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการทำงานร่วมกัน ซึ่งมีหลายองค์กรอยู่ภายใต้กลไกและได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกที่เห็นปัญหาถึงการดำเนินงานที่ผ่านมา ถึงแม้จะเป็นการทำงานในสายงานที่แตกต่างกันด้วยโรคแต่เป็นความท้าทายที่จะมีการทำงานเพื่อหลอมรวมสามโรค และพัฒนาให้กลไกคณะทำงาน PC ให้เป็นกลที่ขับเคลื่อนงานร่วมกันได้จริงในอนาคต
- การจัดทำประเด็น การทำงานในกลไกจังหวัดมีช่องว่างค่อนข้างมาก ทำให้ชุมชนต้องจัดการตนเองเป็นหลัก ซึ่งมีช่องว่าง ข้อท้าทาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องข้อมูล สถานการณ์ที่ไม่เอื้อต่อการสนับสนุนงานด้านการการณรงค์ การป้องกัน การติดตาม ที่จะต้องมีการทำงานเพื่อประสานความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง
- กลไกคณะทำงาน PC มีส่วนดีคือไม่มีเงื่อนไขของราชการ มีอิสระในการทำงาน เนื่องจากการทำงานเพื่อความเป็นเอกภาพขององค์กรขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมหลายประเทศ ซึ่งดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐทั้งระดับจังหวัด และประเทศ จะมีอุปสรรคในการประสานงานเป็นหลัก ดังนั้น บทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน PC คือการสร้างเวที เพิ่มช่องทาง เพิ่มกลไกให้ภาคีเครือข่ายมีพื้นที่และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำงานร่วมกัน อย่างต่อเนื่องมากขึ้น
- การเป็นเอกภาพขึ้นอยู่กับที่ยอมรับความเป็นอยู่ที่แตกต่างและหลากหลาย และสามารถอยู่ร่วมกันได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้กลไกคณะทำงาน PC เข้มแข็งขึ้นในอนาคต
- กลไกคณะทำงาน PC มีบทบาทหน้าที่ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย คือการสร้างเวทีเพื่อเพิ่มช่องทาง และการเพิ่มกลไกให้ภาคีเครือข่ายมีพื้นที่และสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

สรุปสถานการณ์ปัจจุบันและยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์

นำเสนอ: พญ. มณฑิรา วัฒนศิริ โภคาการ รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรอบยุทธศาสตร์สู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ มีเป้าประสงค์ เพื่อ 1) ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ 2) ไม่มีการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ และ 3) ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยมีการจัดบริการที่ต่อเนื่องด้วยการบูรณาการบริการ HIV, TB, STI, HCV โดยเน้นการให้บริการที่มุ่งเน้นความต้องการของผู้รับบริการ โดยชุดบริการ RRTTPR ย่อมาจาก

- Reach : การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี
- Recruit : นำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจโดยทันที
- Test : ให้บริการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยรู้ผลในวันเดียว
- Treat : นำผู้มีผลเลือดบวกเข้ารับการรักษาดังด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว
- Prevention : การส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต
- Retrain : กระบวนการดูแลสนับสนุนติดตามและให้บริการกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังรวมถึงงานด้าน Prevention การส่งเสริมการป้องกันไม่ว่าผู้รับบริการจะมีผลเลือดจะเป็นลบหรือบวกด้วยการแจกอุปกรณ์การป้องกันซึ่งได้แก่ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นสำหรับกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย ซึ่งแนวทางนี้ถือว่าเป็นแนวทางการทำงานหลักของหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในประเทศไทย

การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ

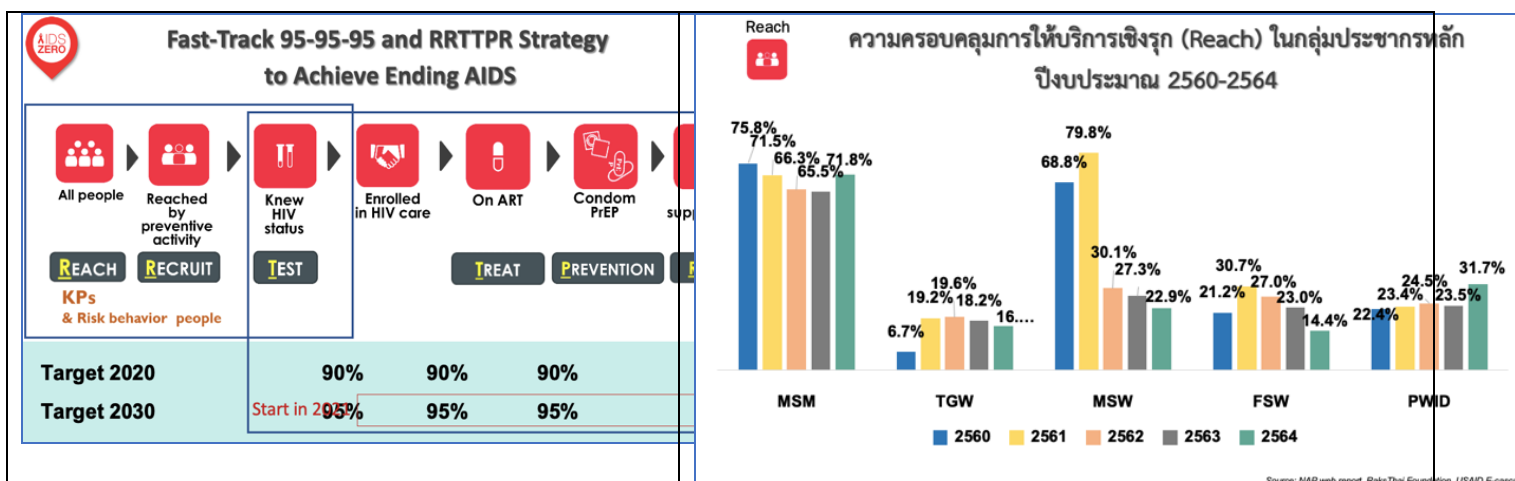
- การให้บริการในชุมชน
- การให้บริการในหน่วยบริการ
- ความร่วมมือของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม
- ระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล

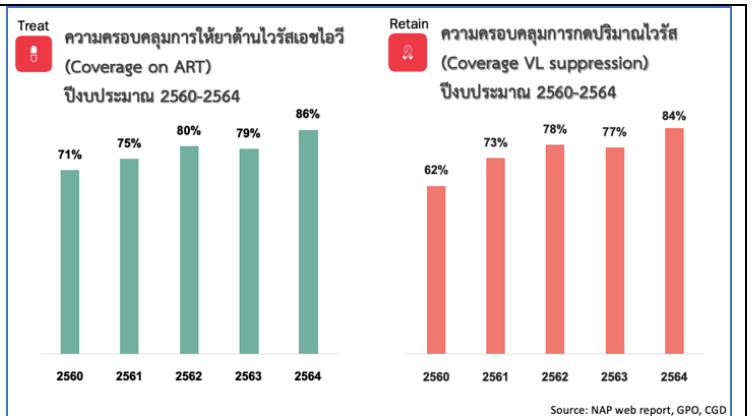
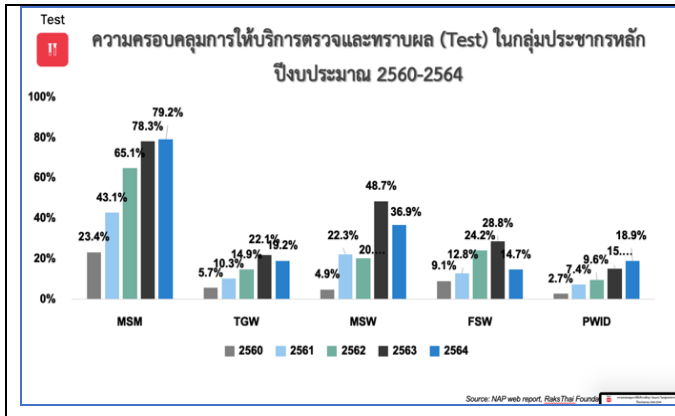
ภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

- การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
- การสนับสนุนด้วยนโยบายและกฎหมาย

ความยั่งยืน

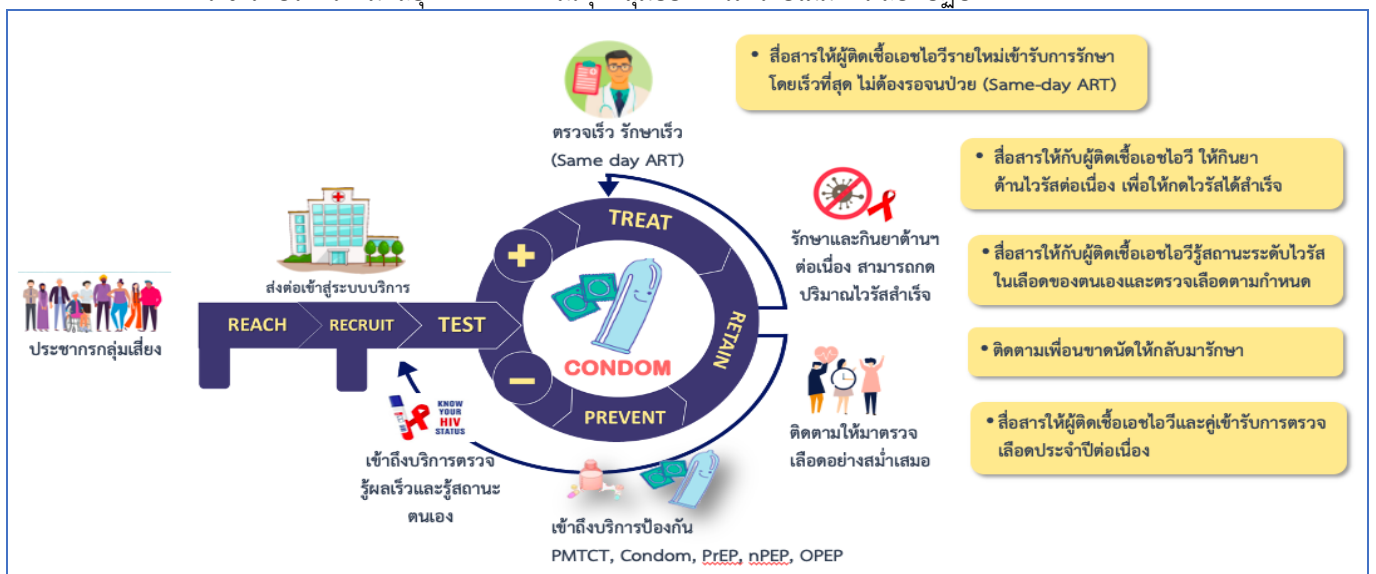
- การสนับสนุนการเงิน
- การจัดระบบการสนับสนุนทางวิชาการ





ความท้าทายสำคัญที่ภาคประชาสังคมสามารถมีส่วนร่วมในการยุติปัญหาเอดส์

- การเข้าถึงบริการตามกลยุทธ์ RRTTPR ในทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ



- ในการทำงานรอบต่อไปมีการให้บริการ Prevention ดังนี้

○ PrEP (เพร็พ)

- การจัดบริการเพร็พของหน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม
- การส่งต่อบริการในระบบสาธารณสุข
- ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจเรื่องเพร็พ เป็นทางเลือกในการป้องกัน HIV
- การติดตามเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงบริการ

○ Condom

- กระจายถุงยางอนามัยให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่
- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย

○ CBO certification

- ดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน
- สนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่าย
- พัฒนาศักยภาพแกนนำ คนทำงาน
- กำกับคุณภาพการให้บริการ

○ Index partner testing

- การชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
- การส่งต่อบริการ

○ Youth & KP Populations

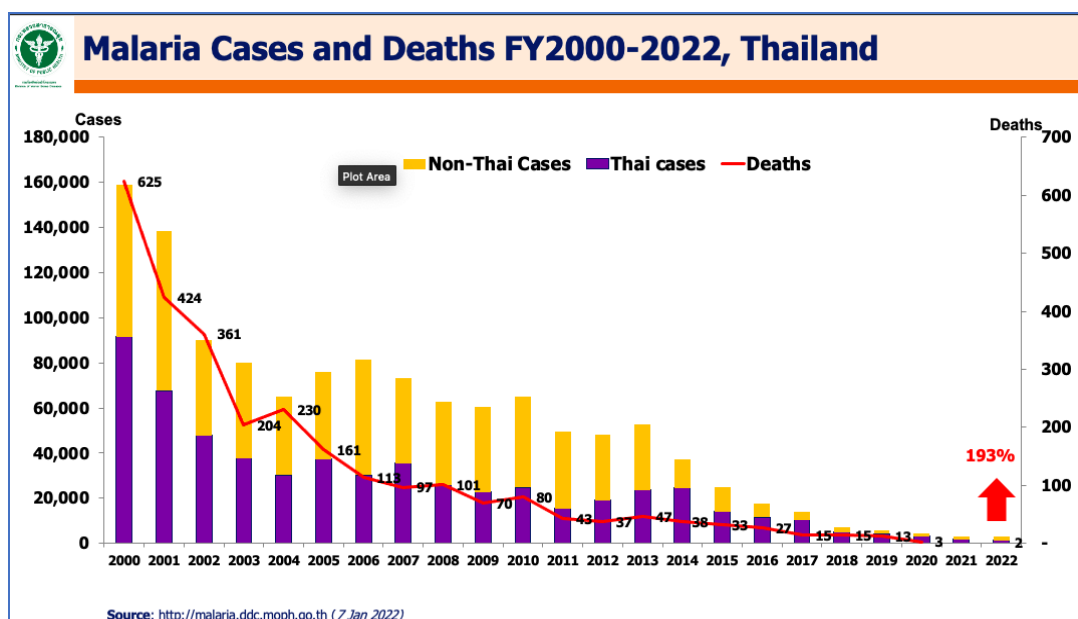
- จัดบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชนและกลุ่มประชากรเปราะบาง

- ตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - สร้างและพัฒนาเครือข่ายทำงาน
 - เชื่อมต่อบริการภาครัฐหน่วยบริการในชุมชนและ CBO
- Harm Reduction
 - การเข้าถึงและนำพากลุ่มเป้าหมายส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - พัฒนาศักยภาพคนทำงานในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Outreach Program)
 - สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายทำงาน
- การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง (HIV Self-Test)
 - การสร้างความต้องการใช้ชุดตรวจฯ โดยหน่วยงานในชุมชน (Community-based demand creation)
 - เพิ่มการใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองในการจัดการบริการเอชไอวีในชุมชน หรือการให้บริการโดยกลุ่มประชากรหลัก (KPLHS)
 - การออกหน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ (Mobile clinic) ในชุมชน หรือ Drop In Center (DIC) ที่สามารถแนะนำให้ใช้ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง หรือแจกกลับไปตรวจที่บ้าน โดยมีการเก็บข้อมูลผู้ได้รับชุดตรวจเพื่อประสานในการเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบต่อไป
 - การให้ข้อมูลผ่าน Social network approach ในกลุ่มประชากรหลัก
 - ให้บริการเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ทั้งแบบเจอตัว และแบบออนไลน์ โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงยาก และมีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มย่อยของผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มอัตราในการมีเพศสัมพันธ์ (ChemSex) หรือกลุ่มสวینگ
- การติดตามหลังการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองแบบเชิงรุกโดยชุมชน ผ่านการให้บริการเอชไอวีนำโดยหน่วยบริการของกลุ่มเป้าหมายหลัก (KPLHS) ศูนย์รื้อปอน (DIC) และเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพชุมชน

สถานการณ์ปัจจุบันและยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย

นำเสนอ: ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์ รองผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย (ปีงบประมาณ 2022)

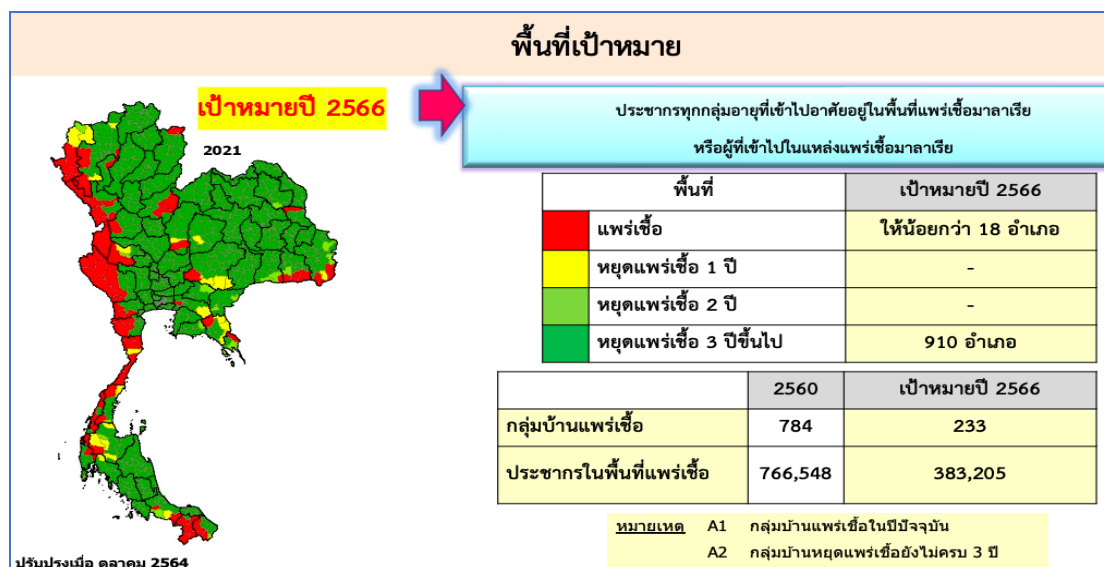


- พบผู้ป่วยยืนยัน 2,873 ราย (เพิ่มขึ้น 193% จากปี 2564) โดยส่วนใหญ่พบมากที่ชายแดนประเทศไทย-เมียนมาร์
- คนไทย 50% และไม่ใช่คนไทย 50%
- P. vivax 92% (2,725 ราย) และ P. falciparum 3% (81 ราย)

