

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง
การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เสนอต่อ
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

โดย
สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
25 พฤศจิกายน พ.ศ.2556

คำนำ

การวิจัยเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุการเลือกปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดจากการเลือกปฏิบัติ โดยอาศัยวิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสมีส่วนร่วมสร้างความรู้ร่วมกัน และในการเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ผู้วิจัยได้ทบทวนจากหลักการสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนแนวปฏิบัติที่ดีจากประเทศที่เป็นตัวอย่างในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบกับการจัดเวทีเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงหวังว่า ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการขจัดปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ไม่มากก็น้อย

อนึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อในประเทศไทย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตั้งแต่การเริ่มตั้งโจทย์วิจัย การเก็บข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล และการพัฒนาข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ และหากมีข้อบกพร่องประการใด ก็ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัยเท่านั้น

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		I
1. บทนำ		I
2. ข้อค้นพบจากการศึกษา		VIII
3. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา		XI
บทที่ 1	บทนำ	1
	1.1 หลักการและเหตุผล	1
	1.2 วัตถุประสงค์	2
	1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน	2
	1.4 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย: การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination)	3
	1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา	6
	1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2	แนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติและความเสมอภาคในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	11
	2.1 หลักการและมาตรฐานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษากรณีสิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพ	12
	2.2 มาตรการและแนวปฏิบัติที่ดีด้านการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ศึกษาเปรียบเทียบ กฎหมายและนโยบายของเครือรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐ ฟิลิปปินส์และประเทศสหราชอาณาจักร	18
	2.3 กฎหมายและแนวนโยบายของรัฐ หลักการและมาตรการของประเทศไทยที่ เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอช ไอวี	31
	2.4 สรุปผลการทบทวนแนวนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติใน การประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	36
บทที่ 3	การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมไทย	41
	3.1 ผลการศึกษาจากการทบทวนเอกสาร	41
	3.2 ผลการศึกษาภาคสนาม	46
	3.3 บทวิเคราะห์เรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	57
บทที่ 4	การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	60
	4.1 การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	60
	4.2 การดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	65

	4.3 บทวิเคราะห์เรื่องกลไกในการดำเนินงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ	70
บทที่ 5	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	72
	5.1 บทสรุป	72
	5.2 ข้อเสนอแนะ	77
	บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	รายชื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มในโครงการ	88

สารบัญแผนภาพและตาราง

แผนภาพที่ 1	กรอบการศึกษาและแผนการทำงานศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม	9
แผนภาพที่ 2	กฎหมายและกลไกคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวี	34
แผนภาพที่ 3	โครงสร้างของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	61
ตารางที่ 1	เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายของเครือรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ และสหราชอาณาจักร	38
ตารางที่ 2	การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	60
ตารางที่ 3	สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	73

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
การศึกษาวิจัยเรื่อง
การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. บทนำ

เมื่อปี 2527 ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ปรากฏต่อสังคมเพิ่มมากยิ่งขึ้นจนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากข้อมูลสำนักกระบาดวิทยา 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 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.48 รองลงมาเป็นเกษตรกรกรรม และผู้ว่างงาน ร้อยละ 19.49 และ 6.06 ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-44 ปี และเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระยะแรก สังคมมีความตระหนัก หวาดกลัว เนื่องจากคนในสังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม จึงมีความพยายามรณรงค์เพื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์อย่างแพร่หลาย โดยเน้นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น ผู้ซื้อบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อคือคนเลว คนไม่ดี และเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน สถานภาพทางสังคม ถูกรังเกียจ เหยียดหยาม ถูกแบ่งแยกออกจากคนในสังคม เพราะหากทราบว่าผู้ใดติดเชื้อเอชไอวี ก็มักจะแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับ หรือถูกบีบบังคับออกจากงาน มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อสังคม ไม่กล้าไปพบแพทย์เพื่อรักษาตัว และไม่กล้าขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะเกรงว่าจะถูกครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้างและผู้เกี่ยวข้องรังเกียจ รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและบุตร เป็นต้น

ปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้สาเหตุสำคัญมาจากการที่สังคม เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเอชไอวีหรือเอดส์ ตลอดจนขาดความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมในประชากรทุกกลุ่ม ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และในคำประกาศเจตจำนงเกี่ยวกับ HIV/AIDS (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) ซึ่งกำหนดว่า “สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคนเป็นสิ่งจำเป็นในการลดภาวะเสี่ยงต่อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ติดเชื้อ และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทุกคนต้องได้รับความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในอันที่จะเข้าถึงการศึกษา การจ้างงาน บริการด้านสุขภาพและสังคม

การป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาข้อมูลข่าวสารและการปกป้องคุ้มครองตามกฎหมาย โดยความเคารพต่อความเป็นส่วนตัวและความลับส่วนบุคคล ตลอดจนเพื่อขจัดความรู้สึกอับอาย และการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

ด้วยเหตุดังกล่าวสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จึงเห็นชอบให้ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ปรึกษาโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง “การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยสาเหตุและสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพให้ได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและตามหลักการสิทธิมนุษยชนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (2) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (3) เพื่อเสนอรูปแบบการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ และเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination)

แนวคิดเรื่องการตีตรา และการเลือกปฏิบัติมีความเชื่อมโยงต่อกัน โดยเฉพาะการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อพวกเขาถูกตีตราจากสังคมหนึ่งๆ ก็ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกกีดกันจากสังคม และอาจถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย โดยในหลายประเทศ มีการรายงานถึงกรณีที่ผู้ติดเชื้อถูกปฏิเสธสิทธิในการรักษาพยาบาล การทำงาน การศึกษารวมถึงเสรีภาพในการเคลื่อนไหวด้วย¹

การตีตราหมายถึง “ภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มชนในสังคมหนึ่งกำหนดว่าอะไรคือความแตกต่างของบุคคลลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไรลักษณะใดที่มีความแตกต่างไปจากที่คนส่วนใหญ่ประสงค์จะถือว่ามีความเบี่ยงเบนส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียงไม่น่าไว้วางใจหรือเกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคมบุคคลที่ได้รับตราบาปหรือถูกตีตราบาป จะเกิดความรู้สึกว่า “ตนมีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์” (Undesirable difference) ทั้งนี้คุณลักษณะที่จะถูกตีตราบาปดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่คนจำนวนมากในสังคมนั้นๆมีอำนาจเป็นผู้กำหนดขึ้นซึ่งความหมายของตราบาปเน้นไปที่มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคมหล่อหลอมรวมกันเป็นความรู้สึกที่แยกแยะ “ความต่าง” (difference) หรือ “ความเบี่ยงเบน” (deviance)

¹UNAIDS.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

ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านจากสังคมโดยผู้ที่ถูกตีตราบาปจะถูกรังเกียจจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่มี “ลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมเสีย” (Spoiled Identity)²

บุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกสังคมตีตราที่มีลักษณะ 3 ประการได้แก่ **มีความผิดปกติทางกายภาพ** เช่น ร่างกายพิการหรือด้อยความสามารถ **มีความเปี่ยงเบนทางด้านวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม** เช่น คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดยา หรือผู้มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ และ **ความแตกต่างทางเผ่าพันธุ์เชื้อชาติชนชั้นศาสนา** เช่นชนกลุ่มน้อย

การตีตราเป็นการให้ความหมายทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบการรับรู้นี้อาจเป็นสิ่งที่สัมผัสได้หรืออาจจะสัมผัสไม่ได้บุคคลที่มีลักษณะพึงประสงค์จะรู้สึกอยู่เหนือกว่า (Superior) ส่วนบุคคลที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์จะรู้สึกต่ำต้อย (Inferior) กระบวนการตีตราบาปจึงเป็นผลจากการเปรียบเทียบทางสังคมทำให้เกิดการแบ่งแยกและการลดคุณค่าการตีตราจึงเป็นต้นทางของปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ตามมา

สาเหตุของการเลือกปฏิบัติและการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Richard Parker et.al. ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า นอกจากจะมาจากการถูกจัดประเภทว่าไม่ปกติ ทั้งในแง่ของพฤติกรรมทางเพศที่ผิดไปจากคนทั่วไป เชื้อชาติ (เช่น มายาคติทางเชื้อชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของคนผิวดำ) และชนชั้น (คนจนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าคนรวย) แล้ว ยังมาจาก **ความหวาดกลัวการติดเชื้อและอาการของโรค** ด้วย สาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติเหล่านี้ มักมีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกัน และยังทำให้ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติยิ่งรากลงไปมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเขาเรียกกวงจรมืดนี้ว่า เป็น วงจรอุบาทว์ของการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (the vicious circle of stigma and discrimination) ซึ่งเกิดขึ้นสืบเนื่องกันดังนี้ **ขั้นแรก** เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีมักเกี่ยวข้องกับกลุ่มหรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่ผิดไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคม บุคคลที่ติดเชื้อมักจะถูกตั้งข้อสันนิษฐานว่า เป็นคนชายขอบของสังคมและอาจจะถูกตีตราในสิ่งที่พวกเขาไม่เคยเป็น เช่น บางครั้งผู้ชายอาจจะเกรงว่าการเปิดเผยว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้ถูกมองว่าตนเองเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ หรือผู้หญิงก็อาจจะไม่อยากเปิดเผยเพราะเกรงจะถูกมองว่าเป็นผู้หญิงสำส่อน เป็นกลุ่มค้าบริการ **ขั้นที่สอง** การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นการซ้ำเติมอาการของผู้ติดเชื้อมีความเสี่ยงมากกว่าเดิม ทำให้พวกเขายิ่งถูกตีตราและกีดกันมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีการศึกษา

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

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้ มีจุดเด่นในแง่ที่นอกจากจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างลุ่มลึก รอบด้านแล้ว ยังเป็นโอกาสในการเสริมพลังทางด้านความรู้ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย

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

ดังที่ได้กล่าวไว้ในส่วนที่แล้วว่า สาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี คณะผู้วิจัยจึงออกแบบให้การวิจัยครั้งนี้ มีส่วนในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของคณะผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ข้อเสนอแนะทางการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อที่เป็นจริง

เพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล และประยุกต์ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลายอย่างประกอบกัน ดังนี้

1. การวิจัยเอกสาร มี 2 ขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันดังนี้

1.1 การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการสากล และมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากกฎหมายในประเทศไทยและต่างประเทศ ปฏิญญาสากล กติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ เอกสารทางวิชาการ หนังสือ ตำรา รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบตัวอย่างมาตรการของต่างประเทศอย่างน้อย 3 ประเทศโดยให้ความสำคัญกับประเทศที่ประสบความสำเร็จในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ **ประเทศที่มีกฎหมายห้ามการเลือกปฏิบัติในแบบต่างๆ** กัน เช่น **เครือรัฐออสเตรเลีย** อาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีมาตรการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในแบบเสรีนิยม ประเทศสหราชอาณาจักร และ**เครือรัฐออสเตรเลีย**อาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีนโยบายรัฐสวัสดิการ และอาจหยิบยกกรณีประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น สาธารณรัฐฟิลิปปินส์เป็นอีกตัวอย่างของประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น

1.2 การวิเคราะห์แนวทางและนโยบายการแก้ไขปัญหาของรัฐบาลไทยในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาสภาพการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมิติต่างๆ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา รวมทั้งผลกระทบในมิติสิทธิมนุษยชนต่อการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้ออาศัยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและตีความข้อมูลอย่างลุ่มลึกในมุมมองแบบคนใน และเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน จึงทำให้สามารถได้ผลการศึกษาที่หนักแน่น และเชื่อถือได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเชิงปริมาณที่เน้นการสร้างข้อสรุปทั่วไป (generalization) จึงต้องให้ความสำคัญกับจำนวนตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ แต่การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจะไม่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาเฉพาะบางประการ โดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจน

โดยมีการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 6 กลุ่ม โดยวิธีการดังนี้

กลุ่ม	วิธีการ	จำนวน
ผู้ติดเชื้อ - กลุ่มที่มีงาน	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	10 – 12 คน
- กลุ่มที่เคยถูกปฏิเสธ/เลิกจ้าง	(deliberative focus group) ครอบคลุม	
กลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ	พื้นที่เมือง-ชนบท และประเภทกิจการ	15 – 20 คน
กลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถาน ประกอบการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ ครอบคลุม กิจการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน โดยเฉพาะกิจการอาหารและกิจการ	8-10 คน

กลุ่ม	วิธีการ	จำนวน
	ต่อเนื่อง, กิจการบริการร่วมกับการศึกษา กรณีศึกษา	
กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ และตัวแทนสหภาพแรงงาน	การจัดสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	8-10 คน
กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ/เอกชน/องค์กร พัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ ผู้ติดเชื้อ	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	8 – 10 คน
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี	สัมภาษณ์เชิงลึก	1-2 คน

การสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่วิธีการสนทนากลุ่มโดยทั่วไป แต่เป็นวิธีการที่พัฒนามาจากการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Polling) ซึ่งเป็นวิธีการที่ James Fishkin ออกแบบโดยให้ความสำคัญกระบวนการอภิปรายที่ผู้เข้าร่วมมีข้อมูลมากเพียงพอ และสามารถชั่งน้ำหนักของข้อเสนอต่างๆ ที่เกิดขึ้น คุณภาพของการปรึกษาหารือขึ้นอยู่กับ ความสมบูรณ์ในการเสนอประเด็นจากทุกฝ่าย ข้อมูลที่มีความแม่นยำในเชิงเหตุผล ความมีสำนึกในการตัดสินใจ (conscientiousness)

โดยทั่วไป การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือจะมาจากการสุ่มเลือกโดยพิจารณาความครอบคลุมของภูมิภาค ความแตกต่างทั้งในด้านพื้นที่ ลักษณะประชากร โครงสร้างของกระบวนการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีผู้ดำเนินการอภิปรายที่มีประสบการณ์ และการให้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในเวทีใหญ่ที่ผู้เข้าร่วมมีโอกาสซักถาม และการสำรวจความคิดเห็นในขั้นสุดท้าย โดยหลักการ ผู้เข้าร่วมกระบวนการจะมีโอกาสในการทบทวนสิ่งที่ฟังมาจากเวทีใหญ่ก่อนจะตัดสินใจตอบแบบสำรวจ การให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมอย่างรอบด้านจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในบางกรณีอาจมีการให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมเพื่อเป็นการเตรียมการล่วงหน้าอีกด้วย³

แต่สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ จะปรับปรุงแบบจากการสำรวจความคิดเห็นมาเป็นการสนทนากลุ่ม ตั้งแต่การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนในเรื่องนั้นๆ (ในขณะที่การสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือใช้การสุ่มเลือก) และในกระบวนการสนทนากลุ่มนี้จะมีขั้นตอนดังนี้

- เริ่มจากการตั้งคำถามเบื้องต้นถึงสภาพปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ย้อนกลับมาให้ผู้เข้าร่วมสนทนาใคร่ครวญ ถกเถียงถึงคำถามเดิมและตอบคำถามอีกครั้ง
- ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอที่เป็นทางออกสำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ

³ James Fishkin and Cynthia Farrar, Deliberative Polling: From Experiment to Community Resource. In Gastil, 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.

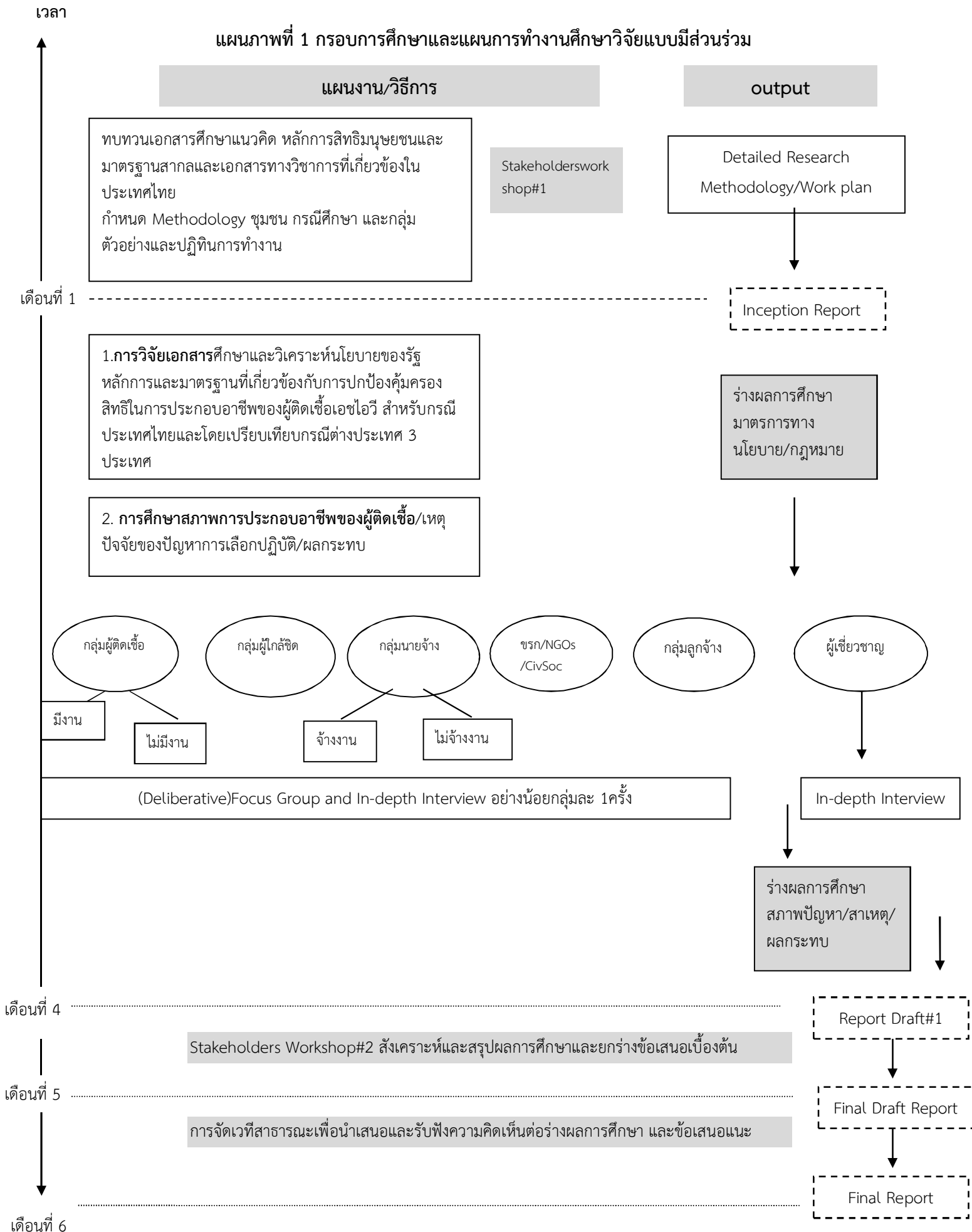
นอกจากการเก็บข้อมูลข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังกำหนดให้มีการศึกษากรณีศึกษาเพิ่มเติมด้วย โดยเฉพาะกรณีศึกษา Best Practices ในกิจการที่ไม่มีทางเลือกปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเป็นหลัก⁴

เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลครบทุกกลุ่มแล้ว จึงประมวลผลข้อมูลเพื่อยกร่างเป็นผลการศึกษาที่แสดงถึงปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในสังคมไทย สาเหตุ/ปัจจัยของการเลือกปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พร้อมกับสรุปสังเคราะห์และยกร่างข้อเสนอในด้านนโยบายและกฎหมายคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำร่องรายงานดังกล่าว เสนอต่อ **เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder's Workshop#2)** ก่อนจะนำเสนอต่อ**เวทีสาธารณะ** และปรับปรุงเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติต่อไป

สำหรับภาพรวมของกรอบการศึกษาและขั้นตอนการศึกษา สามารถดูได้ในแผนภาพที่ 1

⁴เป็นระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่มีการเพิ่มเติมจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบการศึกษาและแผนการทำงานศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม



2. ข้อค้นพบจากการศึกษา

2.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผลกระทบและเหตุปัจจัย

2.1.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติ

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติตามมาตรา 30 วรรคสาม⁵ และมีแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอตส์ในสถานประกอบกิจการของกระทรวงแรงงาน และแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอตส์ในสถานที่ทำงาน ที่ออกโดย คช.ปอ. แต่จากข้อมูลจากการศึกษา ทั้งจากการทบทวนเอกสารและการเก็บข้อมูลภาคสนามของโครงการ พบว่า ในปัจจุบันสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังปรากฏในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับกฎหมาย/นโยบาย ระดับสถาบันและระดับชุมชน ดังแสดงรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

(1) การเลือกปฏิบัติระดับกฎหมาย มีการเลือกปฏิบัติในระเบียบย่อยขององค์กรบางแห่ง ในขั้นตอนของการรับสมัครงาน โดยเฉพาะที่ปรากฏในระเบียบของข้าราชการตำรวจ และข้าราชการฝ่ายตุลาการ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในต่างประเทศ แม้ในประเทศที่มีกฎหมายห้ามเลือกปฏิบัติ อย่างในกรณีเครือรัฐออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักรเอง ก็ยังคงมีข้อยกเว้นในสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ **หลักการคุณลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานประเภทนั้น ในคำพิพากษาศาลสูงในคดี X v Commonwealth ของเครือรัฐออสเตรเลีย** ในกรณีของการปฏิบัติหน้าที่ทหาร ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพที่แข็งแรง หรือในข้อยกเว้นในการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการเลือกปฏิบัติในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งยกเว้นไม่บังคับในกรณีการประกอบอาชีพ เช่น การรับราชการทหาร ตำรวจ และองค์กรวิชาชีพ เช่น เนติบัณฑิตยสภา (รายละเอียดดูในบทที่ 2)

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

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

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

(3) การเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน เป็นอีกระดับที่ส่งผลกระทบกว้างขวาง และมีผลซ้ำเติมกับผู้ติดเชื้อที่ออกจากงานในระบบ และกลับมาอยู่ในชุมชน แต่การเลือกปฏิบัติในระดับนี้ จะเป็นระดับที่แก้ไขได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการทำความเข้าใจกับคนในชุมชนของตนเองได้ ก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

ดังสามารถแสดงให้เห็นได้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับการเลือกปฏิบัติ	ประเภทหน่วยงาน/ลักษณะการเลือกปฏิบัติ
ระดับกฎหมาย/นโยบาย	<p><u>หน่วยงานภาครัฐ</u></p> <p>บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ปรากฏอยู่ใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติว่าด้วยเรื่อง รับสมัครและสอบแข่งขันบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรี เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจ ชั้นประทวน พ.ศ. 2551 - ระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรมว่าด้วยโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ พ.ศ. 2545 <p>การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในผู้ที่ต้องการอุปสมบท</p>
ระดับสถาบัน	<p><u>หน่วยงานภาคเอกชน</u></p> <p>บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ในธุรกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงแรม - บริษัทขายอาหารและเบเกอรี่ - ธุรกิจขายรถยนต์ - ธุรกิจค้าปลีกที่มีการขายอาหาร - ธุรกิจธนาคาร - ธุรกิจอาหารแช่แข็ง - อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา - บริษัทขายเครื่องใช้ในบ้าน¹ <p>ให้ออกจากงานเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้านอาหาร¹
ระดับชุมชน ²	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ซื้ออาหารที่ผู้ติดเชื้อทำขาย เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อจากอาหาร และรังเกียจสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ - ลูกค้าไม่ซื้อเห็ดจากที่ผู้ติดเชื้อเพาะขาย เพราะเกรงว่าจะมีการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีในระหว่างเก็บเห็ด - คนในชุมชนไม่ยอมจ้างงาน เพราะเห็นว่าสุขภาพอ่อนแอ - หมอนวดแผนไทยลาออกจากร้านนวดแผนไทย เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อ เมื่อสุขภาพดีขึ้น ได้กลับมาเปิดบริการร้านนวดของตนเอง โดยไม่ได้แจ้งลูกค้าทั่วไปว่าตนเองติดเชื้อ และแม้ว่าเคยบอกลูกค้าบางคนที่มีความ

ระดับการเลือกปฏิบัติ	ประเภทหน่วยงาน/ลักษณะการเลือกปฏิบัติ
	สนิทสนม ปรากฏว่าลูกค้าบางคนก็ไม่เชื่อ - การบังคับให้ผู้ที่จะเข้าอุปสมบทตรวจเลือดตามมติของมหาเถรสมาคม

หมายเหตุ:

1. กิจการที่เป็นตัวเอียง เป็นกิจการที่เคยมีนโยบายการเลือกปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนนโยบายแล้ว
2. การเลือกปฏิบัติระดับชุมชนเป็นประสบการณ์ที่ผู้ติดเชื้อประสบในระยะแรกๆ ที่เปิดตัว ต่อมาหลังจากมีการทำความเข้าใจในระดับชุมชน ก็สามารถแก้ไขการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชนได้

อย่างไรก็ดี ประเด็นสำคัญในเรื่องการเลือกปฏิบัติ มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องสถานการณ์และความรุนแรงในการแก้ปัญหา ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ช่องทางในการร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา การเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อเข้าถึงได้ง่าย และประสบผลรวดเร็วกว่า มักจะเป็นองค์กรภาคประชาสังคมที่มีทรัพยากรจำกัด และแม้จะมีช่องทางในการร้องเรียนต่อองค์กรภาครัฐและองค์กรตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็เข้าถึงได้ยาก อย่างเช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ก็มีการกิจที่ครอบคลุมสิทธิมนุษยชนหลายเรื่อง การแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่องจึงใช้เวลายาวนาน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาต่อไปคือ จะผลักดันให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.1.2 ผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติ

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม ดังนี้

ผลกระทบโดยตรง

- ทำให้ต้องสูญเสียงานและแหล่งรายได้หลัก ในบางกรณี ผู้ติดเชื้อยังรู้สึกว่าการติดเชื้อมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงานด้วย
- การบังคับตรวจเลือดในการสมัครงาน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีทางเลือกในการประกอบอาชีพน้อยลง ขาดโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน ตลอดจนโอกาสในการเพิ่มรายได้

