# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

## 1. บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2527 ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ปรากฏต่อสังคมเพิ่มมากยิ่งขึ้นจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2554 รายงานว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2554 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 376,690 ราย และเสียชีวิต 98,721 ราย โดยกลุ่มอายุของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 24.97 รองลงมาอายุ 25 - 29 ปี และ 35-39 ปี ร้อยละ 21.73 และ 18.19 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.48 รองลงมาเป็นเกษตรกร และผู้ว่างงาน ร้อยละ 19.49 และ 6.06 ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 44 ปี และเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระยะแรก สังคมมีความตระหนก หวาดกลัว เนื่องจากคนในสังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม จึงมีความพยายามรณรงค์เพื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์อย่างแพร่หลาย โดยเน้นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น ผู้ซื้อบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมหรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ คือ คนเลว คนไม่ดี และเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน สถานภาพทางสังคม ถูกรังเกียจ เหยียดหยาม ถูกแบ่งแยกออกจากคนในสังคม เพราะหากทราบว่าผู้ใดติดเชื้อเอชไอวี ก็มักจะแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับ หรือถูกบีบบังคับออกจากงาน มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อสังคม ไม่กล้าไปพบแพทย์เพื่อรักษาตัว และไม่กล้าขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะเกรงว่าจะถูกครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง และผู้เกี่ยวข้องรังเกียจ รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและบุตร เป็นต้น

ปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญมาจากการที่สังคม เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเอชไอวีหรือเอดส์ ตลอดจนขาดความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมในประชากรทุกกลุ่ม ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พุทธศักราช 2550 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และในคำประกาศเจตจำนงเกี่ยวกับ HIV/AIDS (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) ซึ่งกำหนดว่า

"สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคนเป็นสิ่งจำเป็นในการลดภาวะเสี่ยงต่อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ติดเชื้อและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทุกคนต้องได้รับความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในอันที่จะเข้าถึงการศึกษา การจ้างงาน บริการด้านสุขภาพและสังคม การป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาข้อมูลข่าวสาร และการปกป้องคุ้มครองตามกฎหมาย โดยความเคารพต่อความเป็นส่วนตัวและความลับส่วนบุคคล ตลอดจนเพื่อขจัดความรู้สึกอับอายและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี"

ด้วยเหตุดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จึงเห็นชอบให้สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ปรึกษาโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง "การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี" เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยสาเหตุและสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ให้ได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและตามหลักการสิทธิมนุษยชนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ/หรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อไป

## 1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1.2 เพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติ และการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.1.3 เพื่อเสนอรูปแบบการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ และเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและ/หรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

## 1.2 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### 1.2.1 การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination)

แนวคิดเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติมีความเชื่อมโยงต่อกัน โดยเฉพาะการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อพวกเขาถูกตีตราจากสังคมหนึ่ง ๆ ก็ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกกีดกันจากสังคม และอาจถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย โดยในหลายประเทศ มีการรายงานถึงกรณีที่ผู้ติดเชื้อถูกปฏิเสธสิทธิในการรักษาพยาบาล การทำงาน การศึกษารวมถึงเสรีภาพในการเคลื่อนไหวด้วย[1]

การตีตรา หมายถึง "ภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มชนในสังคมหนึ่งกำหนดว่า อะไรคือความแตกต่างของบุคคล ลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไร ลักษณะใดที่มีความแตกต่างไปจาก

1 UNAIDS.HIV/AIDS-related Stigma, Discrimination and Human Right Violation: Cases Studies of Successful Programme, 2005 [online] available at http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf

ที่คนส่วนใหญ่ประสงค์จะถือว่ามีความเบี่ยงเบน ส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้วางใจ หรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคม บุคคลที่ได้รับตราบาปหรือถูกตีตราบาปจะเกิดความรู้สึกว่า ตนมีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างที่ไม่พึงประสงค์ (Undesirable difference) ทั้งนี้ คุณลักษณะที่จะถูกตีตราบาปดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่คนจำนวนมากในสังคมนั้น ๆ มีอำนาจเป็นผู้กำหนดขึ้น ซึ่งความหมายของตราบาปเน้นไปที่มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคมหล่อหลอมรวมกันเป็นความรู้สึกที่แยกแยะความต่าง (difference) หรือ ความเบี่ยงเบน (deviance) ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านจากสังคม โดยผู้ที่ถูกตีตราบาปจะถูกมองจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่มี “ลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมเสีย” (Spoiled Identity)[2]

บุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกสังคมตีตรา มีลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ (1) มีความผิดปกติทางกายภาพ เช่น ร่างกายพิการหรือด้อยความสามารถ (2) มีความเบี่ยงเบนทางด้านวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม เช่น คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดยา หรือผู้มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ และ (3) มีความแตกต่างทางเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ชนชั้น ศาสนา เช่น ชนกลุ่มน้อย

การตีตราเป็นการให้ความหมายทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบ การรับรู้นี้อาจเป็นสิ่งที่สัมผัสได้หรืออาจจะสัมผัสไม่ได้ บุคคลที่มีลักษณะพึงประสงค์จะรู้สึกอยู่เหนือกว่า (Superior) ส่วนบุคคลที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์จะรู้สึกต่ำต้อย (Inferior) กระบวนการตีตราบาปจึงเป็นผลจากการเปรียบเทียบทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกและการลดคุณค่า การตีตราจึงเป็นต้นทางของปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ตามมา