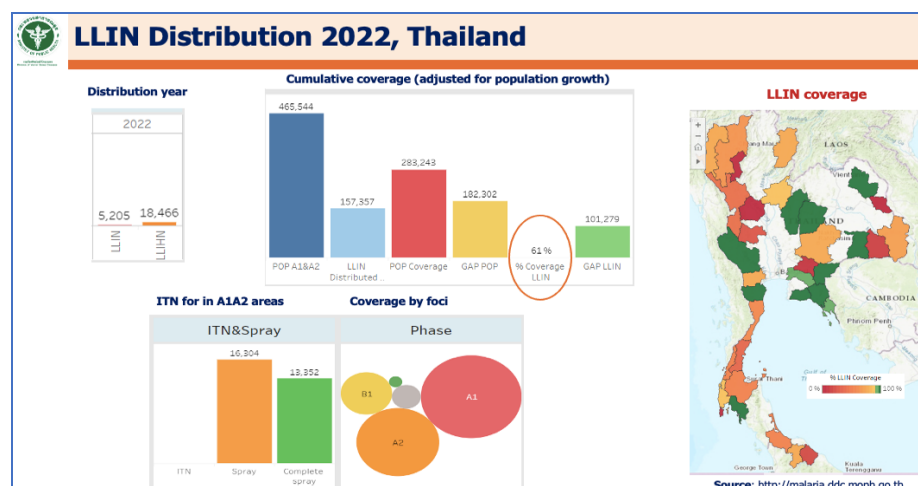
- ผู้ชาย 69%
- อายุ 15 ปีขึ้นไป 70% (30% ต่ำกว่า 15 ปีพบในกลุ่มนักเรียน)
- กลุ่มชาติพันธุ์ 54% (ไม่ได้รับการสอบสวน 16%)
- 393 active foci
- เสียชีวิตด้วยโรคมาลาเรีย 2 ราย

ความก้าวหน้าการดำเนินงานกำจัดโรคมาลาเรียในปี 2564

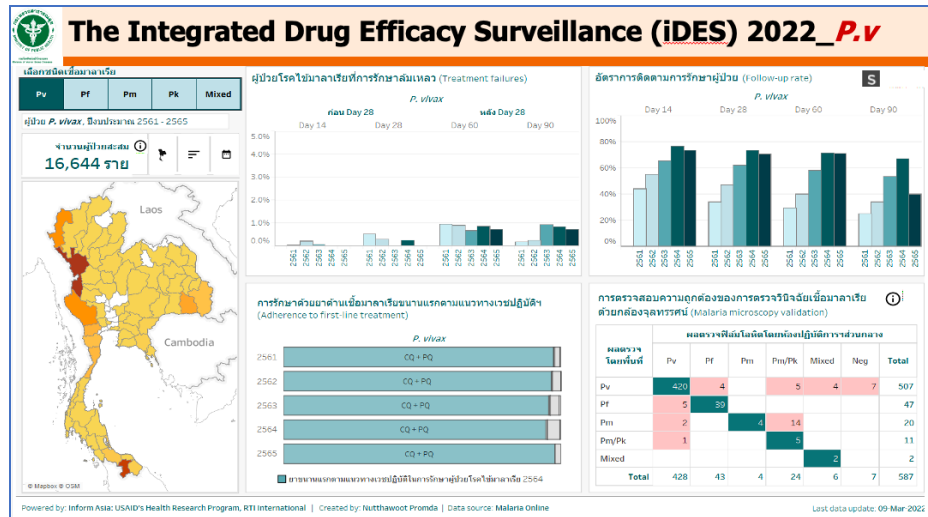
- ในช่วงปี 2561-2564 มีการประเมิน 42 จังหวัดเพื่อรับรองจังหวัดปลอดโรคมาลาเรีย
- ประกาศรับรอง 37 จังหวัดปลอดมาลาเรียในปี 2564
- 5 จังหวัดที่มีการกลับมาแพร่ระบาดใหม่ (ภูเก็ต ชัยภูมิ พิษณุโลก กำแพงเพชร ลำพูน)
- 30 จังหวัดที่มี Active foci
- 5 จังหวัดได้รับการประเมินในปี พ.ศ. 2565 (ชลบุรี ลำปาง นครศรีธรรมราช กาฬสินธุ์ ยโสธร)
- ภูเก็ตและพิษณุโลก – ผ่านเกณฑ์
- การทำงานที่ผ่านมาได้มีการสอบสวนประวัติทุกราย แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ปีนี้พบผู้ป่วยมาลาเรียเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีสถานการณ์ผู้รับที่ประเทศเพื่อนบ้าน (เมียนมาร์) ทำให้มีคนหลบภัยสงครามเข้ามาทำงานในพื้นที่ประเทศไทย และพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก และมีผู้ป่วยที่สอบสวนประวัติไม่ได้ทำให้รู้แหล่งที่ติดเชื้ที่และแหล่งแพร่เชื้อประมาณ 400 ราย



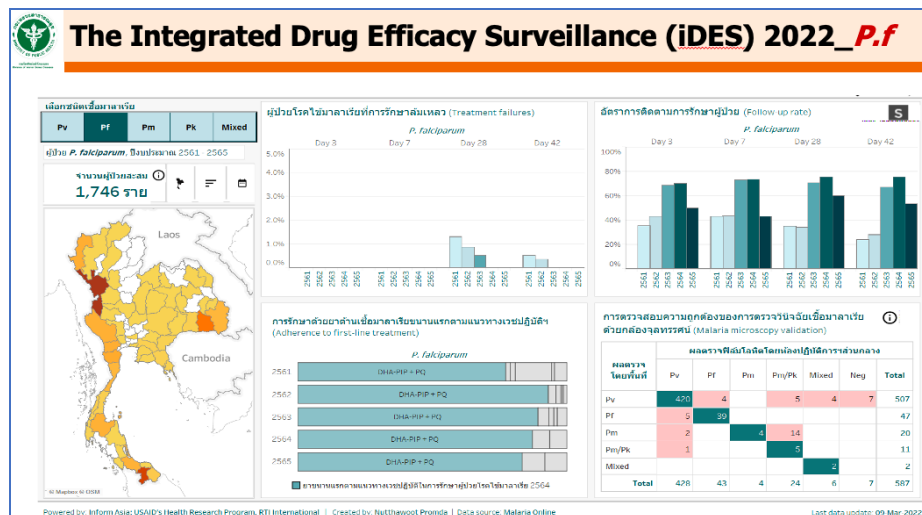
- การแจ่มแจ้ง จากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้การดำเนินการแจ่มแจ้งได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และความครอบคลุมชุมชนสารเคมี 61 %



- P.v การติดตามเจาะเลือดตรวจหลังจากได้รับยา จะมีการติดตาม 4 ครั้ง คือ วันที่ 7 วันที่ 14 วันที่ 28 และวันที่ 42 เพื่อติดตามอาการผู้ป่วยหายขาดหรือไม่



- *Pf* ไม่พบผู้ป่วยเก่าที่กลายมาเป็นผู้ป่วยใหม่ หลังจากได้ยาแล้วไม่เจอเชื้อใหม่อีก พิสูจน์ได้ว่ายาที่ใช้ปัจจุบันสามารถรักษาได้ 99%



ความร่วมมือที่ทำให้การดำเนินงานกำจัดมาลาเรียสำเร็จ

- เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยเฉพาะ CSO เป็นเครือข่ายสำคัญในการทำงานกำจัดมาลาเรีย
- ประสานความร่วมมือกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง คือ กระทรวงกลาโหมร่วมเข้าชุดค่ายชัตดกลในการควบคุมโรคมาลาเรีย สำหรับการป้องกันในกลุ่มทหารและตำรวจตระเวนชายแดนหรือเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่ป่าที่มีความเสี่ยงคล้ายกัน
- ศึกษาและการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเด็กนักเรียน
- กระทรวงมหาดไทย โดยทำงานร่วมกับ อบต. อปท. เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณกำจัดมาลาเรียในท้องถิ่นจากกองทุนสุขภาพตำบล

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

- การแจ่มแจ้งข่าวสารเคมี 1 หลัง/ 2 คน ในหมู่บ้านแพร่เชื้อ หากพบผู้ป่วยต้องดำเนินการตามมาตรการ 1 3 7
- ติดตามผู้ป่วยทุกรายเพื่อดูอาการและมีเชื้อติดต่อยาหรือไม่
- จัดทำแผนป้องกันการแพร่เชื้อใหม่ ซึ่งมีการประกาศจังหวัดปลอดโรคและกลับมาแพร่เชื้อใหม่ โดยต่อไปจะต้องเน้นควบคุมจังหวัดที่จะไม่กลับมาแพร่เชื้อใหม่
- แรงค้นหาผู้ป่วยในนักเรียน
- ส่งเสริม อสม. อสต. ในชุมชนให้มากที่สุด
- ความร่วมมือเครือข่ายของภาครัฐ CSO ที่ช่วยการทำงานของภาครัฐ

■ เป้าหมายการทำงานที่ทำงานของ CSO ที่มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานที่ชายแดนเป็นหลัก
ปัญหาหลัก และแนวทางแก้ไข และงานมาลาเรีย

- การกลับมาแพร่เชื้อใหม่ จากจังหวัดที่ปลอดเชื้อแล้วจะต้องมุ่งทำแผนไม่ให้เกิดกลับมาแพร่เชื้อใหม่
- ระดมทุนการทำงานเพื่อกำจัดมาลาเรีย จากหน่วยงานปกครองท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมกำจัดมาลาเรีย
- การบูรณาการการกำจัดโรคมมาลาเรียให้เข้าระบบสาธารณสุขทั่วไป คือ ระดับจังหวัด เพิ่มการมีส่วนร่วมของ อสม. อสต.
- กำจัดมาลาเรียบริเวณชายแดนโดยเฉพาะชายแดนไทย-เมียนมาร์
- ควรติดตามผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาให้ได้รับทุกยา
- เร่งกำจัดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งสูง (จังหวัดยะลา)
- สถานการณ์การสู้รบระหว่างประเทศที่ส่งผลต่อการดำเนินงานยุติมาลาเรียประเทศไทย คือชายแดนไทย-เมียนมาร์ที่ต้องอาศัย กลไกของ CSO อสม. ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมการทำงานอย่างเข้มข้น
- การรายงานผู้ป่วยได้รวดเร็ว และควบคุมโรคได้รวดเร็ว ซึ่งต้องกระจายระบบ M-health โดยการขยายไปสู่ชุมชนที่มี อสม. ค้นหาผู้ป่วย แจกมุ้ง และชุบมุ้งให้ในชุมชน

ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

- หากมีคนดื่มยาที่ไม่สะอาดและดื่มยาที่มีเชื้อ และมีลูกน้ำยุงที่มีเชื้อ จะทำให้คนนั้นติดเชื้อมาลาเรียหรือไม่
 - ในกรณีนี้เชื้อมาลาเรียเกิดจากยุงกันปล่อง ดังนั้นจะต้องมียุงไปกัดคนที่ป่วยซึ่งมีเชื้อในเลือด จากนั้นยุงจะไปกัดคนสุขภาพดีและปล่อยเชื้อทำให้คนที่ถูกยุงกัดติดเชื้อได้ ผู้ป่วยมาลาเรียสามารถติดเชื้อและป่วยได้หลายครั้งเพราะไม่มีภูมิคุ้มกันถาวร
- หากดูจากกราฟในแต่ละปีที่เหวี่ยงขึ้นและลง มีอะไรเป็นตัวแปรหรือไม่
 - เกิดจากการเร่งค้นหาผู้ป่วยที่ผ่านมามีการตรวจหาเชื้อมาลาเรียจำนวนเกือบหนึ่งล้านคน รวมถึงมีการแจกมุ้ง และทำงานประสานความร่วมมือระหว่างประเทศค่อนข้างต่อเนื่อง
- ข้อมูลที่ตัวเลขลดลงเป็นก็เปอร์เซ็นต์ที่เข้าไปในระบบ
 - ช่วงโควิด เจ้าหน้าที่ออกไปทำงานไม่ได้ ทำให้ค้นหาผู้ป่วย และแจกมุ้งไม่ได้ และมีการเคลื่อนที่ของแรงงานต่างชาติเข้ามาอย่างต่อเนื่อง
- มีการทำงานกับหน่วยงานกำลังชายแดนในฝั่งประเทศคู่ขนานด้วยหรือไม่ เพราะหน่วยงานกำลังฝั่งประเทศคู่ขนานจะเข้ามาให้บริการสุขภาพที่ฝั่งประเทศไทย
 - ในช่วงปกติที่ทำงานร่วมมือระหว่างประเทศ (5-6 ปี) สามารถทำงานได้ดีในระดับรัฐบาล แต่ในพื้นที่ชายแดนมีการทำงานที่ยากและมีอุปสรรคในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่
 - โครงการ RAI3E ที่ประเทศเมียนมาร์ยังไม่สามารถเซ็นสัญญาได้เนื่องจากสถานการณ์ทางการเมืองภายในประเทศ ทำให้คนไข้มาลาเรียที่ฝั่งประเทศเมียนมาร์เข้ามารับการรักษาที่ประเทศไทย ซึ่งข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ไทยคือไม่สามารถลงไปทำงานที่ประเทศเมียนมาร์ และกฎหมายไทยทำให้ไม่สามารถข้ามไปทำงานฝั่งประเทศคู่ขนานได้
- CSO ที่ทำงานมาลาเรียตามโครงการรับผิดชอบ มีการร่วมค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และเป็นส่วนหนึ่งของ อสม. และ อสต. ของ CSO และเป็นอาสาสมัครมาลาเรีย โดยมีการอบรมการเจาะตรวจหาเชื้อมาลาเรียซึ่งเป็นการติดอาวุธให้ อสม. และ อสต. สามารถตรวจได้ ทำให้คนกลุ่มนี้สามารถทำงานช่วยเหลือเสริมเจ้าหน้าที่รัฐได้มากขึ้น
- การทำงานที่จังหวัดยะลา ร่วมกับ YMAT ที่ทำงานในชุมชนโดยมี อสม. มาลาเรีย ติดตามผู้ป่วย ทำให้ตอนนี้จำนวนผู้ติดเชื้อมาลาเรียลดลงจากเมื่อก่อนที่ติดอันดับสูงสุดซึ่งถือว่าเป็นการทำงานที่ดี
- จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษมีการทำงานร่วมกับรัฐที่เห็นผลชัด
- จังหวัดทางฝั่งตะวันตกของประเทศไทยจะเป็นการทำงานรูปแบบยั่งยืนเพื่อกำจัดมาลาเรีย
- การทำงานของภาคประชาสังคมและรัฐนั้นภาคประชาสังคมต้องทำงานเพิ่มเชิงรุกร่วมกับรัฐเพิ่มขึ้น เนื่องจากรัฐบาลจะมีข้อจำกัดในการทำงาน
- การติดตามกำกับกินยาของผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลจากภาครัฐว่าจะไปติดตามตรงไหนได้ และการทำสไลด์ การเจาะผลเลือดที่ CSO จะช่วยงานของภาครัฐ
- มีการทำงานร่วมกันใน อบท. โดยภาคประชาสังคมเป็นหนึ่งในคณะทำงาน ซึ่งมีการพัฒนาอาสาสมัครอบรมเขียนโครงการขอทุนจากท้องถิ่น