ผลกระทบทางอ้อม

- ทำให้ผู้ติดเชื้อยิ่งตีตราบาปให้ตัวเอง (self-stigma) หรือเป็นการตีตราภายในตนเอง (internal stigma) ยอมรับทัศนคติของคนรอบข้างว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิดบาป น่ารังเกียจ เห็นว่า การเลือกปฏิบัติของคนอื่นๆ เป็นเรื่องที่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลของตนเอง ใช้ชีวิตอยู่อย่างหวาดระแวง เกรงว่าผู้อื่นจะรู้ตลอดเวลา ในหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลและเข้ารับการรักษาซ้ำเกินไป ทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร
- กรณีที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตนเองต่อคนรอบข้างและคนในชุมชนโดยไม่สมัครใจ ทำให้ต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต ไม่เฉพาะตัวผู้ติดเชื้อ แต่รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิด ได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราและตั้งข้อรังเกียจจากคนในชุมชนด้วย
- การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ เป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งซึ่งส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการถูกบังคับให้เข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การถูกกักตัว กักเพื่อตรวจโรคถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว แบ่งแยกทั้งยังมีการตรวจเลือดการได้รับบริการปรึกษาที่

ไม่รอบด้านบีบบังคับการแจ้งผลเลือดการถูกกดดันให้บอกสถานะของการติดเชื้อ ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น ถูกจัดให้ทำฟันหรือตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นลำดับท้าย

- ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยครอบคลุมยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ในทางปฏิบัติ กลับมีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ทำให้กำลังแรงงานส่วนหนึ่งหายไปจากระบบอย่างน่าเสียดาย

2.1.3 สาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุหลักของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อมีดังนี้

- การขาดความรู้ที่ถูกต้องของคนในสังคมเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้นายจ้างในกิจการประเภทที่เกี่ยวข้องกับอาหารและบริการ หวาดกลัว และตั้งข้อรังเกียจ
- การขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและการเลือกปฏิบัติตามกฎหมายไทย ทั้งในส่วนของนายจ้าง และตัวผู้ติดเชื้อเอง สาเหตุนี้ทำให้นายจ้าง จำนวนมากยังคงมีนโยบายเลือกปฏิบัติ ในขณะที่ตัวผู้ติดเชื้อจำนวนมากก็ไม่รู้สิทธิของตนเอง และยอมรับการถูกละเมิดสิทธิ
- การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องความก้าวหน้าเทคโนโลยีการดูแลรักษา ที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้คนจำนวนมากยังเข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีสุขภาพไม่แข็งแรง นายจ้างจำนวนหนึ่ง จึงไม่ยอมจ้างผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน เพราะเกรงว่าจะไม่คุ้มและต้องมีรายจ่ายเพิ่ม
- อคติของคนในสังคม ที่ยังคงมองว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จึงไม่ควรจะไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่น

การขาดความรู้ ความเข้าใจและอคติเหล่านี้ ผลมาจากการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ทศวรรษแรกๆ ที่มีลักษณะ**ขูให้คนกลัว**ซึ่งการปลูกฝังมายาคติ ทำให้เอดส์ และเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่ากลัว โดยนโยบายการบริหารจัดการเอดส์ของภาครัฐเช่นนี้ เคยถูกวิจารณ์ว่า นโยบายของรัฐในการจัดการปัญหาโรคเอดส์คือการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นตกอยู่ภายใต้แนวคิดระบอบวิหยาณัน เป็นการจำกัดมุมมองไม่ให้เห็นเอดส์ในมิติอื่นๆ และยังเป็นซ้ำเติมการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อไป

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของไทย พบว่า ภายใต้กรอบกฎหมายปัจจุบัน แม้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แต่รัฐธรรมนูญของประเทศไทยได้มีบทบัญญัติในหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ อีกทั้งยังมีบทบัญญัติว่าด้วยการเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมเพื่อใช้เป็นมาตรการคุ้มครองกลุ่มที่มีความแตกต่างในสถานการณ์ที่แตกต่าง ซึ่งกรณีของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะได้ประโยชน์จากบทบัญญัติดังกล่าวเช่นกัน เมื่อพิจารณาบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสาม จะพบว่า การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ อาทิ การบังคับให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของผู้สมัครงานหรือพนักงาน ไม่ว่าจะระหว่างการจัดหางาน การสมัครงานหรือการจ้างงาน รวมตลอดถึงการเลิกจ้างพนักงานด้วยเหตุที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือว่าการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ นอกจากการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแล้ว พบว่า การกระทำของนายจ้างบางประการ อาทิ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของลูกจ้างโดยไม่ได้รับความยินยอม หรือการขอให้โรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจสุขภาพและ

การตรวจเลือดถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และเป็นทั้งความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้รับรองและคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบกลไกการร้องทุกข์ภายใต้รัฐธรรมนูญซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนที่ซับซ้อนและอาจต้องใช้เวลานานเกินความจำเป็นเนื่องจากมีความทับซ้อนในเขตอำนาจขององค์กรที่เกี่ยวข้องหลายองค์กร เช่น กรณีที่บุคคลถูกละเมิดสิทธิเสรีภาพสิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ หากจะใช้สิทธิทางศาลรัฐธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยในกรณีมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ จะสามารถกระทำได้ก็ต่อเมื่อได้ดำเนินการตามช่องทางอื่นๆ (มาตรา 212) เช่น ยื่นคำร้องผ่านผู้ตรวจการแผ่นดิน (มาตรา 245) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (มาตรา 257) หรือ ศาล (มาตรา 211) กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้บุคคลผู้ถูกรบกวนสิทธิประสบปัญหาการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์และการได้รับการเยียวยาจากการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากไม่ต้องการที่จะเข้าสู่กระบวนการตามกลไกที่มีอยู่ ดังนั้น ควรมีการพิจารณาพัฒนาการร้องทุกข์ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ จากการศึกษาายังพบว่า การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในที่นี้ คือ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม ยังขาดการบูรณาการในมิติต่างๆ อย่างชัดเจน อาทิ การบริหารจัดการฐานข้อมูลร่วมกัน แนวปฏิบัติในการสร้างกลไกการส่งต่อ และระบบการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อการทำงานกำหนดแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการคุ้มครองอย่างเป็นระบบ

3. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ในการเสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในที่นี้ คณะผู้วิจัย แบ่งข้อเสนอเป็น 2 แบบ คือ **ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย** ซึ่งได้มาจากการทบทวนแนวคิดหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาสภาพและสาเหตุการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทประเทศไทย และแบบที่สองเป็น **ข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ** โดยใช้มาตรการอื่นๆ แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ ดังที่ปรากฏในมาตรา 30 วรรคสาม แต่กฎหมายที่ใช้ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ประสบปัญหาถูกเลือกปฏิบัติยังมีลักษณะกระจัดกระจาย เช่น ในประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อีกทั้งผู้ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติก็ไม่สามารถเข้าถึงกลไกการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญได้โดยตรง จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาทบทวนบทบัญญัติกฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติ ที่กำหนดบรรทัดฐานที่ชัดเจนในการคุ้มครองกรณีการถูกเลือกปฏิบัติทั้งที่หน่วยงานรัฐและหน่วยงานภาคเอกชนต้องปฏิบัติตาม อันจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ปรากฏในระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้ง การสร้างกลไก/กระบวนการคุ้มครองสิทธิที่ผู้ถูกละเมิดสิทธิสามารถเข้าถึงได้โดยตรง ดังนั้น จำเป็นต้องมีการ

ผลักดันกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติ หรือกฎหมายเพื่อความเสมอภาคในภาพรวมในลักษณะเดียวกับกฎหมายเสมอภาคของประเทศสหราชอาณาจักร และเพื่อลดปัญหาการซ้ำเติมการเลือกปฏิบัติ และเสริมพลังการขับเคลื่อนกฎหมาย กฎหมายฉบับนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ต้องสังเคราะห์ร่วมกับปัญหาการเลือกปฏิบัติในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มคนพิการ ผนวกกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติด้วย โดย

(1) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันโดยตรงด้วยการเสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายและกฎที่มีเนื้อหาจัดการเลือกปฏิบัติ ต่อรัฐสภาหรือคณะรัฐมนตรี เพื่อคุ้มครอง ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ในบทบัญญัติ มาตรา 257(5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁶ โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติ

โดยแนวทางในการบัญญัติกฎหมายดังกล่าวจะต้อง

- ตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิ (Rights based)
- มีมิติเพื่อตอบสนองต่อหญิงชายอย่างเท่าเทียม (gender responsiveness)
- ให้ความสำคัญกับรูปแบบของกลไกการร้องทุกข์ วิธีการเยียวยาและลักษณะขององค์กรที่ทำหน้าที่รับเรื่องราวการร้องทุกข์และติดตามประเมินผลและการรายงาน สำหรับบทบัญญัติเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพนั้น
- ส่งเสริมบทบาทของนายจ้าง องค์กรลูกจ้างและองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งในระหว่างการจัดหางาน การสมัครงานและการจ้างงาน
- มีบทลงโทษในกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ การละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และการเปิดเผยข้อมูลลับต่างๆ ที่มีความชัดเจนและเพียงพอ ทั้งบทลงโทษทางอาญาและบทลงโทษทางแพ่งเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบของการลดหย่อนอัตราภาษี หรือการยกเว้นภาษี หรือการสนับสนุนทางด้านตัวเงิน หรือโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมต่อสถานประกอบการ นายจ้างที่มีบทบาทในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือเป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาประกอบการบัญญัติกฎหมาย

(2) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันทางอ้อมโดยสนับสนุนหรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายและองค์กรเครือข่าย เครือข่ายคนพิการ โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวีด้วย โดยมีแนวทางเดียวกับข้อ (1)

⁶ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (5) “เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการพัฒนา กฎหมาย และกฎ ต่อรัฐสภา หรือคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน”

3.2 ข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้มาตรการอื่นๆ

จากผลการศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติ และความพยายามในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในส่วนที่ไม่ใช่มาตรการทางกฎหมาย พบว่า แม้จะมีความริเริ่มในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังที่ปรากฏใน **แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ** ซึ่งกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2548 (ต่อมาปรับปรุงแก้ไขในปี 2554) และ**แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน** ซึ่ง คช.ปอ. ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2552 แต่ก็ดูเหมือนว่าแนวปฏิบัติทั้งสองฉบับ จะไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ยังพบว่ามีสถานประกอบการจำนวนหนึ่งยังมีนโยบายเลือกปฏิบัติต่อการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในหลายประเภทกิจการ และในส่วน คช.ปอ. ซึ่งแม้จะเป็นกลไกความร่วมมือระหว่างภาคราชการและภาคประชาสังคม มีการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ที่มีเป้าหมายหนึ่งในการลดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากขาดทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานลดปัญหาการเลือกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่การเข้าถึงกลไกภาครัฐ เป็นเรื่องยาก และน้อยครั้งที่ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ กลไกที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด และสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้มากที่สุด จึงกลายเป็นกลไกภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตาม ภาครัฐที่เน้นการทำงานลดการเลือกปฏิบัติโดยใช้วิธีการเสริมสร้างความเข้าใจกับผู้ประกอบการ ก็มีข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากมีทรัพยากรและบุคลากรที่จำกัด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกเหนือจากมุมมองทางกฎหมาย และกลไกภาครัฐ

จากผลการวิเคราะห์บริบทของการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รูปแบบที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นรูปแบบการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม โดยสนับสนุนและเสริมพลังให้กลไกในภาคประชาสังคมที่สามารถดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว มีทรัพยากรในการดำเนินงานที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ที่ประสบปัญหาได้อย่างกว้างขวางขึ้น และเสริมพลังให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการคุ้มครองสิทธิ และดูแลซึ่งกันและกันอย่างยั่งยืน แนวทางการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านนี้ มีดังนี้

- (1) **คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ** ควรกำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การเอกชนด้านสิทธิมนุษยชน ตลอดจนเจ้าของปัญหาที่ได้รับผลกระทบในการเลือกปฏิบัติ และละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเด็นดังกล่าว โดยอาจพิจารณาแนวทางการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในภาคประชาสังคม ด้วยการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รวมทั้งเสนอแนะไปยังรัฐบาลเพื่อให้มีการตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่าน **คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.)** ทั้งนี้เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของภาครัฐ โดยยอมรับและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากภาคประชาสังคม และเสริมความเข้มแข็งให้กับองค์กรภาคประชาสังคม และเจ้าของปัญหาให้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยถือเป็นการใช้อำนาจตามมาตรา

257 (7) ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542⁷

- (2) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้นเหตุคือ การขาดความรู้ความเข้าใจที่สำคัญในเรื่องการติดต่อและสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมาตรการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิ ส่งเสริมให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณชน ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ โดยในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรผนวกเนื้อหาที่ครอบคลุมถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจำเป็นต้องรวมไปถึงการเสริมความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ และจำเป็นต้องให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย
- (3) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ต้องเร่งดำเนินการตรวจสอบและเสนอมาตรการการแก้ไขโดยเร็ว ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการประกอบอาชีพ หรือเรื่องการศึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่อการประกอบอาชีพในอนาคต เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างรวดเร็ว และในกรณีที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อได้ ให้พิจารณาเสนอเรื่องไปยังกลไกในกระบวนการยุติธรรมตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ⁸ ได้แก่ ศาลรัฐธรรมนูญ (มาตรา 257 (3)) หรือศาลปกครอง (มาตรา 257 (4)) ในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิจากภาครัฐ เป็นโจทก์ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิในภาคเอกชน (มาตรา 257 (5)) หรือเป็นโจทก์ร่วมฟ้องคดีกับผู้เสียหาย เพื่อสร้างบรรทัดฐานการไม่เลือกปฏิบัติและการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต
- (4) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้รัฐบาล โดยกระทรวงแรงงานให้ความสำคัญกับประเด็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรณรงค์ให้สาธารณชนเห็นความสำคัญของปัญหาการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ตลอดจนผลักดันให้มาตรการป้องกันการเลือก

⁷ ตามมาตรา 257 (7) แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนไว้ดังนี้ “ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน” และมาตรา 23-24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กล่าวถึงบทบาทขององค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชนในฐานะกลไกการทำงานร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257
 “(2) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่เห็นชอบตามที่ผู้ร้องเรียนว่า บทบัญญัติแห่งกฎหมายใดกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยวิธีพิจารณาของศาลรัฐธรรมนูญ

(3) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลปกครอง ในกรณีที่เห็นชอบตามที่ผู้ร้องเรียนว่า กฎ คำสั่ง หรือการกระทำอื่นใดในทางปกครองกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง

(4) ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมแทนผู้เสียหาย เมื่อได้รับการร้องขอจากผู้เสียหายและเป็นกรณีที่เห็นสมควรเพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

ปฏิบัติที่มีอยู่เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ของ คช.ปอ. และแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ของกระทรวงแรงงาน ทั้งนี้เป็นไปตามบทบัญญัติเรื่องการตรวจสอบการละเมิดสิทธิมนุษยชน ตามมาตรา 28 (2) แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542⁹ ตลอดจนควรส่งเสริมให้มีการเจรจาแบบไตรภาคีเพื่อหาข้อตกลงร่วมและแนวปฏิบัติเพื่อการจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในส่วนของนโยบายการจ้างงานของสถานประกอบการต่างๆ ทั้งนี้ เป็นไปตามอำนาจหน้าที่ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7)¹⁰ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้

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

ทั้งนี้รวมถึง มาตรฐาน ASO THAILAND ที่ยังไม่มีแรงจูงใจให้นายจ้างเข้าร่วมโครงการ จำเป็นต้องเสนอแนะให้หน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมควบคุมโรค และสมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ ดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยเฉพาะฝ่ายลูกจ้าง หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้ามามีบทบาทในการร่วมผลักดันให้มากขึ้น

- (5) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้หน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในเรื่องการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการประกอบอาชีพ หรือสิทธิมนุษยชนในภาพรวม เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เพื่อให้องค์กรเหล่านี้สามารถคุ้มครองสิทธิของประชาชนและผู้ติดเชื้อได้อย่างแท้จริง
- (6) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากกฎหมายที่มีอยู่แล้วอย่างเคร่งครัด เช่น ใช้กลไกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กับสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและเปิดเผยผลการตรวจต่อผู้อื่น เป็นต้น

⁹ พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 28 (2) “ในการกำหนดมาตรการการแก้ไขปัญหาละเมิดสิทธิมนุษยชนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลหรือหน่วยงานดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ด้วยวิธีใดที่เห็นเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในลักษณะทำนองเดียวกันอีกได้”

¹⁰ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7) “ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานหน่วยราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน”

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

เมื่อปี 2527 ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก็ปรากฏต่อสังคมเพิ่มมากยิ่งขึ้นจนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักโรคระบาดวิทยา 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 โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.48 รองลงมาเป็นเกษตรกรกรรม 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 ผู้ใช้บริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดซึ่งใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม หรือเป็นผู้ติดยาเสพติด จนทำให้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อคือคนเลว คนไม่ดี และเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาวะความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน สถานภาพทางสังคม ถูกรังเกียจ เหยียดหยาม ถูกแบ่งแยกออกจากคนในสังคม เพราะหากทราบว่าผู้ใดติดเชื้อเอชไอวี ก็มักจะแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับ หรือถูกบีบบังคับออกจากงาน มีผลทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตนเองต่อสังคม ไม่กล้าไปพบแพทย์เพื่อรักษาตัว และไม่กล้าขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพราะเกรงว่าจะถูกครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้างและผู้เกี่ยวข้องรังเกียจ รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรสและบุตร เป็นต้น ทำให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวถูกเลือกปฏิบัติในด้านต่างๆ ดังนี้