**1.2.2 สาเหตุของการเลือกปฏิบัติและการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

Richard Parker et.al. ชี้ให้เห็นว่า สาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากจะมาจากการถูกจัดประเภทว่าไม่ปกติ ทั้งในแง่ของพฤติกรรมทางเพศที่ผิดไปจากคนทั่วไป เชื้อชาติ (เช่น มายาคติทางเชื้อชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของคนผิวดำ) และชนชั้น (คนจนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าคนรวย) แล้ว ยังมาจากความหวาดกลัวการติดเชื้อและอาการของโรคด้วย สาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติเหล่านี้ มักมีความเชื่อมโยงและส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน และยิ่งทำให้ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติหยั่งรากลงไปมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเขาเรียกวงจรนี้ว่า เป็นวงจรอุบาทว์ของการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (the vicious circle of stigma and discrimination) ซึ่งเกิดขึ้นสืบเนื่องกัน ดังนี้

ขั้นแรก เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีมักเกี่ยวข้องกับกลุ่มหรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่ผิดไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคม บุคคลที่ติดเชื้อมักจะถูกตั้งข้อสันนิษฐานว่า เป็นคนชายขอบของสังคมและอาจจะถูกตีตราในสิ่งที่พวกเขาไม่เคยเป็น เช่น บางครั้งผู้ชายอาจจะเกรงว่า การเปิดเผยว่าตนติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ถูกมองว่าตนเองเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ หรือผู้หญิงก็อาจจะไม่อยากเปิดเผยเพราะเกรงจะถูกมองว่าเป็นผู้หญิงสำส่อน เป็นกลุ่มค้าบริการ

ขั้นที่สอง การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นการซ้ำเติมอาการของผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงมากกว่าเดิม ทำให้พวกเขายิ่งถูกตีตราและกีดกันมากยิ่งขึ้น

---

2 Erving Goffman. Stigma : Note on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Penguins Book, 1963 อ้างถึงใน นิฮาฟีซา หะยีวาเงาะ, ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม :กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555, หน้า 18-19.

### 1.3 ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่อง การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้มาสร้างความรู้ร่วมกัน (co-production of knowledge) โดยอาศัย “การประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1” (stakeholder’s workshop #1) เป็นเวทีในการเริ่มต้นตั้งโจทย์วิจัย การพัฒนาเครื่องมือร่วมกัน

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้ มีจุดเด่นในแง่ที่นอกจากจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างลุ่มลึกรอบด้านแล้ว ยังเป็นโอกาสในการเสริมพลังทางด้านความรู้ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย

ดังที่ได้กล่าวไว้ในส่วนที่แล้วว่า สาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี คณะผู้วิจัยจึงออกแบบให้การวิจัยครั้งนี้มีส่วนในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของคณะผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อที่เป็นจริง

เพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล และประยุกต์ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลายอย่างประกอบกัน ดังนี้

#### 1.3.1 การวิจัยเอกสาร มี 2 ขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้

1) การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการสากล และมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากกฎหมายในประเทศไทยและต่างประเทศ ปฏิญญาสากล กติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ เอกสารทางวิชาการ หนังสือ ตำรา รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบตัวอย่างมาตรการของต่างประเทศอย่างน้อย 3 ประเทศ โดยให้ความสำคัญกับประเทศที่ประสบความสำเร็จในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ประเทศที่มีกฎหมายห้ามการเลือกปฏิบัติในแบบต่าง ๆ กัน เช่น เครือรัฐออสเตรเลีย อาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีมาตรการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในแบบเสรีนิยม สหราชอาณาจักรและเครือรัฐออสเตรเลียอาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีนโยบายรัฐสวัสดิการ และอาจหยิบยกกรณีประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น สาธารณรัฐฟิลิปปินส์เป็นอีกตัวอย่างของประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น

2) การวิเคราะห์แนวทางและนโยบายการแก้ไขปัญหาของรัฐบาลไทยในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

**1.3.2 การศึกษาสภาพการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมิติต่าง ๆ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา รวมทั้งผลกระทบในมิติสิทธิมนุษยชนต่อการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ** อาศัยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและตีความข้อมูลอย่างลุ่มลึกในมุมมองแบบคนใน และเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน จึงทำให้สามารถได้ผลการศึกษาที่หนักแน่น และเชื่อถือได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเชิงปริมาณที่เน้นการสร้างข้อสรุปทั่วไป (generalization) จึงต้องให้ความสำคัญกับจำนวนตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ แต่การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจะไม่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาเฉพาะบางประการ โดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจน

โดยมีการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 6 กลุ่ม โดยวิธีการ ดังนี้

| กลุ่ม | วิธีการ | จำนวน |
|---|---|---|
| ผู้ติดเชื้อ<br>- กลุ่มที่มีงาน | การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัดสนทนากลุ่ม แบบปรึกษาหารือ (deliberative focus group) ครอบคลุมพื้นที่เมือง-ชนบท และประเภทกิจการ | 10 - 12 คน |
| - กลุ่มที่เคยถูกปฏิเสธ/เลิกจ้าง | | |
| กลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ | | 15 - 20 คน |
| กลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ | การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัดสนทนากลุ่ม แบบปรึกษาหารือ ครอบคลุมกิจการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน โดยเฉพาะกิจการอาหารและกิจการต่อเนื่อง, กิจการบริการ ร่วมกับการศึกษากรณีศึกษา | 8 - 10 คน |
| กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ และตัวแทนสหภาพแรงงาน | การจัดสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ | 8 - 10 คน |
| กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ/เอกชน/ องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้อง | การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัดสนทนากลุ่ม แบบปรึกษาหารือกับผู้ติดเชื้อ | 8 - 10 คน |
| กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี | สัมภาษณ์เชิงลึก | 1 - 2 คน |

การสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่การสนทนากลุ่มโดยทั่วไป แต่เป็นวิธีการที่พัฒนามาจากการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Polling) ซึ่งเป็นวิธีการที่ James Fishkin ออกแบบโดยให้ความสำคัญกระบวนการอภิปรายที่ผู้เข้าร่วมมีข้อมูลมากเพียงพอ และสามารถชั่งน้ำหนักของข้อเสนอต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คุณภาพของการปรึกษาหารือขึ้นอยู่กับ ความสมบูรณ์ในการเสนอประเด็นจากทุกฝ่าย ข้อมูลที่มีความแม่นยำในเชิงเหตุผล ความมีสำนึกในการตัดสินใจ (conscientiousness)

โดยทั่วไป การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือจะมาจากการสุ่มเลือกโดยพิจารณาความครอบคลุมของภูมิหลัง ความแตกต่างทั้งในด้านพื้นที่ ลักษณะประชากร โครงสร้างของกระบวนการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีผู้ดำเนินการอภิปรายที่มีประสบการณ์ และการให้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในเวทีใหญ่ที่ผู้เข้าร่วมมีโอกาสซักถาม และการสำรวจความคิดเห็นในขั้นสุดท้าย โดยหลักการ ผู้เข้าร่วมกระบวนการจะมีโอกาสในการทบทวนสิ่งที่ฟังมาจากเวทีใหญ่ก่อนจะตัดสินใจตอบแบบสำรวจ การให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมอย่างรอบด้านจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในบางกรณีอาจมีการให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมเพื่อเป็นการเตรียมการล่วงหน้าอีกด้วย[3]

แต่สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ จะปรับรูปแบบจากการสำรวจความเห็นมาเป็นการสนทนากลุ่ม ตั้งแต่การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนในเรื่องนั้น ๆ (ในขณะที่การสำรวจความเห็นแบบปรึกษาหารือใช้การสุ่มเลือก) และในกระบวนการสนทนากลุ่มนี้จะมีขั้นตอน ดังนี้

- เริ่มจากการตั้งคำถามเบื้องต้นถึงสภาพปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ และผลกระทบที่เกิดขึ้น

[3] James Fishkin and Cynthia Farrar,. Deliberative Polling : From Experiment to Community Resource. InGastil, John and Levine, Peter.eds. The Deliberative Democracy Handbook : Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century. pp. 68-79. San Francisco : Jossey-Bass, 2005.

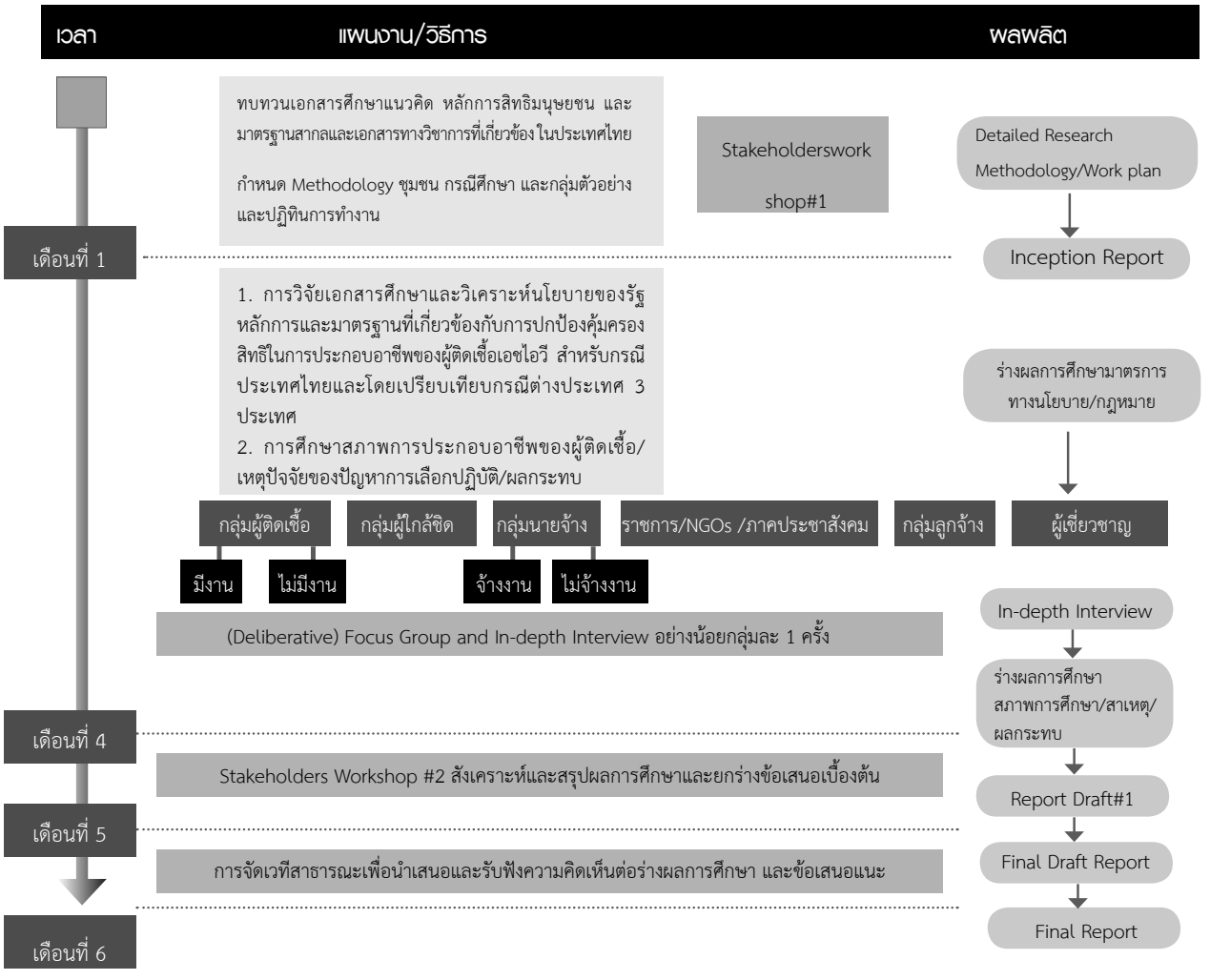
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ย้อนกลับมาให้ผู้เข้าร่วมสนทนาใคร่ครวญ ถกแถลงถึงคำถามเดิม และตอบคำถามอีกครั้ง
- ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอที่เป็นทางออกสำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ

นอกจากการเก็บข้อมูลข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังกำหนดให้มีการศึกษากรณีศึกษาเพิ่มเติมด้วย โดยเฉพาะกรณีศึกษา Best Practices ในกิจการที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเป็นหลัก[4]

เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลครบทุกกลุ่มแล้ว จึงประมวลผลข้อมูลเพื่อยกร่างเป็นผลการศึกษาที่แสดงถึงปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในสังคมไทย สาเหตุ/ปัจจัยของการเลือกปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พร้อมกับสรุปสังเคราะห์และยกร่างข้อเสนอในด้านนโยบายและกฎหมายคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำร่างรายงานดังกล่าว เสนอต่อเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder's Workshop#2) ก่อนจะนำเสนอต่อเวทีสาธารณะ และปรับปรุงเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติต่อไป

สำหรับภาพรวมของกรอบการศึกษาและขั้นตอนการศึกษา ปรากฏตามแผนภาพที่ 1

**แผนภาพที่ 1 : กรอบการศึกษาและแผนการทำงานศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม**




[4] เป็นระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่มีการเพิ่มเติมจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1

## 2. ข้อค้นพบจากการศึกษา

### 2.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบ และเหตุปัจจัย

#### 2.1.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติ

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติตามมาตรา 30 วรรคสาม[5] และมีแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการของกระทรวงแรงงาน และแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ที่ออกโดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) แต่จากข้อมูลจากการศึกษา ทั้งจากการทบทวนเอกสารและการเก็บข้อมูลภาคสนามของโครงการ พบว่า ในปัจจุบันสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังปรากฏในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับกฎหมาย/นโยบาย ระดับสถาบัน และระดับชุมชน ดังแสดงรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

1) การเลือกปฏิบัติระดับกฎหมายนโยบาย มีการเลือกปฏิบัติในระเบียบย่อยขององค์กรบางแห่ง ในขั้นตอนของการรับสมัครงาน โดยเฉพาะที่ปรากฏในระเบียบของข้าราชการตำรวจ และข้าราชการฝ่ายตุลาการ อย่างไรก็ดี เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในต่างประเทศ แม้ในประเทศที่มีกฎหมายห้ามเลือกปฏิบัติอย่างในกรณีเครือรัฐออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักรเอง ก็ยังคงมีข้อยกเว้นในสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ หลักการคุณลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานประเภทนั้น ในคำพิพากษาศาลสูงในคดี XV Commonwealth ของเครือรัฐออสเตรเลีย ในกรณีของการปฏิบัติหน้าที่ทหาร ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพที่แข็งแรง หรือในข้อยกเว้นในการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการเลือกปฏิบัติในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งยกเว้นไม่บังคับในกรณีการประกอบอาชีพ เช่น การรับราชการทหาร ตำรวจ และองค์กรวิชาชีพ เช่น เนติบัณฑิตยสภา (รายละเอียดดูในบทที่ 2)

แม้ว่าจะมีความพยายามให้มีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบทั้ง 2 ฉบับในประเทศไทย แต่ดูเหมือนความพยายามดังกล่าวจะไม่ประสบผล การเลือกปฏิบัติในระดับกฎหมายในประเทศไทย จึงเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยากที่สุด อย่างไรก็ดี สำหรับกรณีผู้ติดเชื้อที่ทำงานในองค์กรเหล่านั้นอยู่แล้วในประเทศไทย เช่น ในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ก็มีการรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรว่า จะให้การสนับสนุนและให้ปฏิบัติงานตามปกติ

2) การเลือกปฏิบัติระดับสถาบัน เป็นระดับที่มีปัญหากว้างขวางที่สุด โดยเฉพาะในนโยบายการรับคนเข้าทำงานในหลายประเภทกิจการ (รายละเอียดดูในตารางที่ 3) อย่างไรก็ดี จากบทเรียนการดำเนินงานของกลไกที่มีส่วนในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ การแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติในระดับนี้ ดูจะมีความหวังมากกว่า โดยเฉพาะเมื่อสามารถทำความเข้าใจกับนายจ้าง และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายในองค์กรเหล่านี้ได้ แต่ความพยายามแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในระดับสถาบัน ไม่ว่าจะเป็นจากมาตรฐาน ASO THAILAND หรือจากความพยายามของอนุกรรมการฯ ภายใต้ คช.ปอ. และองค์กรในภาคประชาสังคม มักจะประสบผลเฉพาะรายกรณี มีเพียงไม่กี่กรณีที่สามารถผลักดันให้เปลี่ยนแปลงนโยบายขององค์กรในภาพรวมได้

3) การเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน เป็นอีกระดับที่ส่งผลกระทบกว้างขวาง และมีผลซ้ำเติมกับผู้ติดเชื้อที่ออกจากงานในระบบ และกลับมาอยู่ในชุมชน แต่การเลือกปฏิบัติในระดับนี้ ดูจะเป็นระดับที่แก้ไขได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการทำความเข้าใจกับคนในชุมชนของตนเองได้ ก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ ดังสามารถแสดงให้เห็นได้ในตารางที่ 1

[5] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสาม “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้”

**ตารางที่ 1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**

| ระดับการเลือกปฏิบัติ | ประเภทหน่วยงาน/ลักษณะการเลือกปฏิบัติ |
|---|---|
| **ระดับกฎหมาย/นโยบาย** | **หน่วยงานภาครัฐ**<br>**บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน** ปรากฏอยู่ใน<br>● ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติว่าด้วยเรื่อง รับสมัครและสอบแข่งขันบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรี เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน พ.ศ. 2551<br>● ระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรมว่าด้วยโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ พ.ศ. 2545<br>**การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในผู้ที่ต้องการอุปสมบท** |
| ระดับสถาบัน | **หน่วยงานภาคเอกชน**<br>**บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ในธุรกิจ**<br>● โรงแรม<br>● บริษัทขายอาหารและเบเกอรี่<br>● ธุรกิจขายรถยนต์<br>● ธุรกิจค้าปลีกที่มีการขายอาหาร<br>● ธุรกิจธนาคาร<br>● ธุรกิจอาหารแช่แข็ง<br>● อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา<br>● บริษัทขายเครื่องใช้ในบ้าน[1]<br><br>**ให้ออกจากงานเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี**<br>● ร้านอาหาร[1] |
| **ระดับชุมชน**[2] | ● ไม่ซื้ออาหารที่ผู้ติดเชื้อทำขาย เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อจากอาหาร และรังเกียจสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ<br>● ลูกค้าไม่ซื้อเห็ดจากที่ผู้ติดเชื้อเพาะขาย เพราะเกรงว่าจะมีการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีในระหว่างเก็บเห็ด<br>● คนในชุมชนไม่ยอมจ้างงาน เพราะเห็นว่าสุขภาพอ่อนแอ<br>● หมอนวดแผนไทยลาออกจากร้านนวดแผนไทย เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อ เมื่อสุขภาพดีขึ้น ได้กลับมาเปิดบริการร้านนวดของตนเอง โดยไม่ได้แจ้งลูกค้าทั่วไปว่าตนเองติดเชื้อ และแม้ว่าเคยบอกลูกค้าบางคนที่มีความสนิทสนม ปรากฏว่าลูกค้าบางคนก็ไม่เชื่อ<br>● การบังคับให้ผู้ที่จะเข้าอุปสมบทตรวจเลือดตามมติของมหาเถรสมาคม |

หมายเหตุ :

1. เป็นกิจการที่เคยมีนโยบายการเลือกปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนนโยบายแล้ว

2. การเลือกปฏิบัติระดับชุมชนเป็นประสบการณ์ที่ผู้ติดเชื้อประสบในระยะแรก ๆ ที่เปิดตัว ต่อมาหลังจากมีการทำความเข้าใจในระดับชุมชน ก็สามารถแก้ไขการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชนได้

อย่างไรก็ดี ประเด็นสำคัญในเรื่องการเลือกปฏิบัติ มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องสถานการณ์และความรุนแรงในการแก้ปัญหา ผลการศึกษาที่ผ่านมายังชี้ให้เห็นว่า ช่องทางในการร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อเข้าถึงได้ง่ายและประสบผลรวดเร็วกว่ามักจะเป็นองค์กรภาคประชาสังคมที่มีทรัพยากรจำกัด และแม้จะมีช่องทางในการร้องเรียนต่อองค์กรภาครัฐและองค์กรตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็เข้าถึงได้ยาก อย่างเช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ก็มีภารกิจที่ครอบคลุมสิทธิมนุษยชนหลายเรื่อง การแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่องจึงใช้เวลายาวนาน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาต่อไปคือ จะผลักดันให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### 2.1.2 ผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติ

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

**ผลกระทบโดยตรง**

- ทำให้ต้องสูญเสียงานและแหล่งรายได้หลัก ในบางกรณี ผู้ติดเชื้อยังรู้สึกว่าสถานะการติดเชื้อมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงานด้วย
- การบังคับตรวจเลือดในการสมัครงาน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีทางเลือกในการประกอบอาชีพน้อยลง ขาดโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน ตลอดจนโอกาสในการเพิ่มรายได้

**ผลกระทบทางอ้อม**

- ทำให้ผู้ติดเชื้อยิ่งตีตราบาปให้ตัวเอง (self-stigma) หรือเป็นการตีตราภายในตนเอง (internal stigma) ยอมรับทัศนะของคนรอบข้างว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิดบาป น่ารังเกียจ เห็นว่าการเลือกปฏิบัติของคนอื่นๆ เป็นเรื่องที่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลของตนเอง ใช้ชีวิตอยู่อย่างหวาดระแวง เกรงว่าผู้อื่นจะรู้ตลอดเวลา ในหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลและเข้ารับการรักษาช้าเกินไป ทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร
- กรณีที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตนเองต่อคนรอบข้างและคนในชุมชนโดยไม่สมัครใจ ทำให้ต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต ไม่เฉพาะตัวผู้ติดเชื้อ แต่รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิด ได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราและตั้งข้อรังเกียจจากคนในชุมชนด้วย
- การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ เป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งที่ส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านอื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการถูกบังคับให้เข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การถูกกักตัว กักเพื่อตรวจโรคถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว แบ่งแยก ทั้งยังมีการตรวจเลือดการได้รับบริการปรึกษาที่ไม่รอบด้านบีบบังคับการแจ้งผลเลือดการถูกกดดันให้บอกสถานะของการติดเชื้อ ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น ถูกจัดให้ทำฟันหรือตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นลำดับท้าย
- ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยครอบคลุมยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ในทางปฏิบัติ กลับมีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ทำให้กำลังแรงงานส่วนหนึ่งหายไปจากระบบอย่างน่าเสียดาย