- กลุ่มพี่น้องชาติพันธุ์พบว่ามีการนัดตลอดเวลา และจากยุทธศาสตร์ต้องกำจัดโรคมาลาเรียตามระยะเวลาที่มี อาจจะทำให้เหลือน้อยที่สุดได้ แต่ในสถานการณ์จริงและจากข้อเท็จจริง และอาจจะต้องมีการสะท้อนให้รัฐได้เห็นข้อเท็จจริงถึงสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ และวิเคราะห์ว่าสามารถกำจัดได้จริงหรือไม่ และภาครัฐและภาคประชาสังคมมีฐานข้อมูลที่ตรงกันหรือไม่ และมีสถานการณ์การที่เปลี่ยนไป ตัวแปรเพิ่มขึ้น พี่น้องชาติพันธุ์ที่เพิ่มขึ้น จะมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเพิ่มเติมหรือไม่
- การเชื่อมโยงงานกำจัดเชื้อมาลาเรียให้ไปสู่การดำเนินงานโดย อปท. ซึ่ง ณ ตอนนี้อยู่ที่อปท.อาจจะยังต้องการเวลาเตรียมความพร้อมทั้งพื้นที่ ทรัพยากร งบประมาณ ดังนั้นควรมีรูปแบบการจัดการและความเชื่อมโยงของภาคประชาสังคมกับท้องถิ่นที่ชัดเจน
- พี่น้องแรงงานต่างชาติดังกล่าวที่มีการข้ามชายแดนไปมาจะมีการประสานโดย อสต. หรือแกนนำเพื่อให้รับยาได้เร็วที่สุด แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจ่ายยาที่มีการควบคุม ซึ่งภาครัฐมีมาตรการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรการจริงหรือไม่
- ข้อมูลมาลาเรียอยู่ในฐานข้อมูลเดียวคือ มาลาเรียออนไลน์ซึ่งรวมข้อมูลจากทุกพื้นที่ ทุกโรงพยาบาลรัฐ และข้อมูลจะสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง ที่สามารถบอกจำนวนผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมดและครอบคลุม
- ผู้ที่เข้าเมืองแบบผิดกฎหมายเพราะภัยสงครามจะต้องได้รับการสนับสนุนและเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งที่ผ่านมามีงบประมาณจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาในการดำเนินงานด้านสุขภาพ
- กรณีมีผู้ป่วยที่แม่ฮ่องสอนที่ได้รับประสานงาน และสามารถให้ข้อมูลเพื่อดำเนินงานต่อหากภาคประชาสังคมต้องการดำเนินการติดตามต่อ
- หากมีผู้ป่วยในพื้นที่ที่สามารถทำหนังสือแจ้งเข้าไปที่กองโรคติดต่อโดยแมลงซึ่งจะมีการบันทึกลงในระบบและหลังจากนั้นจะส่งอุปกรณ์และเบิกจ่ายยาให้กับผู้ป่วย
- การทำงานร่วมกับ อบต. ที่เป็นเป้าหมายหลักของการทำงานเพราะในอนาคตจะต้องมีการกระจายอำนาจ และงบประมาณที่อปท.ได้รับงบเพื่อใช้ในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นกองทุนตำบลที่ส่งไปให้ อบต. 45 บาท/คน ตามที่พื้นที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียเพื่อดำเนินการกำจัดมาลาเรีย โดยบางพื้นที่มีงบประมาณการควบคุมโรคในท้องถิ่นจำนวนมาก
- ในแง่ของโรคระบาด การค้นหาและรักษาเลยน่าจะสำคัญที่สุด และหากภาคประชาสังคมจะต้องเป็นคนเดินเข้าไปหาภาครัฐอาจจะทำให้การทำงานเป็นไปได้ช้า ดังนั้นการทำงานควรมีการประสานความร่วมมือเพื่อเสริมการทำงานและลดข้อจำกัดของภาครัฐ ซึ่งภาครัฐและภาคประชาสังคมควรวางบทบาท และจัดระบบ งบประมาณ ที่ชัดเจนมากขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือต่อเนื่องกันอย่างใกล้ชิด การจัดประชุม การนำเสนอ และการลงพื้นที่ทำงานร่วมกัน รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลของรัฐที่ต้องประชาสัมพันธ์ว่าสิ่งใดที่เผยแพร่ได้และสิ่งใดที่ไม่สามารถเผยแพร่ได้
- จำนวนคน 1,400 คน คือ คนที่มีการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างชายแดน ดังนั้นกิจกรรมควรมีมาตรการอื่น ๆ ที่มากกว่าการแจกมุ้งหรือไม่ เพราะที่ผ่านมาการทำงานของภาคประชาสังคมเข้มแข็งมาก และมีรูปแบบการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ที่สามารถนำไปเป็นต้นแบบการดำเนินงานได้
- ภาคราชการที่มีความหลากหลาย มีคนที่พร้อมทำงานกับภาคประชาสังคม แต่บางหน่วยงานก็มีความไม่สะดวกในการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม และการแบ่งปันข้อมูลกับภาคประชาสังคมที่ต้องแบ่งปันร่วมกัน ที่ยังเป็นปัญหาอยู่และเป็นประเด็นนโยบายและทิศทางของผู้บริหาร
- โรคมาลาเรียเกิดที่ตะเข็บชายแดนส่วนใหญ่ แต่แนวปฏิบัติ นโยบาย ความร่วมมือของพื้นที่เพื่อนบ้านที่มีการลดเรื่องการติดเชื้อได้อย่างไร โดยเฉพาะพื้นที่เมียนมาร์
 - การยุติโรคมาลาเรียในพื้นที่ชายแดนจะต้องได้รับความร่วมมือระหว่างประเทศคู่ขนานเพราะคนข้ามแดนไปมา และมีมาตรการ 137 ที่ทั้งสองประเทศต้องทำ โดยเป็นมาตรการที่เป็นมาตรฐาน ที่ทำในประเทศลาว กัมพูชา พม่า รวมไปถึงการแจกมุ้ง การซุ่ม การติดตามผู้ป่วยที่ทำได้ถึง 90% การดำเนินงานแบบประสานร่วมกับระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมจะทำให้โรคระบาดในพื้นที่ชายแดนลดลง แต่ในกรณีของประเทศเมียนมาร์อาจจะต้องใช้เวลาเพราะชายแดนตอนนี้อยู่ในรัฐบาลเมียนมาร์ควบคุม (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งมีความขัดแย้งกันภายในประเทศ)
- ควรมีการศึกษาแนวนโยบาย การดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ และการนำเข้านวัตกรรมใหม่ ๆ เครื่องมือใหม่มาใช้แล้วในงานมาลาเรียมาแนวปฏิบัติและนวัตกรรมไปใช้ในกลุ่มประชาชนอย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

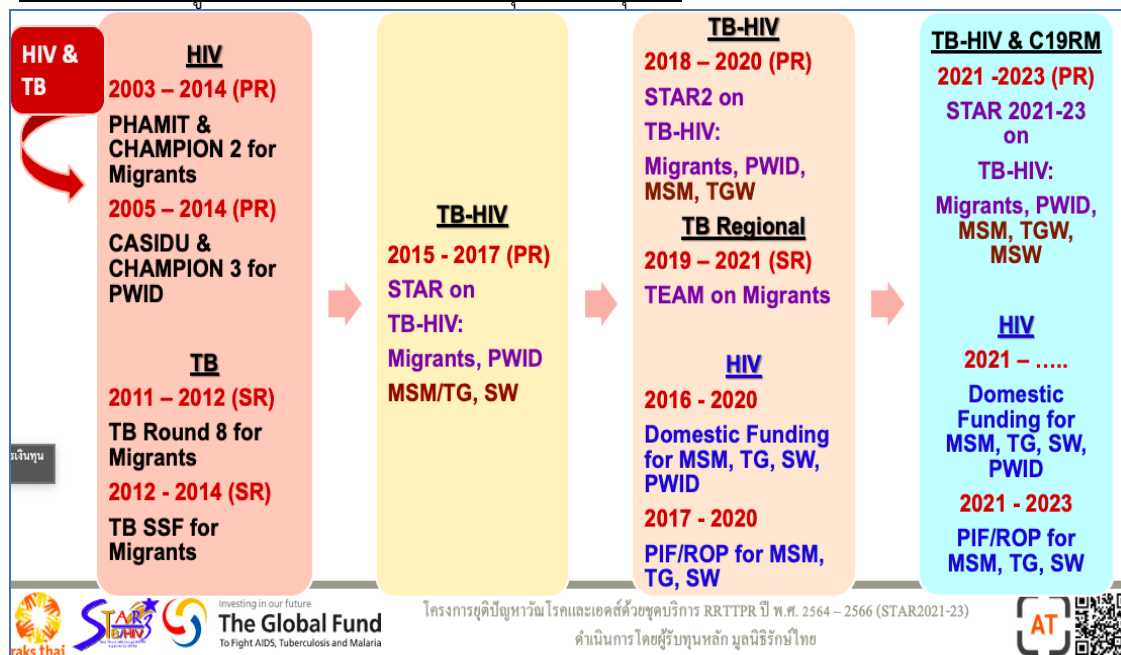
- การทำงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนควรมีการประสานความร่วมมือเพื่อเสริมการทำงาน เพื่อลดข้อจำกัดของภาครัฐ ซึ่งภาครัฐและภาคประชาสังคมควรวางบทบาท และจัดระบบงบประมาณที่ชัดเจนมากขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือต่อเนื่องกันอย่างใกล้ชิด การจัดประชุม การนำเสนองาน และการลงพื้นที่ทำงานร่วมกัน รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลของรัฐที่ต้องประชาสัมพันธ์ว่าสิ่งที่เผยแพร่ได้และสิ่งที่ไม่สามารถเผยแพร่ได้
- การศึกษาแนวนโยบาย การดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ และการนำเข้้นวัตกรรม เครื่องมือมาใช้แล้วในการทำงานเพื่อยุติมาลาเรีย

สาระสำคัญของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ภายใต้การบริหารจัดการของมูลนิธิรักษ์ไทย

นำเสนอ: คุณต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์ ผู้อำนวยการฝ่ายคุณภาพโครงการ มูลนิธิรักษ์ไทย

ผลการดำเนินงานเอชและวัณโรคนานด้านวัณโรคและเอดส์

ประสบการณ์ของมูลนิธิรักษ์ไทย ในการบริหารเงินทุนของกองทุนโลก



ผลการดำเนินงานโครงการ STAR 2021-23 ไตรมาส 4 – 5 (O4-Q5)

- ผู้รับทุนหลัก
- ผู้รับทุนรอง 20 หน่วยงาน
 - 19 หน่วยงาน สำหรับงาน TB-HIV
 - 18 หน่วยงาน สำหรับงาน C19RM (อีก 2 หน่วยงานรับเฉพาะสินค้า)
- ผู้รับทุนย่อย C19RM (SR TNAF) 12 หน่วยงาน
- บัณฑิตข้อตกลงความร่วมมือ C19RM (APW) 14 หน่วยงาน

ผลการดำเนินงานโครงการ (ภาพรวม)

- ตั้งเป้าหมายการใช้เงินมากกว่า95% และมีเป้าหมายการดำเนินงานให้มากกว่าหรือเท่ากับระดับ A2
- ผลการดำเนินงานด้านการเงิน ในไตรมาสที่ 4-5 เฉลี่ย 75.3% และมีการใช้งบประมาณดำเนินงานตั้งแต่ไตรมาสที่ 1-5 เฉลี่ย 87.6%
- ผลการดำเนินงานด้านโครงการในไตรมาสที่ 4-5 เฉลี่ย 67%

ผลการดำเนินงานโครงการด้านเอชไอวี/เอดส์ (ภาพรวม)

Indicator or Type	Indicator Details	Target				Result				
		Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Data Source
Impact	HIV I-4 Number of AIDS-related deaths per 100,000 population ตายด้วยเอดส์ ต่อแสน	11.86			2022	13.36 ↑			2021	Spectrum-AEM 2021, 22 Apr.2022
Impact	HIV I-14 Number of new HIV infections per 1000 uninfected population ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ ต่อพัน	0.06			2022	0.09 ↑			2021	Spectrum-AEM 2021, 22 Apr.2022

การใช้ข้อมูลอย่างอนามัย										
Indicator Type	Indicator Details	Target				Result				
		Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Data Source
Outcome MSW	HIV O-5 M Percentage of sex workers reporting the use of a condom with their most recent client	381,552	385,406	99.00%	2021	345	385	89.61%	2018	BBS Division of Epidemiology
Outcome MIG	HIV O-7 Percentage of other vulnerable populations who report the use of a condom at last sexual intercourse	130 (12%)			2021	558	2,003	27.86%	2021	BBS Raks Thai Foundation and Division of Epidemiology
Outcome PWID	HIV O-9 Percentage of people who inject drugs reporting condom use at last sex				2022	82	233	35.19%	2020	BBS Division of AIDs and STIs

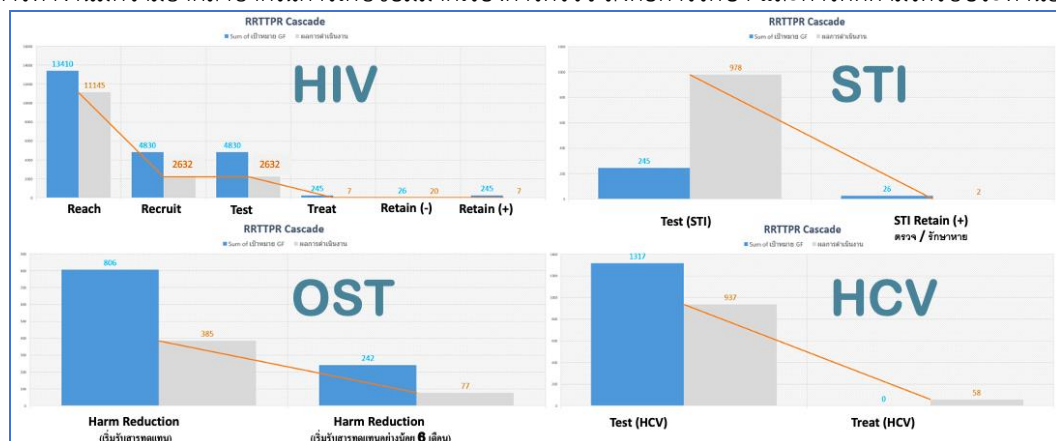
Indicator Type	Indicator Details	Target				Result				
		Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Year	Data Source
Outcome เข็ม	HIV O-6 M Percentage of people who inject drugs reporting the use of sterile injecting equipment the last time they injected				2022	543	843	64.41%	2020	BBS Division of AIDs and STIs
Outcome ตรวจ HIV	HIV O-11 M Percentage of people living with HIV who know their HIV status at the end of the reporting period	637	910	70.00%	2021	497,681	520,345	95.64%	2022	N: NAP web report D: Spectrum-AEM 2021, 22 Apr.2022
Outcome Viral load	HIV O-12 Percentage of people who living with HIV and on ART who are virologically suppressed.					220,936	416,037	53.10%	2022	NAP

ผลการดำเนินงานโครงการต้านวัณโรค (ภาพรวม)

Coverage Indicator Details	เป้าหมาย Target			ผลงาณ Result			Achievement Ratio (Q4-Q5)	Achievement Ratio (Q1-Q3)	Data sources (Q4-Q5)		
	Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)	Numerator (#)	Denominator (#)	Percentage (%)			PR&SR Report	NAP and other	Remarks
TCP-6b Number of TB cases (all forms) notified among key affected populations/ high risk groups (other than prisoners)	1,232			389			32%	28%	389		

ผลการดำเนินงานโครงการ STAR (2021-23) ในกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (PWID)

-การทำงานมีความยากลำบากในการเก็บข้อมูลมากเรื่องการตรวจ ส่งต่อการรักษา และการติดตามให้รับประทายยา



ศูนย์ C- FREE : 2565

- จังหวัดเชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, DIC เชียงใหม่: ทีดีเอ็น
- กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยโรคเอดส์/โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; DIC สำโรง (บ้านมิตรภาพ): รักษาไทย, DIC ภาษีเจริญ: อพาส, DIC กรุงเทพฯ-นนทบุรี: โอโซน, ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร; ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก ก้าวใหม่ ลาดพร้าว, ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง, ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 กรุงเทพมหานคร
- จังหวัดตาก: โรงพยาบาลแม่ระมาด, DIC แม่ระมาด: ก๊ฟโฮป
- จังหวัดนราธิวาส: โรงพยาบาลสุโงะ โกล, DIC สุโงะโกล: พุเกตเตอร์

- จังหวัดสงขลา: โรงพยาบาลจะนะ, DIC จะนะ: เครือข่ายสงขลา

จำนวนอาสาสมัครในโครงการ

- ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 2,267 คน
- เข้ารับการตรวจไวรัสตับอักเสบบี 946 คน

ข้อมูลประชากรที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด

- แยกเพศ: 85% ชาย (14% MSM), 14% หญิง, 1% TG
- Active IDU ใช้สารเสพติดและยังฉีดอยู่ 35 %
- Active drug use ใช้สารเสพติด แต่ไม่ฉีด 66 %

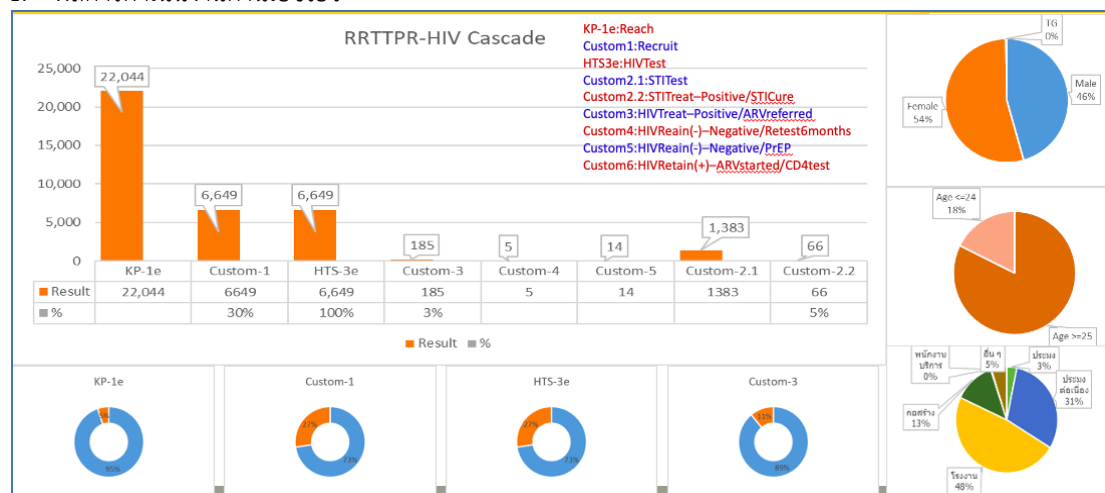
อัตราการรักษาหายดีเลิศ

- การรักษาไวรัสตับอักเสบบี ในศูนย์ซีพีรี C-FREE HCV Treatment Cascade Per protocol SVR (CURE): 94.3%

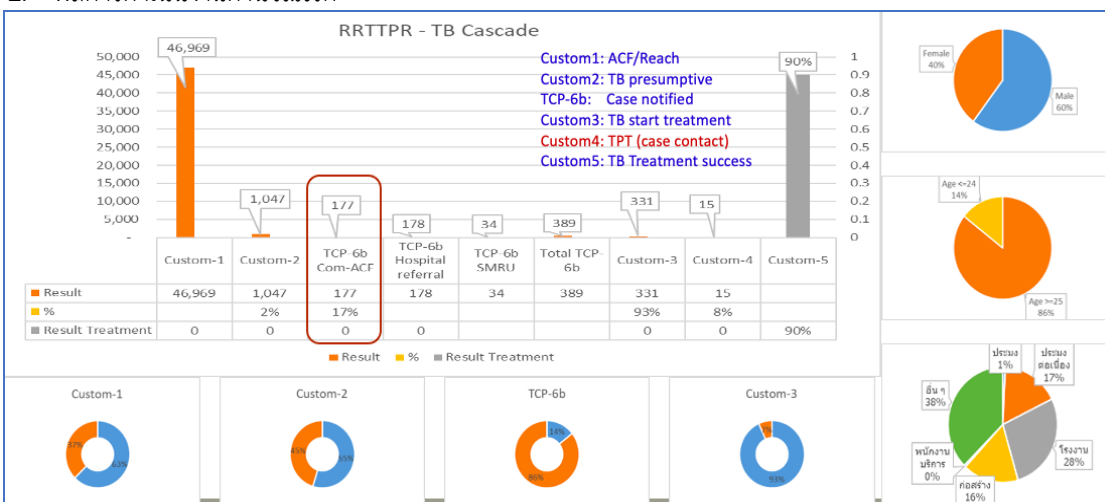
ผลการดำเนินงานโครงการ STAR 2021-23 ในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ (MIGRANT)