- (1) ด้านสวัสดิการและการให้บริการทางสังคม เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การเข้าถึงยาต้านไวรัส เป็นต้น
- (2) ด้านการศึกษา เช่น โรงเรียนปฏิเสธไม่รับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าเรียนในโรงเรียน ถูกชุมชนคัดค้านไม่ให้เข้าเรียน ถูกบังคับให้ออกและหยุดเรียนเมื่อติดเชื้อเอชไอวี ถูกแยกห้องเรียน/ถูกเลือกปฏิบัติ เป็นต้น
- (3) ด้านการทำงาน เช่น หน่วยงานหรือบริษัทบังคับตรวจเอดส์ก่อนรับเข้าทำงาน/ขณะทำงาน ถูกปฏิเสธไม่รับเข้าทำงาน ถูกเลิกจ้างหรือบีบบังคับให้ออกจากงานเมื่อติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น
- (4) ด้านสังคม เช่น ให้แสดงผลการตรวจเอดส์ก่อนบวชพระ ไม่รับประกันชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถูกกีดกันไม่ให้เป็นสมาชิกฌาปนกิจ ไม่มีสิทธิกู้ยืมเงินกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้สาเหตุสำคัญมาจากการที่สังคม เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเอชไอวีหรือเอดส์ ตลอดจนขาดความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเสมอภาคและเท่าเทียมในประชากรทุกกลุ่ม ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และในคำประกาศเจตจำนงเกี่ยวกับ HIV/AIDS (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) ซึ่งกำหนดว่า “สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคนเป็นสิ่งจำเป็นในการลดภาวะเสี่ยงต่อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ติดเชื้อ และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทุกคนต้องได้รับความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ในอันที่จะเข้าถึงการศึกษา การจ้างงาน บริการด้านสุขภาพและสังคม การป้องกันโรค การช่วยเหลือและการรักษาข้อมูลข่าวสารและการปกป้องคุ้มครองตามกฎหมาย โดยความเคารพต่อความเป็นส่วนตัวและความเป็นส่วนตัว ตลอดจนเพื่อขจัดความรู้สึกล้ออาย และการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

ด้วยเหตุดังกล่าว สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จึงเห็นชอบให้ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นที่ปรึกษาโครงการศึกษาวิจัย เรื่อง “การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” เพื่อให้มีการศึกษาวิจัยสาเหตุและสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพให้ได้รับการปกป้องคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและตามหลักการสิทธิมนุษยชนอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (2) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ ระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (3) เพื่อเสนอรูปแบบการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ และเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีขอบเขตการดำเนินงานดังนี้

(1) ขอบเขตเนื้อหาของการศึกษาวิจัย

(1.1) ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากกฎหมายในประเทศและระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากล กติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ เอกสารทางวิชาการ หนังสือ ตำรา รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงหลักการ มาตรการและแนวปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามกฎหมายของต่างประเทศ อย่างน้อย 3 ประเทศ

(1.2) ศึกษาสภาพการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมิติต่างๆ เช่น การเลือกปฏิบัติ การไม่เสมอภาค การถูกเหยียดหยาม การละเมิดศักดิ์ศรี การกีดกัน ฯลฯ และรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริงอันเป็นสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา รวมถึงผลกระทบในมิติสิทธิมนุษยชนต่อกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่/ชุมชน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2 ประเภท คือ กลุ่มที่มีงานทำ และกลุ่มที่เคยถูกปฏิเสธไม่รับเข้าทำงานหรือถูกเลิกจ้าง 2) กลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) กลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ 4) กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ และ 5) กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีปริมาณเพียงพอในระดับที่จะทำให้อ้างอิงงานศึกษาวิจัยได้รับความเชื่อมั่นและเป็นตัวแทนที่ยอมรับได้ทางวิชาการ

(1.3) ศึกษาวิเคราะห์แนวนโยบายของรัฐ หลักการและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามกฎหมาย นโยบายของรัฐ มาตรการและแนวปฏิบัติต่างๆ รวมทั้งการดำเนินงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว ว่ามีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพได้หรือไม่ เพียงใด

(1.4) ศึกษาและเสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาดังกล่าว และจะต้องสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและ หรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

(2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอร่างรายงานการศึกษาวิจัย และให้มีการวิพากษ์งานศึกษาวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ คณะอนุกรรมการ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ นักวิชาการ ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชนและภาคประชาชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(3) พิจารณาทบทวนและปรับปรุงรายงานการศึกษาวิจัย ตามความเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และจัดทำรายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฉบับสมบูรณ์

1.4 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย: การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination)

เมื่อปี 1987 Jonathan Mann ผู้อำนวยการ WHO Global Programme on AIDS ได้กล่าวถึงการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ไว้อย่างน่าสนใจ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรก เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ระยะที่สองเป็นการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และระยะที่สาม เป็นการแพร่ระบาดของ การตีตรา การเลือกปฏิบัติและการไม่ยอมรับ (ผู้ติดเชื้อ) โดยชี้ให้เห็นว่า ระยะที่สามนี้ เป็นระยะที่สำคัญและมีความท้าทายต่อวงการเอดส์โลกเท่าๆ กับตัวโรคเอดส์เสียด้วยซ้ำไป¹ และแม้ว่าจะมีความพยายามระดับนานาชาติในการต่อสู้กับโรคเอดส์และเชื้อเอชไอวี แต่ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติก็ยังคงมีอยู่ในกลุ่มผู้ที่ขาดความเข้าใจในเรื่องการแพร่ระบาดของโรค

¹ Mann, J. Statement at an Informal Briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 20 October 1987, New York cited in Richard Parker et.al. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Horizons Program, 2002 [online] available at <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf>

การตีตราในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีหลายแบบ เช่น การปฏิเสธ การโดดเดี่ยว การกล่าวโทษและทำให้อับอาย เมื่อผู้ติดเชื้อกลัวการถูกเลือกปฏิบัติก็มักจะทำให้พวกเขาไม่กล้าที่จะรักษาตัวเอง หรือแม้แต่จะเปิดเผยว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อ² ดังนั้น นอกจากการเลือกปฏิบัติจะเป็นปัญหาในตัวเองแล้ว ยังมีผลทำให้การป้องกันและการจัดการการแพร่ระบาดของโรคยุ่งยากมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การตีตรากลุ่มผู้ติดเชื้อยังขยายไปถึงคนรุ่นต่อไปด้วย ทำให้พวกเขาต้องรับภาระทางจิตใจมากขึ้น โดยเฉพาะกับเด็กที่ต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัว และยังต้องเสียโอกาสอื่นๆ ทั้งในด้านการศึกษา และความสัมพันธ์ในสังคม

การยุติปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นเรื่องสำคัญเท่าๆ กับการพัฒนาวัคซีน โดยการให้ความรู้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาดังกล่าว ยุทธศาสตร์ในการแสดงให้เห็นถึงปัญหาการตีตราเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการป้องกันโรค และโปรแกรมการให้ความรู้ และจะต้องขยายไปในชุมชนเพื่อให้มีประสิทธิภาพ³

แนวคิดเรื่องการตีตรา และการเลือกปฏิบัติมีความเชื่อมโยงต่อกัน โดยเฉพาะการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อพวกเขาถูกตีตราจากสังคมหนึ่งๆ ก็ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกกีดกันจากสังคม และอาจถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย โดยในหลายประเทศ มีการรายงานถึงกรณีผู้ติดเชื้อถูกปฏิเสธสิทธิในการรักษาพยาบาล การทำงาน การศึกษารวมถึงเสรีภาพในการเคลื่อนไหวด้วย⁴

การตีตราหมายถึง “ภาวะที่บุคคลหรือกลุ่มคนในสังคมหนึ่งกำหนดว่าอะไรคือความแตกต่างของบุคคลลักษณะของบุคคลที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ควรเป็นอย่างไรลักษณะใดที่มีความแตกต่างไปจากที่คนส่วนใหญ่ประสงค์จะถือว่ามีความเบี่ยงเบนส่งผลให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียงไม่น่าไว้วางใจหรือเกิดความอับอายตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณค่าตัวตนลดลงในสายตาของสังคมบุคคลที่ได้รับตราบาปหรือถูกตีตราบาปจะเกิดความรู้สึกว่า “ตนมีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์” (Undesirable difference) ทั้งนี้คุณลักษณะที่จะถูกตีตราบาปดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่คนจำนวนมากในสังคมนั้นๆ มีอำนาจเป็นผู้กำหนดขึ้นซึ่งความหมายของตราบาปเน้นไปที่มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคมหล่อหลอมรวมกันเป็นความรู้สึกที่แยกแยะ “ความต่าง” (difference) หรือ “ความเบี่ยงเบน” (deviance) ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านจากสังคมโดยผู้ที่ถูกตีตราบาปจะถูกมองจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่มี “ลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมเสีย” (Spoiled Identity)⁵

บุคคลมีแนวโน้มที่จะถูกสังคมตีตรา มีลักษณะ 3 ประการได้แก่ มีความผิดปกติทางกายภาพ เช่น ร่างกายพิการหรือด้อยความสามารถ มีความเบี่ยงเบนทางด้านวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม เช่น คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดยา หรือผู้มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ และความแตกต่างทางเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ชนชั้น ศาสนา เช่น ชนกลุ่มน้อย

²R.Smart. *HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination*. Module 1.4 [online] available at http://www.iiep.unesco.org/fileadmin/user_upload/Cap_Dev_Training/pdf/1_4.pdf

³R.Smart. Ibid.