### 2.1.3 สาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุหลักของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อมีดังนี้

- การขาดความรู้ที่ถูกต้องของคนในสังคมเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้นายจ้างในกิจการประเภทที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการบริการ หวาดกลัว และตั้งข้อรังเกียจ
- การขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและการเลือกปฏิบัติตามกฎหมายไทย ทั้งในส่วนของนายจ้างและตัวผู้ติดเชื้อเอง สาเหตุนี้ทำให้นายจ้างจำนวนมากยังคงมีนโยบายเลือกปฏิบัติ ในขณะที่ตัวผู้ติดเชื้อจำนวนมากก็ไม่รู้สิทธิของตนเองและยอมรับการถูกละเมิดสิทธิ
- การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการดูแลรักษาที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้คนจำนวนมากยังเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสุขภาพไม่แข็งแรง นายจ้างจำนวนหนึ่งจึงไม่ยอมจ้างผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน เพราะเกรงว่าจะไม่คุ้มและต้องมีรายจ่ายเพิ่ม
- อคติของคนในสังคมที่ยังคงมองว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จึงไม่ควรจะไปเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ

การขาดความรู้ ความเข้าใจและอคติเหล่านี้ เป็นผลมาจากการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ทศวรรษแรก ๆ ที่มีลักษณะขู่ให้คนกลัว ซึ่งการปลูกฝังมายาคติทำให้เอดส์และเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่ากลัวโดยนโยบายการบริหารจัดการเอดส์ของภาครัฐเช่นนี้เคยถูกวิจารณ์ว่า นโยบายของรัฐในการจัดการปัญหาโรคเอดส์คือการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นตกอยู่ภายใต้แนวคิดระบาดวิทยานั้นเป็นการจำกัดมุมมองไม่ให้เห็นเอดส์ในมิติอื่นๆ และยิ่งเป็นการซ้ำเติมการตีตราและการเลือกปฏิบัติอยู่ต่อไป

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของไทย พบว่า ภายใต้กรอบกฎหมายปัจจุบัน แม้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีแต่รัฐธรรมนูญของประเทศไทยได้มีบทบัญญัติในหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ อีกทั้งยังมีบทบัญญัติว่าด้วยการเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมเพื่อใช้เป็นมาตรการคุ้มครองกลุ่มที่มีความแตกต่างในสถานการณ์ที่แตกต่าง ซึ่งกรณีของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะได้รับประโยชน์จากบทบัญญัติดังกล่าวเช่นกัน เมื่อพิจารณาบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสาม จะพบว่าการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ อาทิ การบังคับให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของผู้สมัครงานหรือพนักงาน ไม่ว่าระหว่างการจัดหางาน การสมัครงาน หรือการจ้างงาน รวมตลอดถึงการเลิกจ้างพนักงานด้วยเหตุที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ นอกจากการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแล้ว พบว่า การกระทำของนายจ้างบางประการ อาทิ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของลูกจ้างโดยไม่ได้รับความยินยอม หรือการขอให้โรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจสุขภาพและการตรวจเลือดถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และเป็นทั้งความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้รับรองและคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ แต่จากการศึกษาพบว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบกลไกการร้องทุกข์ภายใต้รัฐธรรมนูญซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนที่ซับซ้อนและอาจต้องใช้เวลานานเกินความจำเป็น เนื่องจากมีความทับซ้อนในเขตอำนาจขององค์กร

ที่เกี่ยวข้องหลายองค์กร เช่น กรณีที่บุคคลถูกละเมิดสิทธิเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ หากจะใช้สิทธิทางศาลรัฐธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยในกรณีมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ จะสามารถกระทำได้ก็ต่อเมื่อได้ดำเนินการตามช่องทางอื่น ๆ (มาตรา 212) เช่น ยื่นคำร้องผ่านผู้ตรวจการแผ่นดิน (มาตรา 245) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (มาตรา 257) หรือ ศาล (มาตรา 211) กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้บุคคลผู้ถูกกระทบสิทธิประสบปัญหาการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์และการได้รับการเยียวยาจากการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากไม่ต้องการที่จะเข้าสู่กระบวนการตามกลไกที่มีอยู่ ดังนั้น ควรมีการพิจารณาพัฒนากลไกการร้องทุกข์ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในที่นี้ คือ ภาครัฐและภาคประชาสังคม ยังขาดการบูรณาการในมิติต่าง ๆ อย่างชัดเจน อาทิ การบริหารจัดการฐานข้อมูลร่วมกัน แนวปฏิบัติในการสร้างกลไกการส่งต่อ และระบบการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อการกำหนดแผนหรือยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการคุ้มครองอย่างเป็นระบบ

## 3. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ในการเสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในที่นี้ คณะผู้วิจัยแบ่งข้อเสนอเป็น 2 แบบ คือ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ซึ่งได้มาจากการทบทวนแนวคิดหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิ ในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาสภาพและสาเหตุการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทของประเทศไทย และแบบที่สองเป็นข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ โดยใช้มาตรการอื่น ๆ แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