(พื้นที่ดำเนินงานยึดตามเป้าหมายของ สปสช. ในการทำงาน เนื่องจากงบประมาณกิจกรรมลงพื้นที่มาจาก สปสช. ขณะที่กองทุนโลกได้สนับสนุนงบประมาณบุคลากรและการบริหาร)

1. ผลการดำเนินงานด้านเอชไอวี

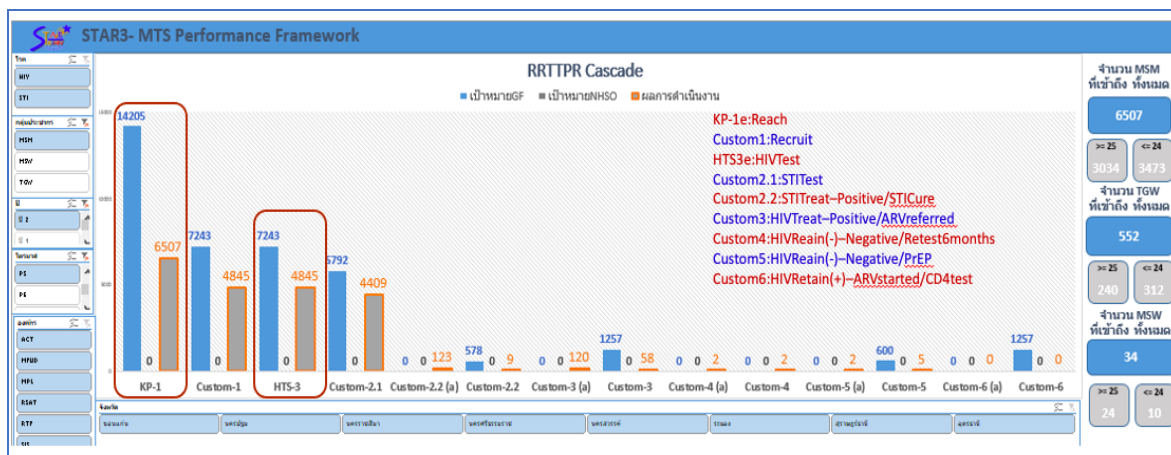


2. ผลการดำเนินงานด้านวัณโรค



ผลการดำเนินงานโครงการ STAR 2021-23 ในกลุ่ม MSM

- คลินิกเคลื่อนที่ HIV
- คลินิกเคลื่อนที่ COVID ที่มีอาสาสมัครลงพื้นที่โดยการสวมชุด ลงตรวจโควิดร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ



เป้าหมายการดำเนินงาน เปรียบเทียบเป้าหมาย GF และเป้าหมาย สปสช.

GF Target VS NHSO Target ปี พ.ศ. 2565

KP	RT	GF	NHSO	%	GAP
MSM	Reach	23,673	9,526	40	14,147
	Test	12,071	9,526	79	2,545
TGW	Reach	3,789	1,799	47	1,990
	Test	1,931	1,799	93	132
MSW	Reach	747	390	52	357
	Test	381	150	39	231

ผลการดำเนินงานโครงการ การใช้ Oral Fluid Test (OFT)

1. ผลการดำเนินงาน Q1-Q3

- MSM = 328 ตรวจโดย OFT / 325 ไม่มีปฏิกิริยา / 6 บวก
- TGW = 27 ตรวจโดย OFT / 26 ไม่มีปฏิกิริยา / 0 บวก
- MSW= ไม่มีการตรวจ โดย OFT
- PWID = 548 ตรวจโดย OFT / 536 ไม่มีปฏิกิริยา / 2 บวก
- MIG = 867 ตรวจโดย OFT / 862 ไม่มีปฏิกิริยา / 2 บวก
- การใช้ถุงยาง 20 ชิ้นต่อคน กลุ่ม Migrant และ กลุ่ม PWIDยังไม่ถึงอัตราการใช้ปกติ ทั้งนี้ในกลุ่มเฉพาะพบว่า มีค่าเฉลี่ยในการใช้ 22 ชิ้น/คน

ประเด็นที่ต้องการพัฒนาในงานโครงการ STAR 2021-23

นวัตกรรมของโครงการ: TB-HIV

1. ศูนย์ตรวจไวรัสตับอักเสบซี/บี เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (C-FREE)
2. ศูนย์ตรวจเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (KPLHS ขยายผล USAID/FHI360)
3. ศูนย์คัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคในชุมชน (Community led TB)
4. การใช้ออนไลน์ ในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยพยาบาล
5. การใช้ OFT&FPT (โดยผู้เชี่ยวชาญ) ที่นำไปสู่ OFT&FPT (ด้วยตนเอง)
6. บูรณาการ 3 โรค เอชไอวี วัณโรค โคโรนา
7. การจัดการบริการให้เมทาโดนในชุมชน

ประเด็นที่ต้องการพัฒนา: การดำเนินงาน HIV

1. การศึกษาปัญหาและแรงจูงใจ ของกลุ่มประชากรในการตัดสินใจตรวจหาเชื้อ HIV
2. ส่งเสริมการตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยตัวเอง (โดยเฉพาะผ่านออนไลน์)
3. เพิ่มการใช้ OFT/FPT ด้วยตนเอง และทำให้กลุ่มประชากร เข้าถึงชุดตรวจที่ร้านขายยา ตู้รอปิ่น หน่วยงานภาคประชาสังคม

4. แยกกลุ่มในการออกแบบการทำงาน
 - กลุ่มอายุ (MSW, PWID)
 - กลุ่มอาชีพ (MIGRANT รูปแบบการทำงานที่ปรับเปลี่ยน และความชุก HIV สูง)
5. พัฒนาคุณภาพ และลดความซ้ำซ้อนของรายงาน (เช่น รายงานโครงการ รายงาน NAP ฯลฯ)

ประเด็นที่ต้องการพัฒนา: การดำเนินงาน TB

1. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเต็มกำลัง (เจอหน้า และออนไลน์) โดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น
2. สนับสนุนกิจกรรม Mobile-CXR และ Community Led TB การตรวจวินิจฉัยวัณโรคในชุมชน
3. บูรณาการงานวัณโรคในชุมชน เข้ากับการรณรงค์โควิด-19 และการขึ้นทะเบียน Health Check up
4. ประเมินประสิทธิภาพเครื่องมือ และกระบวนการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค
5. ส่งเสริมให้ประชากรข้ามชาติ เข้าถึงการตรวจวัณโรคด้วยเครื่อง Gene X-Pert ที่โรงพยาบาล และตรวจ IGRA สำหรับ LTBI ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
6. ติดตามและพัฒนาคุณภาพการรายงานด้านวัณโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ
7. นำประเด็นเรื่อง S&D ใน TB มาปรับใช้ในการพัฒนาชุดกิจกรรมวัณโรค
8. เพิ่มการทำงานเครือข่ายกับภาคธุรกิจ

ประเด็นที่ต้องการพัฒนา: คนทำงาน

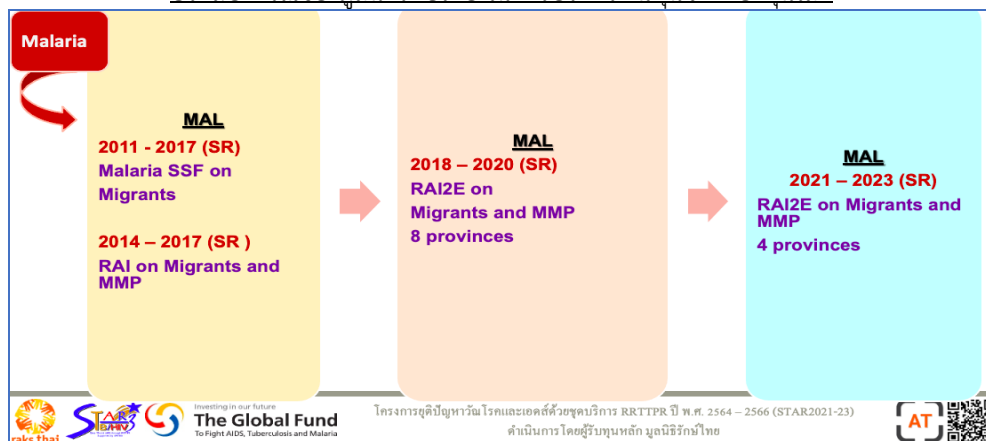
1. จัดเจ้าหน้าที่ ให้ครบ พัฒนาให้เร็ว อย่างมีคุณภาพ และรักษาให้คงอยู่
2. พัฒนาเจ้าหน้าที่ ให้ได้รับการรับรอง CHW เพื่อการให้การปรึกษาและตรวจเลือดฯ ได้
3. การพัฒนาและรับรอง อสต. เช่นเดียวกับ อสม.
 - TB: พัฒนาศักยภาพ อสต. ให้ช่วยคัดกรองจากชุมชน กำกับการกินยา ติดตามผู้ป่วย
 - HIV: ซึ่เป้า ชักชวน และติดตามเพื่อน
4. เพิ่มประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้ออนไลน์ (ค้นหา ชักชวน ตรวจ รักษา และติดตาม)

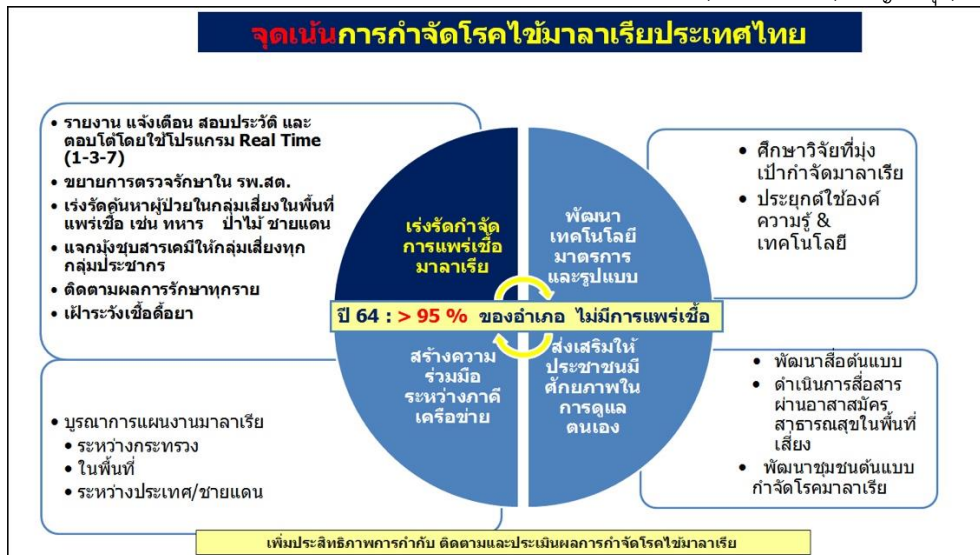
ประเด็นที่ต้องการพัฒนา: นโยบาย

1. การถ่ายโอนจากเงินทุนต่างประเทศ สู่เงินทุนในประเทศ
 - 1.1 ผลักดันให้เกิดการเบิก-จ่าย จากรัฐกรณ์ใช้ชุดตรวจ HIV ด้วยตนเอง (เช่นเดียวกับ ATK)
 - 1.2 เงินทุนด้านการป้องกันของ สปสช. ที่ควรต้องเพิ่มขึ้น (งบจัดสรรปี 2565 ลดลง)
2. การรับรองคนทำงาน และองค์กร
 - รับรองคน CHW, อสต.
 - รับรององค์กร ไม่ควรยึดติดกับการรับรองคน และไม่ควรเป็นข้อจำกัดการให้เงินทุน
2. นโยบายที่ยังเป็นอุปสรรค
 - การลดอันตรายจากยาเสพติด และเข็มสะอาด ยังไม่ปรากฏชัดเจน
 - ประมวลกฎหมายยาเสพติด และอนุบัญญัติ รวมถึงแนวทาง/คำสั่ง ที่ขาดความร่วมมือของภาคประชาสังคม ในการออกแนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ทบพวน แก้ไข
 - วัณโรคที่อยู่ใน 7 โรคร้ายแรงในการขึ้นทะเบียน

ผลการดำเนินงานด้านมาลาเรีย

ประสบการณ์ของมูลนิธิริักซ์ไทย ในการบริหารเงินทุนจากกองทุนโลก





กิจกรรมในพื้นที่

- การทำแผนที่หมู่บ้าน A1 และสถานที่ทำงาน (ตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ ประชากร พฤติกรรม การวิเคราะห์ความเสี่ยง การใช้มุ้ง ข้อมูลประชากร)
- การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรม และหลักฐานทาง สังคมของชุมชนและสถานที่ทำงาน
- กระจายมุ้ง LLIN/LLIHN ให้กับประชากรข้ามชาติในพื้นที่ A1 (หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้อมาในหมู่บ้านในปัจจุบัน) ทำ ได้ตามเป้า 100% แจกพร้อมอุปกรณ์ยุงชีวะในช่วงสถานการณ์โควิด 19
- ภาคประชาสังคมสนับสนุนกิจกรรมการกำจัดโรค 1-3-7 (แจ้งเตือน-สอบสวน-ควบคุม) โดยเน้นที่การให้สุขศึกษา และการดำเนินการของชุมชน ในวันที่ 7 ทั้งนี้ภาคประชาสังคมยังไม่ได้รับอนุญาตให้ทำ และที่ทำได้คือการให้ความรู้ ด้านสุขภาพ
- ภาคประชาสังคมสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ACD) ในประชากรที่มีความเสี่ยงผ่านทาง BMC หรือกิจกรรม ชุมชนอื่น ๆ สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยชุมชน ผ่านการช่วยเหลือส่งต่อผู้ที่มีอาการ หรือผู้มีความเสี่ยงสูง ไปที่คลินิกมาลาเรียเพื่อ ทำการทดสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ยีนย่นผล และทำการรักษา จะมีเจาะเลือดโดยหน่วยงานภาครัฐโดยมีภาคประชา สังคมช่วยค้นหา และส่งต่อเคสให้ MP MC ลงไปตรวจหาเชื้อ
- ภาคประชาสังคม ต้องทำให้มั่นใจว่าเคสมาลาเรียทั้งหมด ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดการรักษา (โดยติดตามให้ผู้ป่วย โรคไข้มาลาเรียทุกรายรับประทานยาต่อหน้าให้ครบ supervised treatment) ติดตามคนที่ต้องกินยา สนับสนุน เยี่ยมต่อเนื่อง
- ประสานงาน รมรณรงค์กับ เจ้าของสถานที่ทำงาน/ผู้จัดการ และบุคคลในตำแหน่งที่ตัดสินใจได้ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ อันดี และส่งเสริมบริการสุขภาพสำหรับพนักงานและแรงงานข้ามชาติ

ประเด็นที่ส่งผลต่อความสำเร็จโครงการ

1. การทำงานควบคุมมาลาเรีย หน่วยงาน นคม และ ศตม ต้องให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาคประชาสังคมอย่างดีใน พื้นที่
2. การออกหน่วยควบคุมโรคมมาลาเรีย ร่วมกับ นคม ทำให้ชาวบ้านมารับบริการเจาะเลือดเพิ่มขึ้นและให้ความร่วมมือ เพิ่มขึ้น
3. การทำงานควบคุมโรคมมาลาเรีย จำเป็นจะต้องมีภาคหลายส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้านที่ติด ชายแดนด้วย จึงจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมมาเลเรียมีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. อาสาสมัครในพื้นที่ ช่วยทำให้ชาวบ้านและกลุ่มแรงงานไว้วางใจ ในการเข้าทำกิจกรรมในสถานประกอบการ

สาระสำคัญของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ภายใต้การบริหารจัดการของกรมควบคุมโรค

โครงการด้านเอดส์และวัณโรค

นำเสนอ: คุณบุษบา ตันติศักดิ์ (นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ, นักวิชาการด้านเอดส์ และ TB/HIV กรมควบคุมโรค)

เป้าหมายโครงการ:

- 1) เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จาก 5,000 คน ปี 2562 ให้เหลือน้อยกว่า 1,000 คน ในปี 2573
- 2) เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ลดลงจาก 150 ต่อแสนประชากร เหลือ 133 ต่อแสนประชากร ในปี 2566

กลุ่มประชากร: MSM/MSW, TGW, PWID, Prisoners, Migrants and displaced persons, TB patients, PLHIV, TB/HIV patients, People at high risk of TB และ HHC

พื้นที่: 27 จังหวัด

งบประมาณ 60,648,470 USD

- 1) PR-DDC 27,203,055 USD
- 2) PR-RTF 33,445,415 USD

การดำเนินงานด้านวัณโรค (TB)

1. ขยายการค้นหาวัณโรคที่เข้มข้นขึ้น
2. ขยายการป้องกันและดูแลในผู้สัมผัสส่วนโรคร่วมบ้าน
3. เพิ่มการมีส่วนร่วมบริการวัณโรคของผู้ให้บริการและชุมชน
4. เพิ่มขีดความสามารถการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคด้วยยา
5. เพิ่มการดูแลและป้องกันวัณโรคในเด็ก

การดำเนินงานด้าน HIV

1. เพิ่มการเข้าถึงโดยปรับปรุงการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลัก
2. จัดหาและบูรณาการบริการลดอันตรายจากยาเสพติดร่วมกับโปรแกรมการบำบัดด้วยสารทดแทนอนุพันธ์ฝิ่น
3. จัดบริการเพร็พ (PrEP) แก่ MSM/TGW/MSW
4. พัฒนาและให้บริการ STI โดยชุมชน
5. จัดให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง หรือแกนนำในชุมชน
6. จัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับ Migrant/Refugee

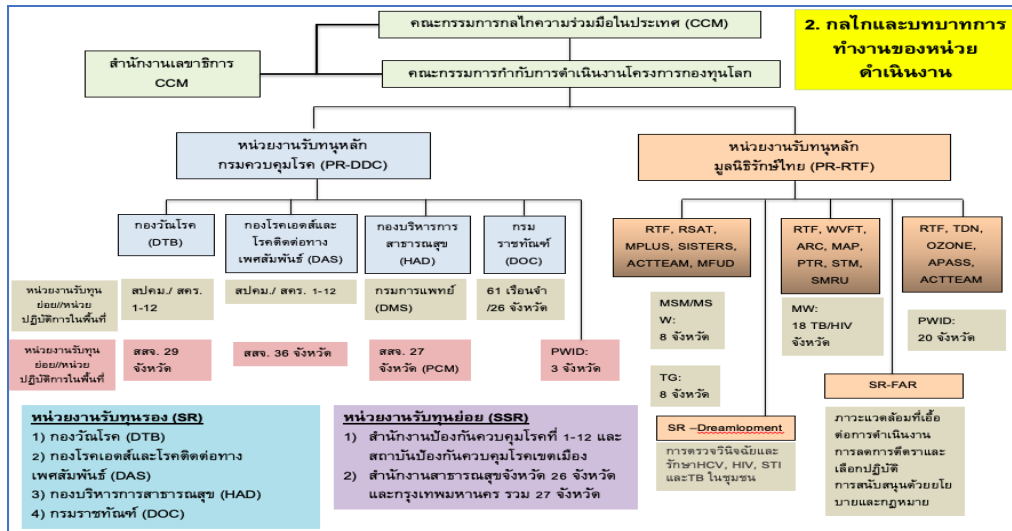
การดำเนินงาน RSSH: TB/HIV

1. สร้างพันธมิตรเพื่อยุติปัญหาเอดส์และวัณโรคในระดับชาติ ภูมิภาค และจังหวัด
2. พัฒนาทรัพยากรสนับสนุนเทคนิควิชาการและนวัตกรรม ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน
3. ลดอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน
4. เสริมสร้างกลยุทธ์และระบบติดตามประเมินผล

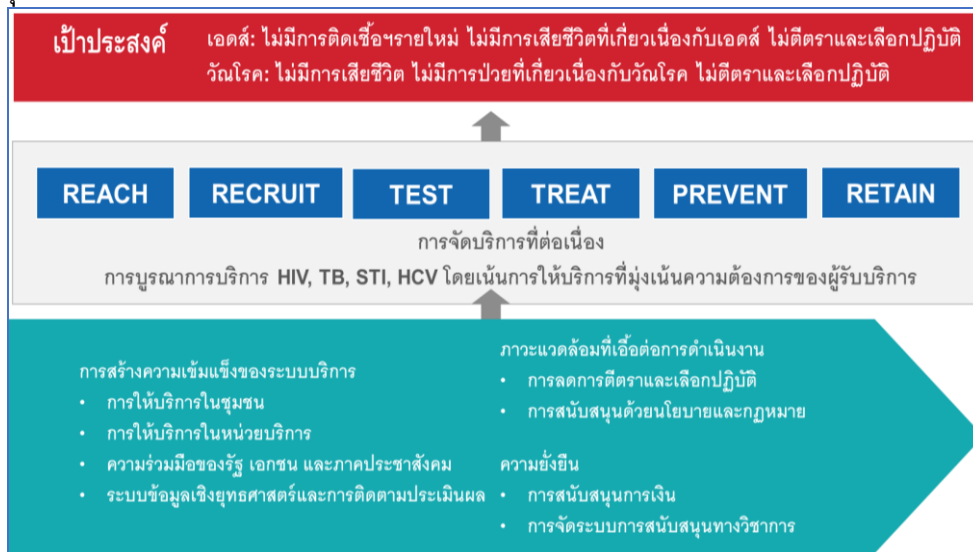
สรุปผลการดำเนินงานด้านเอชไอวี

- กำลังมีการนำเข้ายา (บลูฟิโนฟีน) เข้ามาใช้ในประเทศไทยแทนการใช้ยาเมทาโดนเพราะต้นทุนกว่าซึ่งหากทำได้จะมีการขับเคลื่อนเข้าสู่สิทธิประโยชน์การรักษาต่อไป
- ที่ผ่านมามีการใช้ยา PrEP เพิ่มมากขึ้นและสามารถเบิกในสิทธิประโยชน์ สปสช. รวมถึงสนับสนุนในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และภาคประชาสังคมให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย
- STI โดยชุมชน ที่มีการตรวจหนองในแท้ หนองในเทียม ซึ่งในการดำเนินงานต่อไปจะต้องมีการปรับแผนในเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี จะมีการใช้งบประมาณของกองทุนโลกเพื่อดำเนินโครงการ
- การตรวจด้วยชุดตรวจ Oral Fluid Test ทั้งในเรือนจำที่มีการอบรมอาสาสมัครให้สามารถตรวจเองได้ ซึ่งมีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนออนไลน์ ให้พยาบาลในเรือนจำกับอาสาสมัครเรียนการตรวจด้วยตนเอง
- การจัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ให้กับคนไทยที่ไม่ใช่คนไทย และอยู่พื้นที่ชายแดนให้ครอบคลุม
- กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ จากตัวชี้วัดผลกระทบระยะ มี 8 ตัว จากร้อยละของประชากรหลักที่ติดเชื้อเอชไอวี
- มี 14 ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์
- มีผู้ที่รักษาและรับยาต้านไวรัส และกดไวรัส โดยผู้ได้รับยาต้านจะถูกเก็บในระบบ NTIP
- ดำเนินงานด้านการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่ดำเนินร่วมงานการทำงานด้านเอชไอวี

กลไกหน่วยงานและบทบาทการทำงาน ดำเนินงาน



กรอบยุทธศาสตร์วินโรค



การดำเนินงานกิจกรรม:

1. ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้านวินโรคและเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพ
2. พัฒนาแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ปัญหาเอดส์และวินโรครายจังหวัด
3. เสริมสร้างกลไกประสานงานวินโรคและเอดส์ระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจระดับจังหวัด (PCM)
4. พัฒนาการระดมทรัพยากรระดับประเทศ และสมรรถนะทางวิชาการและนวัตกรรม สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรชุมชนในการจัดการบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและวินโรค
5. ระบบรายงานข้อมูลวินโรค NTIP
6. ติดตามการดำเนินงานวินโรคและเอชไอวีในชุมชน (Community Think Tank)
7. ทบทวนโปรแกรมดำเนินงานและประเมินผล

ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

- การขอ PrEP ในบางพื้นที่มีปัญหาในการลงข้อมูล และต้องมีสิ่งที่ช่วยให้ PWID เข้ามาใช้บริการ ซึ่งบางจังหวัดที่เน้นจังหวัดสีขาวจะทำให้มีปัญหาในการให้บริการสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด (PWID)
- ทำงานเข้าถึงผู้ต้องขังประมาณ 80%
- ชุดตรวจ Oral Fluid test เป็นการตั้งข้อกำหนดจากระบบ สปสช.
- ในกรณีขาดสต็อกในการรักษาวินโรคแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมียาตัวหนึ่งที่พบว่ามีการปนเปื้อน ทำให้ยาเข้ามาใหม่ล่าช้า
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วตรวจไม่เจอวินโรค ควรได้รับการรักษาวินโรคแฝง
- การทำงานโดยภาพรวมอยู่ที่ B1 คือ 60-89%
- ผู้ป่วยวินโรคใช้ระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก ที่ผ่านมามีการเข้าตรวจและเข้าถึงยาได้น้อย

- การใช้งบประมาณในไตรมาสที่ 5 อยู่ที่ 48% และภายในเดือนกันยายนนี้ต้องใช้งบประมาณให้ได้เพิ่มขึ้นอีก 70-80% ถ้ามีการใช้เงินน้อยจะดึงเงินและลดเงินในฐานวงเงินของการได้รับทุนในรอบหน้าของกองทุนโลก

โครงการด้านมาลาเรีย

นำเสนอ: คุณคันสนีย์ โรจนพนัส (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, นักวิชาการด้านมาลาเรีย กรมควบคุมโรค)

ผลการดำเนินงาน

- มีการสนับสนุนยารักษาไข้มาลาเรีย ซึ่งพบว่ามีการใช้ยาจำนวนมากสูงขึ้น ดังนั้นจึงมีการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมการเข้าถึงการรักษาให้กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
- ประสานความร่วมมือในระดับภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง 4 ประเทศ คือ เวียดนาม กัมพูชา ลาว เมียนมาร์และไทย
- พัฒนาความร่วมมือระหว่าง CSO กับภาครัฐ

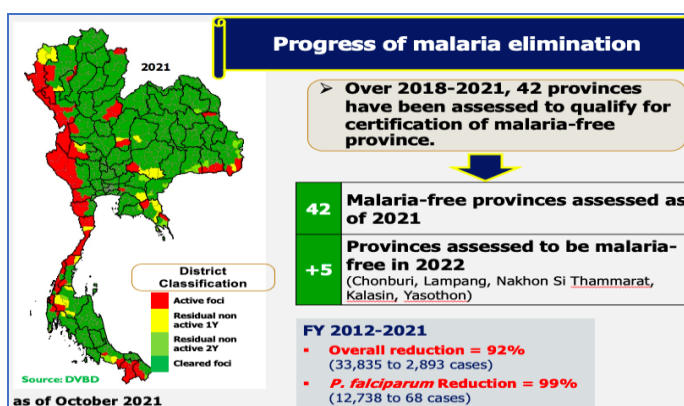
นวัตกรรม

- การดำเนินกิจกรรมเชิงบูรณาการเพื่อสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติโดยการจัดการเคสที่ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการเคสร่วมกัน
- ดำเนินงานโครงการ RAI3E เพื่อกำจัดมาลาเรียให้หมดไปโดยมุ่งเน้นการกำจัดยุงพาหะ การแจกมุ้ง การใช้มุ้ง ระบบการรักษา การติดตามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา การติดตามการดื้อยา และการให้สุขศึกษาทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มโรงเรียน

ผู้รับทุน

- ผู้รับทุนย่อย: กองโรคติดต่อมาลาเรีย (สคร. สดม. นคม. สสจ. YMAT, SSR-Stella Maris, SMRU, มูลนิธิรักษ์ไทย
- International Rescue Committee: IRC ที่รับผิดชอบในพื้นที่ศูนย์อพยพ จำนวน 7 ศูนย์

พื้นที่ดำเนินงาน



การดำเนินงานตามมาตรการ 137

- IRC, SMRU มีสถานบริการที่มีแพทย์ พยาบาล กิจกรรมในศูนย์อพยพแต่ยังไม่ได้ทำงานในเชิงจิตวิทยา

ตัวชี้วัด

- มุ้งมีพอเพียง แต่มีการใช้มุ้งต่ำ (การนอนในมุ้งค่อนข้างต่ำ)
- การแจกมุ้งสามารถดำเนินการได้เกินเป้า
- การได้รับการตรวจและจำนวนยอดที่ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น
- ปัญหาในการดำเนินงานอยู่ที่การดึงข้อมูลจากส่วนกลางที่จะนำไปวางแผนการทำงานในพื้นที่

ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

- กลุ่มเป้าหมายที่มูลนิธิรักษ์ไทยทำได้นั้นเน้นที่กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งพบกลุ่มประชากรแฝงที่ไม่ใช่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งโดยโครงการจะต้องเป็นผู้ไม่มีเลข ดังนั้นหากในพื้นที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์และมีเลข 13 หลักหากถ้าติดโรคใน 3 โรคนี้จะไม่ได้รับการคุ้มครอง ทำให้ต้องไปซื้อยาเอง ต้องรักษาให้หาย และต้องจ่ายเองก่อนจึงจะสามารถนำมาเบิกค่ารักษาได้
 - ผู้ป่วยโรคและผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มูลนิธิรักษ์ไทยดำเนินงาน คือ แรงงานข้ามชาติ ที่มีสัญชาติเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา รวมถึงไทย ซึ่งการทำงานจะต้องเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเป็นอันดับแรก แต่ในการทำงานจริงจะมีการนำเข้าและส่งต่อเข้ารับการรักษาตามระบบตามข้อมูลที่มีอ้างอิงได้
 - การดำเนินงานในมาลาเรียในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติจะมีแผนการดำเนินงานตามลักษณะการเคลื่อนย้ายแบบปกติและกลุ่มเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล

- การวิเคราะห์ประชากรที่ต้องอาศัยคนเข้าไปทำงาน ที่ต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สถานการณ์ ความเสี่ยงของกลุ่มประชากร และนำเข้าสู่กระบวนการ ซึ่งเป็นการรับข้อมูลจากการทำงาน เช่น การให้ยาด้านกลุ่มประชากรข้ามชาติ ที่ไม่ใช่แค่แรงงานข้ามชาติอย่างเดียว
- ในเรื่องงบประมาณทำด้วยกันกับผู้รับทุนหลักจากกองทุนโลก บอกกรอบวงเงินในการดำเนินโครงการ และขึ้นอยู่กับแผนงาน ระยะเวลา กรอบวงการใช้เงิน มีการแบ่งสัดส่วนการทำงาน
- งบประมาณส่วนใหญ่จะถูกดำเนินงานโดยภาครัฐทำให้ภาครัฐมีข้อมูลจำนวนมากจากการทำงานที่ผ่านมาคนทำงานในพื้นที่ ดังนั้นควรมีการส่งข้อมูล และร่วมออกแบบการสื่อสารในประเด็นร่วมซึ่งต้องใช้กราฟิก เพื่อให้เข้าใจง่ายได้แก่ทุกกลุ่มประชากร
 - โครงการมีสื่อให้ชุมชนเผยแพร่ในกระแสหลัก และออกแบบตามกลุ่มประชากรนั้น ๆ ตามบริบท
 - ไม่ได้ใช้สื่อกระแสหลักเป็นหลัก แต่เน้นสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น กลุ่มคนอายุน้อยจะมีสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มคนอายุน้อย กลุ่ม MSM จะจัดแบบกิจกรรมอีเวนท์
- นวัตกรรมวัคซีนมาลาเรียที่นำไปใช้ได้หรือไม่
 - วัคซีนมาลาเรียมีแล้ว และมีการใช้วัคซีนมาลาเรียนำร่องที่ทวีปแอฟริกา 4 ประเทศ ในเด็ก พบว่าไม่สามารถลดการป่วยการตายได้ และถึงมีวัคซีนก็ไม่สามารถหยุดการแจ่มมุง การซุ่มมุง และไม่สามารถหยุดสถานการณ์การเกิดการแพร่ระบาดมาลาเรียได้
 - การผลิตและพัฒนาวัคซีนมาลาเรียทำได้ยากมากซึ่งผ่านมา 30 ปียังผลิตไม่สำเร็จ
 - วัคซีนเอชไอวียังไม่มี แต่ทุกโรคคงได้เรียนรู้กับโควิด จากการทุ่มทุนการทำงานเพื่อป้องกันโควิด 19
- ตัวชี้วัดเรื่องการติตราและการเลือกปฏิบัติ
 - มูลนิธิริชไทยไม่ได้มีตัวชี้วัดเรื่องการติตราและการเลือกปฏิบัติ แต่มีการดำเนินงานร่วมกับมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) โดยมีการทำตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นเองที่จะต้องทำงานถึงขั้นใด
 - กองโรคเอดส์มีการ Survey ดูสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติ ในพื้นที่ สคร. สสจ. ซึ่งมีการจัดกิจกรรม 3x4 ในโรงพยาบาล และพบว่าการติตราตนเองในกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเรือนจำ และสถานประกอบการที่เก็บข้อมูลโดยกองโรคเอดส์
 - ระบบการรับเรื่องร้องเรียน 14 จังหวัดนำร่อง ร่วมกับมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) ซึ่งมีการส่งต่อเรื่องไปยังอัยการที่รับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหาต่อสถานการณ์
- การดำเนินงานด้านวันโรค
 - ประชากรที่มูลนิธิริชไทยเน้นคือกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ ตัวชี้วัด 40% เป้าหมาย 1,200 กว่าคน ซึ่งภาคประชาสังคมทำส่วนที่เป็นประชากรข้ามชาติเท่านั้น กลุ่มที่ทำงานด้วยที่อยู่มีประมาณ 4,000-4,500 ราย และปีที่ผ่านมามี 2,000 กว่าราย ที่ลดลงไปเยอะเพราะสถานการณ์โควิด ภาคประชาสังคมที่ทำงานเชิงรุก คือ พบประมาณ 300 กว่ารายในไตรมาสที่ 5 คิดเป็น 20% โดยส่วนใหญ่เป็นคนที่รับต่อจากโรงพยาบาล
 - กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติยังไม่ถูกละเลยใน NTIP แต่ทางโรงพยาบาลจ่ายยาครบแล้วเหลือเพียงการลงทะเบียนในการรักษาที่ต้องเร่งดำเนินการเนื่องจากว่าจะเข้ารับการรักษามากขึ้นต่อเนื่อง และพลาดการดูแลต่อเนื่องในแต่ละรายไป
- ชุดตรวจ Oral Fluid Test ที่กองโรคเอดส์ได้ปรึกษาหารือกับทาง สปสช. ถึงการจัดซื้อเพื่อให้สามารถซื้อได้ถูกมากขึ้น ทั้งนี้ชุดตรวจแบบเจาะปลายนิ้วจะแพงกว่าชุดตรวจแบบน้ำลาย จึงจะมีค่าบริหารจัดการดังนั้นจึงจะมีการหารือร่วมกันอีกครั้ง และจะมีการขับเคลื่อนการนำชุดตรวจด้วยตัวเองเข้าสู่สิทธิประโยชน์เพื่อให้ทุกคนสามารถตรวจได้ด้วยตนเองมากขึ้น

สรุปบทเรียนและการมีส่วนร่วมในฐานะกลุ่มประชากรหลัก ภาคประชาสังคมและชุมชน ในการดำเนินงานด้านเอดส์ วันโรคและมาลาเรียที่ผ่านมา