### 3.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ ดังที่ปรากฏในมาตรา 30 วรรคสาม แต่กฎหมายที่ใช้ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ประสบปัญหาถูกเลือกปฏิบัติยังมีลักษณะกระจัดกระจาย เช่น ในประมวลกฎหมายอาญา และประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อีกทั้งผู้ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติก็ไม่สามารถเข้าถึงกลไกการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญได้โดยตรง จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาบัญญัติกฎหมายขจัดการเลือกปฏิบัติ ที่กำหนดบรรทัดฐานที่ชัดเจนในการคุ้มครองกรณีการถูกเลือกปฏิบัติ ทั้งที่หน่วยงานรัฐและหน่วยงานภาคเอกชนต้องปฏิบัติตาม อันจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ปรากฏในระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการสร้างกลไก/กระบวนการคุ้มครองสิทธิที่ผู้ถูกละเมิดสิทธิสามารถเข้าถึงได้โดยตรง ดังนั้น จำเป็นต้องมีการผลักดันกฎหมายเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติหรือกฎหมายเพื่อความเสมอภาคในภาพรวมในลักษณะเดียวกับกฎหมายเสมอภาคของประเทศสหราชอาณาจักร เพื่อลดปัญหาการซ้ำเติมการเลือกปฏิบัติและเสริมพลังการขับเคลื่อนกฎหมาย กฎหมายฉบับนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ต้องสังเคราะห์ร่วมกับปัญหาการเลือกปฏิบัติในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มคนพิการ ผนวกกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติด้วย โดย

3.1.1 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันโดยตรงด้วยการเสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายและกฎที่มีเนื้อหาขจัดการเลือกปฏิบัติ ต่อรัฐสภาหรือคณะรัฐมนตรี เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนต่อผู้ที่สุ่มเสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ในบทบัญญัติ มาตรา 257(5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550[6] โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติ

โดยแนวทางในการบัญญัติกฎหมายดังกล่าวจะต้อง

- ตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิ (Rights based)
- มีมิติเพื่อตอบสนองต่อหญิงชายอย่างเท่าเทียม (gender responsiveness)
- ให้ความสำคัญกับรูปแบบของกลไกการร้องทุกข์ วิธีการเยียวยาและลักษณะขององค์กรที่ทำหน้าที่รับเรื่องราวการร้องทุกข์และติดตามประเมินผลและการรายงานสำหรับบทบัญญัติเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพนั้น
- ส่งเสริมบทบาทของนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง และองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งในระหว่างการจัดหางาน การสมัครงาน และการจ้างงาน
- มีบทลงโทษในกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและการเปิดเผยข้อมูลลับต่าง ๆ ที่มีความชัดเจนและเพียงพอ ทั้งบทลงโทษทางอาญาและบทลงโทษทางแพ่งเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในรูปแบบของการลดหย่อนอัตราภาษี หรือการยกเว้นภาษี หรือการสนับสนุนทางด้านตัวเงิน หรือโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมต่อสถานประกอบการ นายจ้างที่มีบทบาทในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือเป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาประกอบการบัญญัติกฎหมาย

3.1.2 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันทางอ้อมโดยสนับสนุนหรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายและองค์กรเครือข่าย เครือข่ายคนพิการ โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวีด้วย โดยมีแนวทางเดียวกับข้อ 3.1.1

### 3.2 ข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้มาตรการอื่น ๆ

จากผลการศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติและความพยายามในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในส่วนที่ไม่ใช่มาตรการทางกฎหมาย พบว่า แม้จะมีความริเริ่มในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังที่ปรากฏในแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ซึ่งกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2548 (ต่อมาปรับปรุงแก้ไขในปี 2554) และแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน

[6] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (5) “เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการพัฒนากฎหมาย และกฎ ต่อรัฐสภา หรือคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน”

ซึ่ง คช.ปอ. ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2552 แต่ก็ดูเหมือนว่าแนวปฏิบัติทั้งสองฉบับจะไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังพบว่ามีสถานประกอบการจำนวนหนึ่งยังมีนโยบายเลือกปฏิบัติต่อการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในหลายประเภทกิจการ และในส่วน คช.ปอ. ซึ่งแม้จะเป็นกลไกความร่วมมือระหว่างภาคราชการและภาคประชาสังคม มีการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ที่มีเป้าหมายหนึ่งในการลดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากขาดทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานลดปัญหาการเลือกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่การเข้าถึงกลไกภาครัฐเป็นเรื่องยาก และน้อยครั้งที่ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ กลไกที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด และสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้มากที่สุด จึงกลายเป็นกลไกภาคประชาสังคม อย่างไรก็ดี กลไกภาคประชาสังคมที่เน้นการทำงานลดการเลือกปฏิบัติโดยใช้วิธีการเสริมสร้างความเข้าใจกับผู้ประกอบการก็มีข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากมีทรัพยากรและบุคลากรที่จำกัด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกเหนือจากมุมมองทางกฎหมายและกลไกภาครัฐ จากผลการวิเคราะห์บริบทของการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รูปแบบที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นรูปแบบการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม โดยสนับสนุนและเสริมพลังให้กลไกในภาคประชาสังคมที่สามารถดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว มีทรัพยากรในการดำเนินงานที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ที่ประสบปัญหาได้อย่างกว้างขวางขึ้นและเสริมพลังให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการคุ้มครองสิทธิและดูแลซึ่งกันและกันอย่างยั่งยืน แนวทางการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านนี้ มีดังนี้