ประเด็นนำเสนอ: องค์ประกอบของการถอดบทเรียน

ส่วนที่ 1 : เหนือหลัง ฟังประสบการณ์และการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 : แลหน้า ข้อท้าทาย และจุดหมาย

เส้นเวลา ของการเดินทางของ 3 โรค (ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง = เป้าหมาย)

ประเด็นจากการแลกเปลี่ยน:

- กลุ่มเป้าหมาย แต่ละองค์กรทำกลับกลุ่มเป้าหมายมีการถอดบทเรียนและนำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมเพื่อนำมาจัดการปัญหา นวัตกรรมที่เจอนำไปใช้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- คาดหวังการแก้ปัญหาที่สั้นลง ไม่ใช่การส่งแล้วส่งอีก ดังนั้นต้องทำงานเพื่อตอบโจทย์ต่อสถานการณ์ โดยควรมีนวัตกรรม ชุด ประสิทธิภาพในการทำงานทั้งจากคน กลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และเครือข่าย (มีประเด็นนวัตกรรม การจัดการโรคสั้นลง)
- จุดอ่อน จุดแข็งของการปฏิบัติงานที่ผ่านมาของการทำงานสามโรค มีการทำงานคล้ายกัน แต่กระบวนการ นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ จะนำไปสู่ความคาดหวังปรับใช้ สอดคล้อง ถึงเป้าหมายของการทำงาน SDG การพัฒนาที่ยั่งยืน
- ทบทวนประเมินการทำงาน จุดอ่อน จุดแข็ง ภาควิชาเครือข่ายการทำงาน
- ความคาดหวังพัฒนาต่อยอดการทำงานต่อ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมจะนำสิ่งที่ได้รับในการประชุมครั้งนี้ไปปรับใช้แก้ไขปัญหา อุปสรรค ข้อท้าทายในการทำงาน และร่วมกันปรับแก้ไขตามประเด็น
- ทำงานเพื่อลดอุปสรรคการให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงแนวทางการเข้าถึงการรักษาได้รับการบริการทั่วถึงทุกกลุ่มคน
- กลไกการเข้าถึงงบประมาณ

การก้าวต่อเพื่อให้การทำงานของ 3 โรค เพื่อบรรลุเป้าหมายของประเทศ และในบทบาทของ CSOs จะมีส่วนร่วมและช่วยให้บรรลุ เป้าหมาย

- สร้างนวัตกรรมเพื่อนำไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมาย
- การแก้ปัญหาอย่างมีระบบ
- การเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพที่สั้นลง
- มีกลไกการทำงาน แผนงาน แนวทางการดำเนินงาน และการเข้าถึงงบประมาณ

ในฐานะชุมชนที่ร่วมดำเนินงานเพื่อยุติสามโรค ตัวเราเองมีบทเรียนที่ตกผลึก ค้นพบความจริงแท้

- ชุดความรู้ และเราเป็นตัวต่อให้ไปสู่ชุมชน เป็นสะพาน องค์ความรู้ การป้องกัน แก้ไขปัญหา
- กลไกอิสระในแต่ละระดับที่ต้องทำงานได้ ที่ไม่ใช่รัฐ และไม่มีข้อจำกัด กลไกร่วมกับระหว่างรัฐและชุมชน
- การเรียนรู้ข้ามประเด็น
- ข้ออ่อน และการเรียนรู้ข้ามประเด็น
- การทำงานขึ้นอยู่กับชีวิต วิถีชีวิต และวัฒนธรรม
- ภาษาและการสื่อสาร
- การถูกรู้ว่าเป็นวัณโรค เพื่อนบ้านรังเกียจ ทำมาค้าขายไม่ได้ กลัวติดเชื้อวัณโรค ซึ่งพบว่าชุมชนไม่ตระหนักต่อการป้องกัน และ ทำให้ติดเชื่อและแพร่กระจายอยู่อย่างต่อเนื่อง จากที่กราฟลดลงนั้นมีความลดลงจริงหรือไม่
- ทำอย่างไรที่จะเข้าถึง เข้าทัน รวดเร็วถึงกลุ่มเป้าหมาย
- ชุดข้อมูลในการนำไปสื่อสารต่อ เช่น
 - คนทำงานในกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ PrEP และบางโรงพยาบาลไม่มียาเพริฟให้ ดังนั้นควรมีวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการส่ง ยาไปให้โรงพยาบาลและให้ผู้ป่วยเข้าไปรับเอง
 - อุปกรณ์ป้องกันที่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
 - พฤติกรรมไม่ตระหนักนำไปสู่การไม่ป้องกันคืออะไร
 - การติตราและการเลือกปฏิบัติที่ต้องเกิดจากการตกตะกอนของคนในสังคม การต้องทำให้เอชไอวี/เอดส์เป็นปกติของ สังคม และทำให้ผู้ที่มิเชื่อเดินเข้ามาหาระบบการรักษาของรัฐ (ก้าวข้ามการติตราตนเอง การติตราผู้อื่น)
- ค้นพบ การเข้าถึงการรักษา ศูนย์องค์รวม จึงถูกละเลยบางประเด็น การทำงานชุมชน และการติตรา มีชีวิตเปลี่ยนไป ทำให้ปิด ไม่เปิดเผยตัว เป็นเพราะว่าทำงานมุ่งไปประเด็นเดียว ไม่ทำงานเรื่องติตรา
- การทำงานยุติโรค กลุ่มเป้าหมายต้องรู้จักโรคอย่างถ่องแท้ คนทำงานต้องให้ความรู้เขาให้รู้จักจริง และคนในชุมชนต้องมีความรู้เพิ่มขึ้น
- คนทำงานในระดับบริหารจัดการ จะต้องมีการบูรณาการร่วมกับภาครัฐ ที่ต้องยอมรับการทำงานของชุมชน และภาครัฐต้องยอมรับการทำงานในชุมชน
 - การระดมทรัพยากรเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อขยายไปสู่กลุ่มประชากร และพื้นที่ บางปันข้อมูลเพื่อทำงานร่วมกัน ได้รับ ข้อมูลเท่าเทียมกัน เพื่อสามารถวางแผนการทำงานร่วมกันด้วย
 - ความตระหนักของชุมชน คนในพื้นที่

- PC คือ กลไกการทำงานของรัฐ ชุมชน นักวิชาการ โดยมีการประสานงานในเรื่องต่อไปนี้
 - การทำงานที่แบ่งปันข้ามสาย แบ่งปันประสบการณ์ทำงาน
 - ทรัพยากรที่มีจำกัดที่เน้นบางโรค บางจุด จะต้องกระจายไปให้ทั่วถึงได้อย่างไร
 - คำนึงความเป็นคนของเขา เป็นใคร อยู่ไหน วิถีชีวิต วัฒนธรรมความเป็นอยู่ที่จะต้องสื่อสารให้ตรงกับวิถีอย่างไร
 - การทำงานด้านการสื่อสารรณรงค์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่กล้าบอกสถานะของตนเองและคู่พ่อกับแม่ไม่กล้าบอกจึงมีการส่งเชื่อผ่านไปที่คนอื่นได้
- บทเรียน
 - คนในชุมชนได้รับเกียรติ การปฏิบัติร่วมกัน
 - กลไกอิสระที่สามารถทำงานได้อย่างไม่ติดขัด
- ความท้าทาย
 - ความไม่ตระหนักของคนในชุมชน ซึ่งทำให้ยากที่เจ้าของชุมชนจะเข้าถึงปัญหา ออกแบบการแก้ไข และหาทางออกร่วมกัน การรู้ศักยภาพ และวางแผนแก้ปัญหา
 - การตีตราและเลือกปฏิบัติ ที่แก้ไขไม่ได้เนื่องจากการไม่ยอมรับตัวเองทำให้ไม่สบายใจในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
 - การทำงานที่ยังไม่เป็นรูปธรรม การเข้าถึงข้อมูล, ทรัพยากร รับรู้เท่ากันหรือไม่ ในเชิงองค์ความรู้ นวัตกรรม การแบ่งปันข้ามเครือข่าย โดยอาศัยกลไกที่เชื่อมประสาน ซึ่งคำตอบอยู่ที่หมู่บ้านหรืออยู่ที่ชุมชน

การประชุมวันที่ 2 มิถุนายน 2565

สรุปภาพรวมจากการประชุมวันที่ 1 มิถุนายน 2565

- เรียนรู้บทบาทของ PC และบทเรียนการทำงาน 3 โรค จากคำถาม นึกถึงอะไร คาดหวังอะไร เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และนำไปปรับใช้ได้
- ในฐานะที่เป็นชุมชนร่วมดำเนินงานยุติ 3 โรค มีบทเรียนอะไรที่ตกผลึก และค้นพบความจริง
 - การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับภาคีและนโยบายเพื่อให้สามารถทำงานทะลุทะลวง (3 ประสาน)
 - นวัตกรรม PrEP, PEP ซึ่งยังมีช่องว่างในพื้นที่ห่างไกล รพ. สต. ที่ไม่สามารถจ่ายยาเพรีฟให้ทั่วถึง ก็จำเป็นต้องเดินทางเข้าไปในเมืองที่เป็นศูนย์ ต้องมีส่วนครอบคลุม ในทุกประชากร และอยู่ในชุมชน
 - การรู้เท่าทันการป้องกัน ลดเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี
 - การตีตราและการเลือกปฏิบัติจากตนเอง และจากคนอื่นเกี่ยวกับ 3 โรค
 - การทำงานในกลุ่ม ชุมชน ต้องเชื่อมโยงถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น
 - การใช้ทรัพยากรในหน่วยงานที่ควรมีการบูรณาการเพื่อให้เข้าไปด้วยกัน
 - การทำงานยุติ จะต้องรู้ว่าชุมชนเป็นอย่างไร ต้องลงไปที่ชุมชน คำตอบอยู่ที่ชุมชน
 - การทำงานข้ามสาย ข้ามโรค ข้ามประเด็น
 - การเก็บประเด็น แกนนำ สถานประกอบการ เรื่องวันโรค หลายสถานประกอบการปฏิเสธการรับคนที่มีร่องรอยที่ปลอดภัยที่สุดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการเข้าทำงาน

สรุปบทเรียนบทบาทของ CSO ในงานดำเนินงานโครงการที่ได้การสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วันโรค และมาลาเรีย

ประเด็นนำเสนอ:

1. จากเส้นเวลา (timeline) และเนื้อหาที่เราคุยกันในช่วงที่ 1 คณะทำงานการมีส่วนร่วมของชุมชน (PC) อยู่ตรงจุดไหน และมีบทบาทอย่างไร
 2. อะไรที่ทำได้และเป็นจุดแข็งของคณะทำงานการมีส่วนร่วมของชุมชน (PC)
 3. อะไรที่ทำได้ไม่ได้ตามบทบาท มีช่องว่าง จุดอ่อนอะไรทั้งในคณะทำงานการมีส่วนร่วมของชุมชน (PC) ในกลไก CCM
1. สรุปบทเรียนบทบาทของ CSO ในงานดำเนินงานโครงการที่ได้การสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์เฝ้าในการทำงาน:
 - ทำให้ HIV/AIDS เป็นโรคปกติในสังคม
 - ยึดนโยบายภาครัฐที่ต้องยุติเอดส์ปี 2573

- เอชไอวี “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา”
- สามารถขายยาต้านไวรัสในร้านขายยาทั่วไป

สถานการณ์

- ปรากฏการณ์ผู้ติดเชื้อถูกบังคับตรวจเชื้อ ถ้าพบเชื้อเอชไอวีผลบวกจะให้ออกจากงาน ไม่ให้เรียน ไม่ให้บวช
- ผู้ใช้ยาเสพติด เป็นคนผิดกฎหมาย การเข้าบริการยาก และการเข้าถึงอุปกรณ์สะอาดยังไม่ถูกยอมรับ
- การทำงานด้านสุขภาพจิตสำหรับคนทำงาน และกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มประชากรผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (PWID)

- เน้นทำงานให้ความรู้และเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด คนใช้ยาเพิ่มขึ้น
- ผลักดันกฎหมายเพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดที่มีความผิวดำต้องได้รับการฟื้นฟูบำบัดด้วยความสมัครใจไม่ใช่การบังคับบำบัด
- ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องเปิดใจรับผู้ใช้ยา/สารเสพติด ปฏิบัติด้วยความเท่าเทียม ไม่รังเกียจทั้งทางกาย วาจา และหรือแสดงออกทางคำพูด

ความท้าทาย

- การคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีได้ เช่น CHW ที่ไม่ได้รับรอง แต่ถึงได้ใบรับรองจะสามารถตรวจได้จริงหรือไม่
- การสื่อสารสาธารณะให้คนเข้าใจเรื่องการใช้ยา การวางใหม่ไลน์ให้คนเข้าใจเรื่องการใช้ยา จากหลายปีที่เคยใช้การรณรงค์ว่า “ผู้ใช้ยาไม่ใช่อาชญากร” จะต้องค่อย ๆ ฟื้นฟูในสังคม เพราะภาพจำคือ สารเสพติดเป็นสิ่งไม่ดี
- การเข้าถึงการดูแลรักษายาก ผู้เสพคือผู้ป่วย เช่น การใช้เมทาโดนจะต้องใช้ในกลุ่มผู้ใช้เฮโรอีน แต่ รพ.สต. โรงพยาบาลรัฐมีการให้บริการเมทาโดนน้อยมาก ซึ่งเมทาโดนคือสารทดแทนเพื่อลดโอกาสไม่ให้ผู้ใช้ยาไปใช้เข็ม การที่เข้าถึงเมทาโดนได้น้อยทำให้คนเข้าถึงการรักษาไม่ได้อย่างแท้จริง
- การให้บริการอุปกรณ์ฉีดที่ปลอดภัยที่ไม่เข้าใจ ทำให้เข้าไม่ถึงอุปกรณ์สะอาด

กลุ่มประชากร MST

- การทำนวัตกรรม KPLSH ที่มีวิวัฒนาการของ PrEP, PEP ง่าย ยานอนมัย การให้ความรู้เรื่องสุขภาวะ การจัดอบรม และอื่น ๆ ที่ยังทำได้เพียง 60%
- การทำงานจะต้องโฟกัสกลุ่มประชากรมากขึ้น เพราะมีกลุ่มเปราะบางที่มีความซับซ้อน เช่น TGW ที่เป็นพนักงานบริการ
- การเข้าไม่ถึงการให้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประชากร
- การทำกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- การทำงานเชื่อมเครือข่ายการทำงานของกลุ่มเป้าหมายเพื่อการขับเคลื่อนงาน
- กลุ่มทำงานในกลุ่มเยาวชนที่มีสถิติการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และท้องไม่พร้อม การเพิ่มเข้าถึงการให้บริการ VCT
 - การเข้าถึง PrEP, PEP แต่เยาวชนกลัวการตีตรา การเลือกปฏิบัติจากสังคมหากรู้ว่ากินยาต้านฯ และคนรอบข้างมีผลต่อความคิดของเยาวชน
 - พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ทำงานใกล้ชิดทำให้เป็นช่องว่างอยู่
 - ซิฟิลิสที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเยอะมากที่ส่วนใหญ่เลือกหายากินเอง

กลุ่มผู้หญิง

- การบริการที่เป็นเรื่องชุมชน และเรื่องการตีตรา และการกดทับ และการรับเชื้อเมื่อแรกเกิด
- การเลิกกินยาระหว่างทาง
- นำตัวชี้วัดของประเทศมาดัดแปลงผู้หญิง

นวัตกรรม

- ใช้สื่อออนไลน์ ใช้ชุดตรวจ การได้รับยาในวันเดียวหรือภายในหนึ่งอาทิตย์ (U=U)

สรุปเป้าหมาย: บทบาทคณะกรรมการ PC

- อยู่ในทุกพื้นที่ของการทำงาน เพื่อให้เป็นกลไกการทำงานให้สามารถพูดคุยผลสรุปของการทำงาน
- การทำงานประชุมอย่างต่อเนื่องของ 3 โรค เพื่อให้สามารถออกแบบการทำงานเชื่อมชุมชน นำข้อมูลมาเชื่อมโยง และเพื่อไปต่อยอดกับ CCM

จุดแข็ง

- เครือข่ายเข้มแข็ง การเชื่อมเครือข่าย

จุดอ่อน

- งบประมาณที่เน้นถึงกลุ่มประชากรหลัก แต่ไม่ได้เชื่อมถึงกลุ่มทั่วไป

- การสื่อสาร ที่ข้อมูลอยู่ที่ส่วนกลาง ไม่ได้กระจายอยู่ในพื้นที่



ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ตาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

- กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติเป็นส่วนของกลุ่มประชากรที่เข้าไม่ถึงการให้บริการสาธารณสุข อาจจะมีประเด็นกลุ่มประชากร และการทำงานวิเคราะห์ถึงกลุ่มเป้าหมายของกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติให้มากขึ้น
- การทำงานเรื่องการติดตามและการเลือกปฏิบัติควรมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ใคร อายุเท่าไร ระบุตัวตนอย่างไร สัญชาติอะไร ให้เป็นแกนของทุกโรคเพื่อการทำงานให้นำไปสู่การลดการตีตราตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ความซับซ้อนที่ต้องระมัดระวังในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีเรื่องภาษา วัฒนธรรมที่ซ้อนอยู่ ที่จะส่งผลต่อวิถีชีวิต จึงควรเพิ่มเรื่องการทำงานเรื่องการติดตามและการเลือกปฏิบัติ และคนทำงานที่ต้องเรียนรู้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน
- การมีความทับซ้อนของสถานะของกลุ่มเป้าหมาย

2. สรุปบทเรียนบทบาของ CSO ในงานดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านวันโรค

เป้าหมาย:

- ดำเนินงานตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ประเทศ (5 ข้อ)
- ตัวชี้วัด สำเร็จ 29 ข้อ ไม่สำเร็จ 5 ข้อ
- เพิ่มการทำสื่อเผยแพร่เพื่อลดการตีตราผู้ป่วย
- ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ มีคณะทำงานควบคุมป้องกันในระดับจังหวัด
- การส่งเสริมงานวิจัยและพัฒนา การส่งต่อผู้ป่วย กล้องเตือนใจในการกินยา ศูนย์ปันน้ำใจให้ผู้ป่วย

ความสำเร็จ:

- เข้าถึงกลุ่มประชากรได้มากขึ้น มีการคัดกรอง ส่งต่อ โดยมีภาคประชาสังคมช่วยทำงานหนุนเสริมภาครัฐ
- มีพี่เลี้ยงกำกับดูแลการกินยา
- มีแผนอบรมทางการแพทย์ให้กับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเพื่อเพิ่มการทำงานเชิงรุก
- มีนวัตกรรมของยา ที่มีการกินยาที่สั้นลง (มียารวมเม็ดที่จำนวนน้อยลง)
- ผู้ป่วยไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ตายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพราะกลัวเป็น subset rate

ความท้าทาย:

- การนำเสนอข้อมูลเข้าใจง่าย เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น
- การสร้างแกนนำในชุมชน เพื่อให้ความรู้ที่หลากหลาย
- การบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้ง 3 โรค
- การบูรณาการฐานข้อมูลจากภาครัฐและภาคประชาสังคม
- การระดมทรัพยากร และผลักดันการทำงานในระดับชุมชน

- งานวิจัยชุมชน
- งบประมาณที่ส่งเสริมการทำงานนวัตกรรมใหม่ ๆ การนำไปสู่การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เช่น การทำสื่อ การเผยแพร่สาธารณะ
- การเปิดให้ร้านยา ขายยาให้กับผู้ป่วยและส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลเอกชนได้
- การบริการ One Stop Service ที่สามารถจัดการจบในที่เดียว

สรุปเป้าหมาย: บทบาทคณะกรรมการ PC

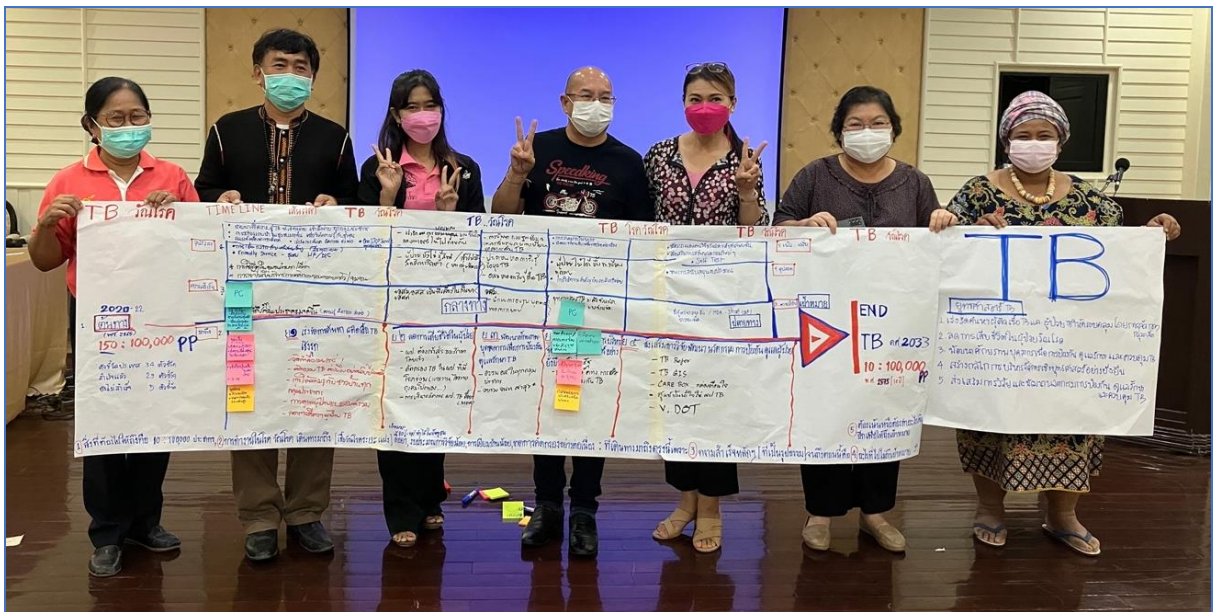
- ทำงานประสานความร่วมมือเพื่อให้รัฐยอมรับ และทำให้คนไทยยอมรับว่าวัณโรคเป็นโรคที่ไม่น่ากลัว
- เชื่อมต่อการทำงานภาครัฐและภาคประชาสังคม
- มีบทบาทเชิงยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อน ผลักดัน ติดตามผลการดำเนินงานของภาครัฐและภาคประชาสังคม

จุดแข็ง:

- มีความรู้เฉพาะที่สามารถถ่ายทอดต่อ
- มีความยืดหยุ่นในการทำงาน
- รู้ปัญหาของชุมชน เป็นตัวแทนของชุมชนต่าง ๆ
- เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย
- สามารถติดต่อประสานงานได้ตลอด (24 ชั่วโมง)

จุดอ่อน:

- มีคนทำงานจำนวนน้อย
- การรู้จักเครือข่าย และตัวแทนชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบาย
- การได้รับการยอมรับในการขับเคลื่อนนโยบาย



ประเด็นแลกเปลี่ยนจากผู้เข้าร่วมประชุม (อภิปราย ถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมประชุม):

- เพิ่มสื่อวิดีโอ เช่น คนใช้ยาที่ไม่แพร่เชื้อแล้วหารับยาต่อเนื่อง 2 อาทิตย์ ซึ่งข้อมูลที่จะสื่อสารต้องครบถ้วน ชัดเจน หากต้องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- ควรนำการทำงานแบบโควิด 19 ที่ทำงานเข้าถึง การให้ความรู้ การแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วมาใช้ในการทำงานทั้ง 3 โรค
- วัณโรคยังเป็นเรื่องการสื่อสารและให้ความรู้มากขึ้นที่ภาครัฐจะต้องนำสื่อเผยแพร่สู่สาธารณะต่อ โดยการทำงานจะส่งต่อไปถึงชุมชนได้อย่างไร และทำให้รัฐนำไปสื่อสารต่อ หรือเป็นชุดข้อมูลเดียวกันหรือไม่
- ที่ผ่านมามีข้อมูลเยอะมาก แต่กระบวนการนำไปสื่อสารในวงกว้างที่ยังไม่ทั่วถึง
- คณะกรรมการ PC ต้องหนุนเสริมกลไกชุมชน เช่น อสม. อสต. เป็นต้น

3. สรุปบทเรียนบทบาทของ CSO ในงานดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย

เป้าหมาย:

- P.f จะต้องหมดไปทุกตัว (มาลาเรียขึ้นสมอง)
- กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ทักษะการดูแลตัวเอง
- มีฐานข้อมูลที่เป็นระบบซึ่งจะต้องมีพัฒนาต่อ และต้องนำไปสู่การปรับใช้ชุมชน

- สื่อความรู้ นวัตกรรม วรรณคดี ตามภาษาต้นทางของกลุ่มเป้าหมาย
- มีการทำงานโดยมีคน ข้อมูล เครื่องมือ ระบบการทำงานร่วม
- การทำงานของ CSO กับรัฐในพื้นที่มีการประสานความร่วมมือในระดับที่ดีมาก ซึ่งต้องขับเคลื่อนประสานความร่วมมือต่อไปในระดับนโยบาย

ข้อจำกัด

- ทรัพยากรยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และกำลังลดลงเรื่อย ๆ และไปอยู่ในท้องถิ่นมากขึ้น แต่ชายแดนยังมีเชื่อและมีการเพิ่มขึ้นจากประเทศเพื่อนบ้าน
- ในขณะที่ระบบเปลี่ยนผ่าน และคนทำงานลดลง และคนไทยได้รักษาตามสิทธิ แต่ในพื้นที่ชายแดนจะมีปัญหาในการเข้าถึงการให้บริการของรัฐที่จะมีความพร้อมในการรับมือมากแค่ไหนต่อการเปลี่ยนผ่านหากงานมาลาเรียจะถูกถ่ายโอนไปยังท้องถิ่น (รพ.สต.)
- อสต. ยังไม่สามารถปฏิบัติได้เหมือนกับเจ้าหน้าที่รัฐ ทั้งที่ อสต. เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายตลอดเวลา
- พื้นที่ชายแดนมีปัญหาในการทำงานร่วมกัน เช่น จังหวัดตาก ที่ชายแดนในการสู้รบ ก็ยังมีการนัดพูดคุยแบ่งปันข้อมูลในเบื้องต้น
- การประกาศว่าจังหวัดไม่มีเชื่อเป็นการประกาศไม่สอดคล้องกับพื้นที่หรือไม่เพราะบางจังหวัดชายแดนยังมีเชื่ออยู่
- มีหลักสูตรการพัฒนาอาสาสมัครในการทำงาน เชิงพื้นที่ การสื่อสาร กลไกการดำเนินงานระบบภาคี คณะทำงานมาลาเรียในพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุม แต่สามารถยึดเป็นแนวทางการทำงานในช่วงที่ผ่านมา

การขับเคลื่อนงาน:

- ทักษะการทำงาน การเจาะเลือดของ อสม.
- ระบบศูนย์ประสานงานภาคประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่น
- การกระจายอำนาจสิทธิการรักษาเพื่อให้ท้องถิ่นมีความสามารถรับรองการรักษา ศักยภาพในการทำงาน
- ความมั่นคงของประเทศที่ส่งผลต่อการทำงานชายแดน
- การติดตามกำกับกับการกินยา 3 วัน หากตรวจเจอ รู้เร็ว ติดตามกำกับกับการกินยาได้ทัน และผลการรักษาที่ต้องติดตามตรวจเลือดซ้ำโดยภาคประชาสังคม

สรุปเป้าหมาย: บทบาทคณะกรรมการ PC

- ผสานกลไกการทำงานในระดับพื้นที่ (การพัฒนาระบบประสานงานในพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลที่เข้าถึงยาก)
- การจัดการเร็ว วงจรสั้น ทำให้รักษาได้ ทำให้เชื่อหมดไป และมีกระบวนการสิ้นสุดจากการรักษาเร็ว
- มีเครื่องมือเสริมหนุนให้สามารถจัดการปัญหาได้ในรูปแบบของภาคประชาสังคมที่อุดช่องว่างการทำงานของภาครัฐที่เข้าไม่ถึงพื้นที่ โดยต้องข้ามข้อจำกัดของภาษา วัฒนธรรม ชุมชน และการเข้าถึงสิทธิในอนาคต
- สนับสนุนให้ภาคประชาสังคมให้สามารถขับเคลื่อนกลไกการเข้าถึงระบบบริการได้อย่างสมบูรณ์
- การลงไปทำงานในชุมชนจะต้องมีรูปแบบการทำงานตามบริบทของพื้นที่ จะต้องมีการใกล้ชิดกับชุมชนกับรัฐ
- พื้นที่ชายแดนจะมียุทธศาสตร์พื้นที่ห่างไกล ไม่สามารถผลักดันคนชายแดนออกนอกพื้นที่
- คณะกรรมการ PC รู้ข้อมูลทุกระดับ จากล่างถึงข้างบน และประสานงานได้ ที่สามารถช่วยส่งต่อข้อมูลให้ภาคประชาสังคม
- ประสานให้มีหลักสูตรอบรมให้คนทำงานให้มีทักษะ การตรวจได้ทันที Self test
- พัฒนาเครื่องมือรณรงค์เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะเพื่อให้ชุมชนได้รับการยอมรับการเจาะเลือดได้ ดูแลได้เร็ว และติดตามได้เร็ว

จุดอ่อน:

- คณะกรรมการ PC ไม่มีงบประมาณในการขับเคลื่อนงาน และยังไม่เข้มแข็งพอจะผลักดันเท่ากับคณะกรรมการ CCM
- คณะกรรมการ PC ให้ความสำคัญกับมาลาเรียน้อยกว่าวัณโรคและเอชไอวี
- พัฒนาระบบประสานงาน พัฒนากลไกให้เกิดขึ้นและทำงานได้จริง
- ผู้บริหารออกแบบแนวทางโดยนำตัวชี้วัดไปเป็นเงื่อนไขในการดำเนินงาน



บทบาทคณะกรรมการ PC:

- สื่อสารการทำงานกับทุกกลุ่มเพื่อเชื่อมชุมชนแต่ละกลุ่มแต่ละโรคเข้าด้วยกัน
- นำเสนอสถานการณ์ ข้อจำกัดของชุมชนเสนอต่อรัฐ
- เป็นตัวแทนของภาคประชาสังคมในการเจรจาต่อรองกับคณะกรรมการ CCM
- ผลักดันนโยบายให้ชุมชนสามารถเจาะเลือดได้ (มาลาเรีย)
- สื่อสารความรู้โรคไปในชุมชน
- สะท้อนการดำเนินงานของภาครัฐที่เป็นข้อจำกัดและเป็นเงื่อนไขในการปฏิบัติงานของภาคประชาสังคม และเกิดการปรับและบูรณางานร่วมกัน
- พัฒนากลไกและศักยภาพชุมชนบางกลุ่มเพิ่มเติม เช่น การประเมิน KPI ศูนย์ประสานงาน เป็นต้น

จุดแข็ง:

- มีความรู้เฉพาะด้าน รู้ทุกระดับไปจนถึงนโยบาย และสามารถถ่ายทอดได้
- รู้สถานการณ์ชุมชนเพราะคนทำงานเป็นคนในชุมชนและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน
- มีความยืดหยุ่นเพราะเป็นคนทำงานในชุมชน
- ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จุดอ่อน:

- การทันสถานการณ์ - ข้อมูล
 - ไม่ทันสถานการณ์ทั้งหมด
 - ไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลได้ทั้งหมด
 - ให้ความสำคัญกับบางโรคมากกว่า (เช่น มาลาเรียอาจจะถูกให้ความสำคัญน้อย)
- บทบาท-กลไก
 - มีกลไกการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น
 - การวางระบบหรือกลไกภายในคณะกรรมการ PC ชัดเจน และแบ่งเป็นด้าน ๆ หรือไม่
 - ควรทำงานในเชิงข้อมูล-สถิติให้มากขึ้น รวมถึงงานด้านวิชาการ
 - ควรมีการกระจายข้อมูลไปยังชุมชนให้ได้มากกว่าที่ทำอยู่
- การยอมรับ
 - ในระดับสูง / นโยบายอาจยังไม่เห็นบทบาทของคณะกรรมการ PC
 - ยังไม่เป็นที่รู้จักทั้งโดยชุมชน รัฐ และสาธารณะ

**วางแผนงานเพื่อสะท้อนการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันทั้ง 3 โรค เพื่อต่อยอดสู่อนาคต
และให้เกิดการผลักดันเชิงนโยบายร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม**

ประเด็นแลกเปลี่ยน:

- การตั้งคณะกรรมการ PC จะต้องมีการระดมทุนที่จะทำให้คณะกรรมการ PC มีความต่อเนื่อง สร้างคนขึ้นมาเรื่อย ๆ เพื่อให้กระบวนการไปต่อได้
- การได้รับรู้ข้อมูลร่วมกัน
- การถ่ายทอดข้อมูลเข้าถึงและเข้าใจ ซึ่งที่ผ่านมาความพยายามของคนทำงานที่พยายามกำหนดโครงสร้าง และเห็นวิวัฒนาการการทำงาน และการนำข้อมูลจากการประชุมครั้งนี้ขยายงานต่อ
- ควรมีการจัดประชุมครั้งต่อไป และจัดอย่างต่อเนื่อง
- บทบาท PC ที่ผ่านมามีชัดเจน อาจจะมีการพูดคุยแล้วเสนอเข้าคณะกรรมการ PC เพื่อให้งาน 3 โรค ลื่นไหลไปด้วยกัน
- การทำงานสื่ออินโฟกราฟิกทำให้เข้าใจ 3 โรคได้ง่ายขึ้น เพื่อเพิ่มการสื่อสารทั้ง 3 โรคให้เป็นหนึ่งเดียว
- คณะกรรมการ PC เข้มแข็งเพราะมาจากชุมชนที่จะสามารถกำหนดทิศทางของประเทศ และต้องสามารถกำหนดงบประมาณของประเทศได้ด้วยเพราะให้งานไปสู่ความสำเร็จ เพราะการเข้าร่วมการประชุมมาในนามของชุมชน เครือข่ายเป็นตัวแทน
- มีรูปแบบการทำงานของคณะกรรมการ PC ที่จะส่งผลต่อการทำงานในระดับนโยบายและชุมชน และ PC สามารถขับเคลื่อนงานได้ทุกระดับ
- การจัดงานครั้งนี้เพื่อให้รู้จักงานของกันและกันและเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาที่กำลังเผชิญที่มีความหลากหลายในแต่ละโรค สิ่งที่ต้องเริ่มคือ ความสำเร็จ จุดที่จะไปต่อ ข้อจำกัดในการทำงานหลายด้าน ที่เกี่ยวข้องกับภาคี รัฐ และการทำงานข้ามหน่วยงาน
- การประชุมในครั้งนี้คณะกรรมการ PC เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการ CCM จะมีการหารือเสนอต่อ คณะกรรมการ CCM เพื่อหาทางออกเชิงนโยบาย การนำไปสู่การปฏิบัติ และผลเป็นหนึ่งเดียวกันใน 3 โรค ซึ่งจะเป็นการเริ่มหารือพูดคุยร่วมกันเพื่อเป็นการทลายกำแพงครั้งแรก

ความท้าทายต่อการทำงานของ คณะกรรมการ CCM:

- คณะกรรมการ CCM คือใคร (เพื่ออธิบายตัวตนต่อผู้อื่นได้)
- คณะกรรมการ CCM ต้องการเห็นอะไรในอีก 1-2 ปีข้างหน้า
- คณะกรรมการ CCM ต้องการทำอะไร ด้วยวิธีการทำงานแบบใด
- คณะกรรมการ CCM ต้องมีตัวชี้วัดความสำเร็จของการทำงานที่ชัดเจน