**3.2.1** คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรกำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชน ตลอดจนเจ้าของปัญหาที่ได้รับผลกระทบในการเลือกปฏิบัติและละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเด็นดังกล่าว โดยอาจพิจารณาแนวทางการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในภาคประชาสังคม ด้วย**การจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รวมทั้งเสนอแนะไปยังรัฐบาลเพื่อให้มีการตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่านคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.)** ทั้งนี้ เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของภาครัฐ โดยยอมรับและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากภาคประชาสังคมและเสริมความเข้มแข็งให้กับองค์กรภาคประชาสังคมและเจ้าของปัญหาให้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยถือเป็นการใช้อำนาจตามมาตรา 257 (7) ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542[7]

**3.2.2** คณะกรรมการสิทธิมนุษชนแห่งชาติ ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้นเหตุคือ การขาดความรู้ความเข้าใจที่สำคัญในเรื่องการติดต่อและสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมาตรการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ ส่งเสริมให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณชนในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ความก้าวหน้า

---

[7] ตามมาตรา 257 (7) แห่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนไว้ดังนี้ “ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์การเอกชน และองค์การอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน” และมาตรา 23-24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กล่าวถึงบทบาทขององค์การเอกชนด้านสิทธิมนุษยชนในฐานะกลไกการทำงานร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ โดยในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรผนวกเนื้อหาที่ครอบคลุมถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจำเป็นต้องรวมไปถึงการเสริมความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ และจำเป็นต้องให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

**3.2.3** คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ต้องเร่งดำเนินการตรวจสอบและเสนอมาตรการการแก้ไขโดยเร็ว ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการประกอบอาชีพหรือเรื่องการศึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่อการประกอบอาชีพในอนาคต เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างรวดเร็ว และในกรณีที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อได้ ให้พิจารณาเสนอเรื่องไปยังกลไกในกระบวนการยุติธรรมตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ[8] ได้แก่ ศาลรัฐธรรมนูญ (มาตรา 257 (3)) หรือศาลปกครอง (มาตรา 257 (4)) ในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิจากภาครัฐ เป็นโจทก์ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิในภาคเอกชน (มาตรา 257 (5)) หรือเป็นโจทก์ร่วมฟ้องคดีกับผู้เสียหาย เพื่อสร้างบรรทัดฐานการไม่เลือกปฏิบัติและการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต

**3.2.4** คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้รัฐบาล โดยกระทรวงแรงงาน **ให้ความสำคัญกับประเด็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรณรงค์ให้สาธารณชนเห็นความสำคัญของปัญหาการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ตลอดจนผลักดันให้มาตรการป้องกันการเลือกปฏิบัติที่มีอยู่เกิดผลในทางปฏิบัติ** โดยเฉพาะแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ของ คช.ปอ. และแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการของกระทรวงแรงงาน ทั้งนี้เป็นไปตามบทบัญญัติเรื่องการตรวจสอบการละเมิดสิทธิมนุษยชน ตามมาตรา 28 (2) แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542[9] ตลอดจนควรส่งเสริมให้มีการเจรจาแบบไตรภาคีเพื่อหาข้อตกลงร่วมและแนวปฏิบัติเพื่อการขจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพและการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในส่วนของนโยบายการจ้างงานของสถานประกอบการต่าง ๆ ทั้งนี้เป็นไปตามอำนาจหน้าที่ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7)[10] โดยให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้

---

[8] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257
"(2) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลรัฐธรรมนูญในกรณีที่เห็นชอบตามที่มีผู้ร้องเรียนว่า บทบัญญัติแห่งกฎหมายใดกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยวิธีพิจารณาของศาลรัฐธรรมนูญ
(3) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลปกครอง ในกรณีที่เห็นชอบตามที่มีผู้ร้องเรียนว่า กฎ คำสั่ง หรือการกระทำอื่นใดในทางปกครองกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง
(4) ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมแทนผู้เสียหาย เมื่อได้รับการร้องขอจากผู้เสียหาและเป็นกรณีที่เห็นสมควรเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ"

[9] พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 28 (2) "ในการกำหนดมาตรการการแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิมนุษยชนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลหรือหน่วยงานดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ด้วยวิธีใดที่เห็นเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในลักษณะทำนองเดียวกันอีกได้"

[10] รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7) "ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานหน่วยราชการ องค์การเอกชน และองค์การอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน"

- มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เช่น การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องต่อแรงงาน
- มาตรการคุ้มครองการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพและการละเมิดสิทธิ เช่น การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การจัดบริการที่จำเป็นต่อกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การจัดที่พักและรูปแบบการทำงานที่เหมาะสม
- มาตรการเยียวยาและฟื้นฟู เช่น ค่าชดเชย การเกษียณก่อนเวลา เป็นต้น

ทั้งนี้ รวมไปถึงมาตรฐาน ASO THAILAND ที่ยังไม่มีแรงจูงใจให้นายจ้างเข้าร่วมโครงการ จำเป็นต้องเสนอแนะให้หน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมควบคุมโรค และสมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ ดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยเฉพาะฝ่ายลูกจ้าง หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้เข้ามามีบทบาทในการร่วมผลักดันให้มากขึ้น

**3.2.5** คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้หน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในเรื่องการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการประกอบอาชีพหรือสิทธิมนุษยชนในภาพรวม เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เพื่อให้องค์กรเหล่านี้สามารถคุ้มครองสิทธิของประชาชนและผู้ติดเชื้อได้อย่างแท้จริง

**3.2.6** คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากกฎหมายที่มีอยู่แล้วอย่างเคร่งครัด เช่น ใช้กลไกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กับสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและเปิดเผยผลการตรวจต่อผู้อื่น เป็นต้น