ข้อเสนอต่อการทำงานของคณะกรรมการ Partnership Committee: PC

ข้อเสนอต่อการทำงานของคณะกรรมการ Partnership Committee: PC

- สื่อสารกับคนทำงานชุมชนในทุกกลุ่มเพื่อเชื่อมต่อชุมชนแต่ละกลุ่มแต่ละโรคเข้าด้วยกัน
- นำเสนอสถานการณ์ ข้อจำกัดของชุมชนเสนอต่อรัฐ
- เป็นตัวแทนของภาคประชาสังคมในการเจรจาต่อรองกับคณะกรรมการ CCM
- ผลักดันนโยบายให้ชุมชนสามารถเจาะเลือดได้ (มาลาเรีย)
- สื่อสารความรู้วันโรคไปในชุมชน
- สะท้อนการดำเนินงานของภาครัฐที่เป็นข้อจำกัดและเป็นเงื่อนไขในการปฏิบัติงานของภาคประชาสังคม และเกิดการปรับและบูรณาการร่วมกัน
- พัฒนากลไกและศักยภาพชุมชนบางกลุ่มเพิ่มเติม เช่น การประเมิน KPI ศูนย์ประสานงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการกลางน้ำ:

- อัปเดตสถานการณ์ องค์ความรู้ และความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องระหว่างคณะกรรมการ PC และชุมชน
- การเตรียมความพร้อมคณะทำงานในรุ่นต่อไปให้สามารถทำงานต่อยอดได้ และไม่ขาดช่วง
- การสื่อสารเพื่อเชื่อมโยงชุมชน โดยต้องย่อยข้อมูลให้มีภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

การผลักดันเชิงนโยบาย:

- ทำงานร่วมกับคณะกรรมการ CCM
- ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สะท้อนความต้องการของชุมชน
- การดำเนินงานด้านวันโรค

- คณะกรรมการ PC นำบทเรียนการทำงานด้าน HIV มาชวนคิดชวนคุยในการพัฒนาการทำงานด้านวัณโรค (HIV Model to TB Model)

การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

นำเสนอโดย: ดร.พงศธร จันทรเลื่อน ประธานคณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้เข้าร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Partnership Committee: PC)

การทำงาน PC ที่ผ่านมามีโอกาสฟังจากคนทำงาน และจำเป็นต้องมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง และต้องตั้งคำถามที่ต้องแสวงหาคำตอบให้ได้ และเป็นการเริ่มต้นที่ดีของทุกคนที่ทำงานของคณะกรรมการ PC ทั้งในระดับนโยบาย ชุมชน และการประสานทีมสำนักงานเลขาในการหนุนเสริมการทำงานของคณะกรรมการ PC ที่จะเป็นประโยชน์ และสะท้อนส่งต่อไปยังผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งคณะกรรมการ PC จะนำทั้งหมดไปต่อได้อย่างไรง่ายขึ้น สะดวกและเร็วขึ้น และใช้เครื่องมือส่งต่อสมาชิกในอนาคต

กล่าวปิดการประชุม โดย พญ.กรรทอง ทิมसार รองประธานคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) และประธานกรรมการกำกับการทำงานโครงการกองทุนโลก (Oversight Committee)

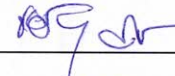
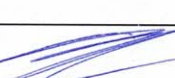
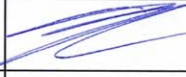
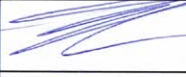
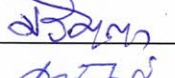
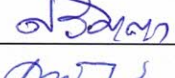
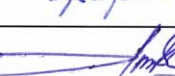
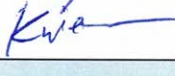
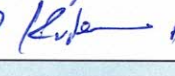
คณะกรรมการ CCM เกิดขึ้นเพราะกองทุนโลก และทำให้เกิดคณะกรรมการ PC โดยเป็นการรวมตัวของหน่วยงาน บุคคลตามการแต่งตั้งและเลือกตั้ง ไม่ได้อยู่ถาวร และมีวาระ 3 ปี ดังนั้นการทำงาน การนำเสนอของภาครัฐที่นำเสนอต่อภาคประชาสังคมครั้งต่อไปนั้นอาจจะต้องจัดการประชุมให้รัฐรับฟังภาคประชาสังคมอย่างจริงจังมากขึ้น ที่ผ่านมากองทุนโลกไม่เคยมีการนำ 3 โรคมาผสมผสานเป็นอันเดียวกัน และโครงสร้างของระบบราชการไม่ได้เอื้อให้ทำงานร่วมกัน ดังนั้นการทำงานของคณะกรรมการ PC มีงานที่ต้องทำต่อ มีอุปสรรคแต่ต้องทำงานกันต่อ และหากหมดวาระจะมีการถ่ายทอดต่อให้กับคณะกรรมการชุดใหม่ โดยนโยบายของคณะกรรมการ PC ที่จะทำให้เป็นตัวอย่างของคณะกรรมการ CCM ของประเทศอื่นเป็นแบบอย่างในการทำงานยุค 3 โรคต่อไป



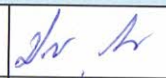
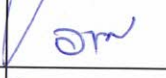
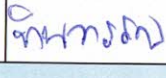
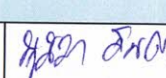
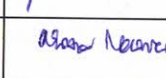
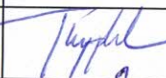
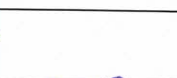
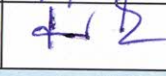
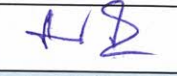
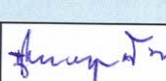
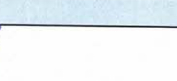
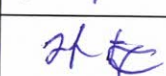
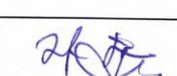
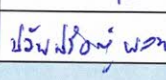
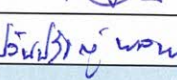
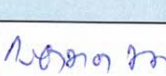
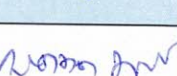
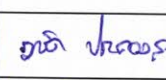
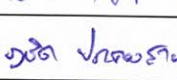
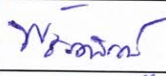
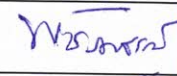
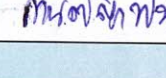
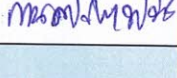
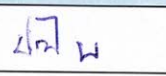
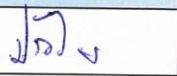
จัดทำรายงาน โดย สำนักงานเลขาธิการ CCM

หมายเหตุ รวมทั้งหมด 48 คน

* **ติดภารกิจ**

ที่	ชื่อ-นามสกุล	บทบาท	ชื่อหน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	อี-เมล	ลายมือชื่อ	
						1 มิ.ย.2565	2 มิ.ย.2565
คณะกรรมการส่งเสริมการเป็นภาคีของผู้มีส่วนร่วมกับเชื้อและประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบหลักในกระบวนการ CCM (Partnership Committee: PC)							
1	ดร.พงศ์ธร จันทรเลื่อน	ประธานกรรมการ PC	มูลนิธิเอ็มพลัส	081-595-4994	mplus.foundation@gmail.com		
2	คุณเย็นจิต สมเพาะ	รองประธาน คนที่ 1	มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย	081-584-5782	yenjit@thaiaids.org		
3*	คุณสุรางค์ จันทรแย้ม	รองประธาน คนที่ 2	มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ	081-626-6538	surangjanyam@yahoo.com		
4	คุณกั้งแก้ว จันดิบ	กรรมการ	ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เครือข่ายชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงใหม่	083-766-9574	kecgcmip@gmail.com		
5	คุณศรัญญา บุญเพ็ง	กรรมการ	มูลนิธิผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	086-254-6064	sawesan55@gmail.com		
6	คุณศิริวรรณ เมธีธรรยาพงษ์	กรรมการ	เครือข่ายพลังผู้สูงวัย	087-971-5520	ss0879715520@gmail.com		
7*	ดร.จินตนา งามวิทยาพงศ์ ยานิน	กรรมการ	มูลนิธิวิจัยโรคและโรคเอดส์	089-755-0273	thrf@tbhiv.org		
8	คุณนิกร จิมคง	กรรมการ	องค์กรบางกอกเรนโบว์	089-039-1918	nikornthai@yahoo.com		
9	คุณจินตนา ธรรมสุวรรณ	กรรมการ	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย	089-833-8725	Chintana_Thamsuwan@wvi.org		
10	คุณเสมอชัย พรหมสมบัติ	กรรมการ	มูลนิธิเดอะพอส โฮมเซ็นเตอร์	095-761-4999	pozhome@gmail.com		
11*	คุณสุภัทรา นาคะผิว	กรรมการ	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์	081-614-8487	supatranacapew@gmail.com		
12	คุณสุภาพร เพ็ญโนนยาง	กรรมการ	สถาบันวิจัยและนวัตกรรมการต้านเอชไอวี (IHRI)	081-566-6572	supabhorn.p@ihri.org		
13*	คุณสุพจน์ ตั้งเสรีทรัพย์	กรรมการ	กลุ่มส่งเสริมการเข้าถึงการสนับสนุน ด้านสุขภาพและสังคม (APASS)	095-953-1922	nattapon@apassthailand.org		
14	คุณฐิติยานันท์ หนักป้อ	กรรมการและเลขานุการ	มูลนิธิซิสเตอร์	082-855-1491	Thitiyanun.sister@gmail.com		
15	คุณเกศดนัน ดิษฐบรรจง	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	เครือข่ายเยาวชนผู้มีส่วนร่วมกับเชื้อเอชไอวี แห่งประเทศไทย	062-268-8824	thekittiphon@gmail.com		
ผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคประชาสังคม							

ที่	ชื่อ-นามสกุล	บทบาท	ชื่อหน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	อี-เมล	ลายมือชื่อ	
						1 มิ.ย.2565	2 มิ.ย.2565
16	คุณทราเมย์ หลวงจินา	ผู้แทนสำนักงานโครงการ CCM	มูลนิธิวิจัยโรคเอดส์และโรคติดต่อ	089-755-0273	thrf@tbhiv.org		
17	คุณอรนุช เลิศกุลดิลก	ผู้แทนสำนักงานโครงการ CCM	เครือข่ายพลังผู้สูงวัย	087-591-5658	loranuch@hotmail.com		
18	คุณจิตติมา ช่วงจัน	เครือข่ายพลังผู้สูงวัย	กลุ่มผู้สูงอายุชุมชนเมือง เขตสาทร	097-203-8397	จิตติมา ช่วงจัน	จิตติมา	จิตติมา
19	คุณสมจิต พึ่งทศธรรม	เครือข่ายพลังผู้สูงวัย	กลุ่มผู้สูงอายุไททรงาม สงขลา	081-540-6477			
20	คุณเลลิดา สาลักษณ์	เลขาธิการสมาคมผู้สูงวัยภูมิปัญญาไทย ขอนแก่น	สมาคมผู้สูงวัยภูมิปัญญาไทย ขอนแก่น	087-220-2899	lalida02899@gmail.com		
21	คุณสมพร ดิยานะ	อาสาสมัครเครือข่ายแกนนำผู้สูงวัยร่วมกับเชื้อ, ผู้ได้รับผลกระทบ (TB/HIV)	มูลนิธิวิจัยโรคเอดส์และโรคติดต่อ	053-135-5371	thrf@tbhiv.org		
22	คุณจันทร์เพ็ญ สุขสถิตย์	อาสาสมัครเครือข่ายแกนนำผู้สูงวัยร่วมกับเชื้อ, ผู้ได้รับผลกระทบ (TB/HIV)	มูลนิธิวิจัยโรคเอดส์และโรคติดต่อ	053-135-5371	thrf@tbhiv.org	จันทร์เพ็ญ	จันทร์เพ็ญ
23	คุณเพชรชัย ชมพนา		กองเลขาการเครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย	097-980-8426			
24	คุณชัยยุทธ วิทยนิตลือ	รองประธานกรรมการบริหารสถานชนเผ่าพื้นเมือง	ตัวแทนชาติพันธุ์กะเลิง ภาคอีสาน	086-244-5737	konkuiband@gmail.com		
25	คุณเศรษฐี ศิริพาณิชย์ศุภนต์	099 176 2295	ตัวแทนชาติพันธุ์กะเลิง ภาคอีสาน	064-895-9593	konkuiband@gmail.com		
26	คุณเสกสรรค์ สมندر	ประธานสมัชชาเพื่อช่วยเหลือชาวอูญูประสภภัยตามแนวชายแดน	ตัวแทนชาติพันธุ์มอญภาคกลาง-ตะวันตก-ตะวันออก	087-078-9692	Monsainoy@Yahoo.co.th		
27	คุณเกรียงไกร ชีช่วง	ตัวแทนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงภาคตะวันตก	ตัวแทนกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ภาคตะวันตก	095-557-2294	kaipa7indy@gmail.com		
28	คุณณัฐพงษ์พรณ ขำน้ำ	คณะกรรมการผู้แทนเครือข่ายชาวเลภาคใต้	คณะกรรมการผู้แทนเครือข่ายชาวเลภาคใต้	092-705-9130		ณัฐพงษ์พรณ ขำน้ำ	ณัฐพงษ์พรณ ขำน้ำ
29	คุณนารี วงศาชล	คณะกรรมการผู้แทนเครือข่ายชาวเลภาคใต้	คณะกรรมการผู้แทนเครือข่ายชาวเลภาคใต้	098-026-3449	wongsachon.haree@gmail.com	นารี วงศาชล	นารี วงศาชล
30	คุณนิภากรณ์ นันตา		มูลนิธิผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี	065 -447-6139	anntanipakorn@gmail.com		
31	คุณฐิตียา สามารถ		มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (WVFT)	099-246-2365	Thitiya.Yah@gmail.com		
32	คุณธนภัทร เทพวรรณ	หัวหน้ากิจกรรมและฝึกอบรม	มูลนิธิเอ็มพลัส (M-Plus)	095-237-3535	juneamorre@gmail.com		
33	คุณนันทะพงษ์ ธรรมหมื่นยอง	เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและฝึกอบรม	มูลนิธิเอ็มพลัส (M-Plus)	095-1357117	yipta123@gmail.com		
34	คุณณัฐพล วีรพัฒน์วงศ์		กลุ่มส่งเสริมการเข้าถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม (APASS)	095-953-1922	nattapon@apassthailand.org		

ที่	ชื่อ-นามสกุล	บทบาท	ชื่อหน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	อี-เมล	ลายมือชื่อ	
						1 มิ.ย.2565	2 มิ.ย.2565
หน่วยงานรับผิดชอบแผนงานแห่งชาติ (เอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย)							
35	ดร.ประยุทธ์ สุดาทิพย์	รองผู้อำนวยการ	กองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	092-272-6009	psudathip@gmail.com		
36	พญ.มณฑิณี วสันตอุโปภาคร	รองผู้อำนวยการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	086-408-0588	dr.monthinee@gmail.com		
37	คุณอารีรัตน์ ยุทธพรานันท์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	092-249-3691	areerat.yutt@hotmail.com		
38	คุณทิพาพรรณ จันทรวีชัย	ผู้ประสานงานโครงการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค	095-473-3744	tipawanoo@gmail.com		
หน่วยงานรับทุนหลักโครงการ (Principal Recipient: PR)							
39	คุณบุษบา ดันดีศักดิ์	นักวิชาการด้านเอดส์ และ TB/HIV	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR-DDC) กรมควบคุมโรค	089-927-2808	bussabatan21@gmail.com		
40	คุณเด่นสมัย โรจนพนัส	นักวิชาการด้านมาลาเรีย	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (PR-DDC)	081-924-7553	srojanapanus@yahoo.com		
41	คุณต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์	ผู้อำนวยการฝ่ายคุณภาพ โครงการ	มูลนิธิรักษ์ไทย (PR-RTF)	082-446-9265	thongphit@gmail.com		
42	คุณเกรกฏ อินตะผัด	เจ้าหน้าที่โครงการด้านมาลาเรีย	มูลนิธิรักษ์ไทย (PR-RTF)	088-293-5721	korakod@raksthai.org		
วิทยากรนำกระบวนการ							
43	ดร.พญ.นิตยา ภานภาค พังพางค์	ผู้อำนวยการบริหารสถาบัน IHRI	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI)	081-825-3544	nittaya.p@ihri.org		
44	คุณจารุณี ศิริพันธุ์	ผู้จัดการโครงการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ (S&D)	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	084-899-2772	jarunee.s@ihri.org		
45	คุณเปวันปรีชญ์ พละมาตย์	เจ้าหน้าที่โครงการ S&D	สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี	091-146347	pavanpant.p@ihri.org		
สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการกลไกร่วมมือในประเทศ (CCM)							
46	พญ.กรทอง ทิมสาร	รองประธานกรรมการ CCM และประธานกรรมการ OC	คณะกรรมการ CCM	081-936-5095	krongtho95@yahoo.com		
47	นพ.ภูษิต ประคองสาย	เลขาธิการบริหาร CCM	สำนักงานเลขาธิการ CCM	089-780-0606	phusit.pks@gmail.com		
48	คุณพัชราภรณ์ ช่างฉ่า	ผู้ประสานงานคณะกรรมการ CCM	สำนักงานเลขาธิการ CCM	092-254-5561	ccmthailand@gmail.com		
49	คุณเกตุมณ อัมแย้ม	เจ้าหน้าที่ธุรการและบัญชี	สำนักงานเลขาธิการ CCM	081-626-4053	ccmthailand@gmail.com		
50	คุณเกานต์ญาพันธ์ นันทะวิชัย	เจ้าหน้าที่ประสานงาน C19RM	สำนักงานเลขาธิการ CCM	096-873-9098	ccmthailand@gmail.com		
ผู้จัดบันทึกการประชุม							
51	คุณประไพ กระจ่างดี	ผู้จัดบันทึกการประชุม	อิสระ	087-347-3525	prapaikrajangdee@gmail.com		
52							