⁴UNAIDS. *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

⁵Erving Goffman. *Stigma : Note on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguins Book, 1963 อ้างถึงใน นิฮาพีชา หะยิวาเงาะ, *ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม :กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี*, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555, หน้า 18-19.

การตีตราบาปเป็นการให้ความหมายทางสังคมที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในทางลบการรับรู้นี้อาจเป็นสิ่งที่สัมผัสได้หรืออาจจะสัมผัสไม่ได้บุคคลที่มีลักษณะพึงประสงค์จะรู้สึกอยู่เหนือกว่า (Superior) ส่วนบุคคลที่มีลักษณะไม่พึงประสงค์จะรู้สึกต่ำต้อย (Inferior) กระบวนการตีตราบาปจึงเป็นผลจากการเปรียบเทียบทางสังคมทำให้เกิดการแบ่งแยกและการลดคุณค่า การตีตราจึงเป็นต้นทางของปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ตามมา

ระดับและพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ อาจเกิดได้ในทุกระดับ⁶ ได้แก่

1. การเลือกปฏิบัติในระดับกฎหมายและนโยบายหรือขั้นตอนการบริหารจัดการ ซึ่งรัฐมักจะพิจารณาว่าเป็นความจำเป็นในการปกป้องคนทั่วไป ตัวอย่างของมาตรการตีตราและการเลือกปฏิบัติในรูปแบบนี้อาจพบได้ในข้อบังคับในการตรวจเลือด/คัดกรองโรคเอดส์ในการทำงาน การจำกัดสิทธิ หรือข้อห้ามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบางอาชีพ การห้ามผู้ติดเชื้อเดินทางเข้าบางประเทศ การบังคับให้ตรวจเอดส์เพื่อขอใบอนุญาตทำงาน เป็นต้น
2. การเลือกปฏิบัติในระดับสถาบัน เช่น สถานศึกษาในบางประเทศไม่อนุญาตให้เด็กที่ติดเชื้อเข้ารับเรียน การล้อเลียนในกลุ่มนักเรียน การไม่รับผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน หรือบางศาสนาบังคับให้มีการตรวจเลือดก่อนจะรับเข้าเป็นนิกบวช เป็นต้น
3. การเลือกปฏิบัติระดับชุมชน ในสังคมที่มีระบบวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคล มักมองว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องของความไม่รับผิดชอบ ในขณะที่สังคมที่มีวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับส่วนรวม การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่าอับอายสำหรับครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อถูกกีดกัน และเลือกปฏิบัติทั้งในชุมชนและครอบครัวตนเอง

สาเหตุของการเลือกปฏิบัติและการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Richard Parker et.al.ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า นอกจากจะมาจากการถูกจัดประเภทว่าไม่ปกติ ทั้งในแง่ของพฤติกรรมทางเพศที่ผิดไปจากคนทั่วไป เชื้อชาติ (เช่น มายาคติทางเชื้อชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของคนผิวดำ) และชนชั้น (คนจนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าคนรวย) แล้ว ยังมาจาก*ความหวาดกลัวการติดเชื้อและอาการของโรค*ด้วย สาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติเหล่านี้มักมีความเชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกัน และยิ่งทำให้ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติยิ่งรากลงไปมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเขาเรียกกวงจรมันนี้ว่าเป็น วงจรอุบาทว์ของการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (the vicious circle of stigma and discrimination) ซึ่งเกิดขึ้นสืบเนื่องกันดังนี้

ขั้นแรก เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีมักเกี่ยวข้องกับกลุ่มหรือผู้ที่มีพฤติกรรมที่ผิดไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคม บุคคลที่ติดเชื้อมักจะถูกตั้งข้อสันนิษฐานว่า เป็นคนชายขอบของสังคมและอาจจะถูกตีตราในสิ่งที่พวกเขาไม่เคยเป็น เช่น บางครั้งผู้ชายอาจจะเกรงว่าการเปิดเผยว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้ถูกมองว่าตนเองเป็นกลุ่มรักร่วมเพศ หรือผู้หญิงก็อาจจะไม่อยากเปิดเผยเพราะเกรงจะถูกมองว่าเป็นผู้หญิงส่าสอน เป็นกลุ่มค้าบริการ

⁶Richard Parker et.al.HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Horizons Program, 2002 [online] available at <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf>

ขั้นที่สอง การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นการซ้ำเติมอาการของผู้ติดเชื้อที่มีความเสี่ยงมากกว่าเดิม ทำให้พวกเขายังถูก ตีตราและกีดกันมากยิ่งขึ้น

1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา

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

การวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีจุดเด่นในแง่ที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างลุ่มลึก รอบด้าน และยังเป็นโอกาสในการเสริมพลังทางด้านความรู้ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย

ดังที่ได้กล่าวไว้ในส่วนที่แล้วว่า สาเหตุสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี คณะผู้วิจัยจึงออกแบบให้การวิจัยครั้งนี้ มีส่วนในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของคณะผู้วิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ข้อเสนอแนะทางการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อที่เป็นจริง

เพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล และประยุกต์ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลายอย่างประกอบกัน ดังนี้

1. การวิจัยเอกสารมี 2 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกันดังนี้

1.1 การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชน หลักการสากล และมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากกฎหมายในประเทศไทยและต่างประเทศ ปฎิญาสากล กติกาและอนุสัญญาระหว่างประเทศ เอกสารทางวิชาการ หนังสือ ตำรา รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบตัวอย่างมาตรการของต่างประเทศอย่างน้อย 3 ประเทศโดยให้ความสำคัญกับประเทศที่ประสบความสำเร็จในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ **ประเทศที่มีกฎหมายห้ามการเลือกปฏิบัติในแบบต่างๆ** กัน เช่น **เครือรัฐออสเตรเลีย** อาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีมาตรการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในแบบเสรีนิยม ประเทศสหราชอาณาจักรอาจเป็นตัวอย่างของประเทศที่มีนโยบายรัฐสวัสดิการ และประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เป็นตัวอย่างของประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย

1.2 การวิเคราะห์แนวทางและนโยบายการแก้ไขปัญหาของรัฐบาลไทยในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาสภาพการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมิติต่างๆ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา รวมทั้งผลกระทบในมิติสิทธิมนุษยชนต่อการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้ออาศัยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและตีความข้อมูลอย่างลุ่มลึกในมุมมองแบบคนใน และเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน จึงทำให้สามารถได้ผลการศึกษาที่หนักแน่น และเชื่อถือได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเชิงปริมาณที่เน้นการสร้างข้อสรุปทั่วไป (generalization) จึงต้องให้ความสำคัญกับจำนวนตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ แต่การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจะไม่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาเฉพาะบางประการ โดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจน

โดยกำหนดให้มีการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 6 กลุ่ม โดยวิธีการดังนี้

กลุ่ม	วิธีการ	จำนวน
ผู้ติดเชื้อ - กลุ่มที่มีงาน	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	10 – 12 คน
- กลุ่มที่เคยถูกปฏิเสธ/เลิกจ้าง	(deliberative focus group) ครอบคลุม พื้นที่เมือง-ชนบท และประเภทกิจการ	15 – 20 คน
กลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ		
กลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถาน ประกอบการ	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ ครอบคลุม กิจการของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน โดยเฉพาะกิจการอาหารและกิจการ ต่อเนื่อง, กิจการบริการ ร่วมกับการศึกษา กรณีศึกษา	8-10 คน
กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ และตัวแทนสหภาพแรงงาน	การจัดสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	8-10 คน
กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ/เอกชน/องค์กร พัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ กับผู้ติดเชื้อ	การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัด สนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ	8 – 10 คน
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี	สัมภาษณ์เชิงลึก	1-2 คน

สำหรับเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกชุมชน/กรณีศึกษา จะมีความครอบคลุมทั้งความหลากหลายเชิงพื้นที่
พื้นที่เมือง-ชนบท และประเภทกิจการ โดยเฉพาะกิจการที่มีความเปราะบางต่อการเลือกปฏิบัติเป็นพิเศษ
อย่างเช่น กิจการบริการ ธุรกิจโรงแรม ธุรกิจอาหารและกิจการต่อเนื่อง เป็นต้น⁷

การเก็บข้อมูลในทุกกรณีใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการจัดสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ
(Deliberative Focus Group) ยกเว้น กรณีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ที่ใช้การสัมภาษณ์

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลกับ
ผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละกลุ่ม หรือกรณีศึกษาที่แตกต่างไปจากกรณีทั่วไป ในขณะที่การสนทนากลุ่ม (Focus
Group) จะเป็นเครื่องมือที่ต้องการเก็บข้อมูลที่เป็นความเห็นของกลุ่มมากกว่า

อย่างไรก็ดี การสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช้การสนทนากลุ่มโดยทั่วไป แต่เป็นวิธีการที่พัฒนามา
จากการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Polling) ซึ่งเป็นวิธีการที่ James Fishkin
ออกแบบโดยให้ความสำคัญกระบวนการอภิปรายที่ผู้เข้าร่วมมีข้อมูลมากเพียงพอ และสามารถชั่งน้ำหนักของ
ข้อเสนอต่างๆ ที่เกิดขึ้น คุณภาพของการปรึกษาหารือขึ้นอยู่กับ ความสมบูรณ์ในการเสนอประเด็นจากทุกฝ่าย
ข้อมูลที่มีความแม่นยำในเชิงเหตุผล ความมีสำนึกในการตัดสินใจ (conscientiousness)

โดยทั่วไป การคัดเลือกผู้เข้าร่วมสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือจะมาจากการสุ่มเลือกโดย
พิจารณาความครอบคลุมของภูมิหลัง ความแตกต่างทั้งในด้านพื้นที่ ลักษณะประชากร โครงสร้างของ
กระบวนการสำรวจความคิดเห็นแบบปรึกษาหารือ ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มย่อยโดยมีผู้ดำเนินการ

⁷ เกณฑ์การพิจารณาความหลากหลายของพื้นที่/กรณีศึกษา ได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติมจากการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้
ส่วนเสีย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2555 รายละเอียดดูในภาคผนวก 1

อภิปรายที่มีประสบการณ์ และการให้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในเวทีใหญ่ที่ผู้เข้าร่วมมีโอกาสซักถาม และการสำรวจความคิดเห็นในขั้นสุดท้าย โดยหลักการ ผู้เข้าร่วมกระบวนการจะมีโอกาสในการทบทวนสิ่งที่ฟังมาจากเวทีใหญ่ก่อนจะตัดสินใจตอบแบบสำรวจ การให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมอย่างรอบด้านจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในบางกรณีอาจมีการให้ข้อมูลกับผู้เข้าร่วมเพื่อเป็นการเตรียมการล่วงหน้าอีกด้วย⁸

แต่สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ จะปรับรูปแบบจากการสำรวจความเห็นมาเป็นการสนทนากลุ่ม ตั้งแต่การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จะใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนในเรื่องนั้นๆ (ในขณะที่การสำรวจความเห็นแบบปรีกษาหรือใช้การสุ่มเลือก) และในกระบวนการสนทนากลุ่มนี้ จะมีขั้นตอนดังนี้

- เริ่มจากการตั้งคำถามเบื้องต้นถึงสภาพปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ย้อนกลับมาให้ผู้เข้าร่วมสนทนาใคร่ครวญ ถกเถียงถึงคำถามเดิมและตอบคำถามอีกครั้ง
- ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอที่เป็นทางออกสำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ

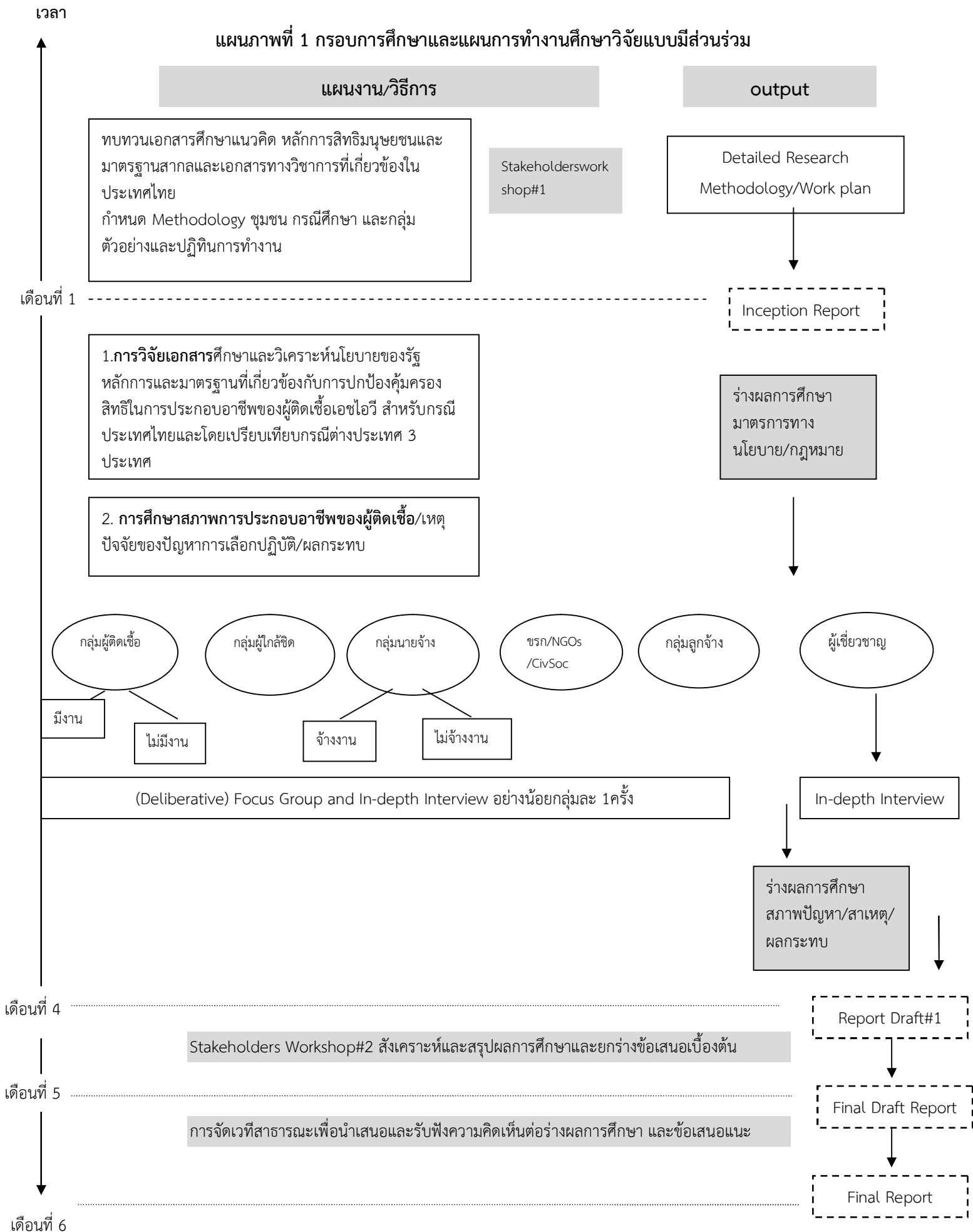
นอกจากการเก็บข้อมูลข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยยังกำหนดให้มีการศึกษากรณีศึกษาเพิ่มเติมด้วย โดยเฉพาะกรณีศึกษา Best Practices ในกิจการที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจ้างงานจากการเลือกปฏิบัติมาสู่การไม่เลือกปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเป็นหลัก⁹

เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลครบทุกกลุ่มแล้ว จึงประมวลผลข้อมูลเพื่อยกร่างเป็นผลการศึกษาที่แสดงถึงปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในสังคมไทย สาเหตุ/ปัจจัยของการเลือกปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พร้อมกับสรุปสังเคราะห์และยกร่างข้อเสนอในด้านนโยบายและกฎหมายคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำร่างรายงานดังกล่าว เสนอต่อ **เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder's Workshop#2)** ก่อนจะนำเสนอต่อ**เวทีสาธารณะ** และปรับปรุงเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติต่อไป

สำหรับภาพรวมของกรอบการศึกษาและขั้นตอนการศึกษา สามารถดูได้ในแผนภาพที่ 1

⁸ James Fishkin and Cynthia Farrar, Deliberative Polling: From Experiment to Community Resource. In Gastil, 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.

⁹ เป็นระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่มีการเพิ่มเติมจากที่ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1



นิยามศัพท์

การเลือกปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติ (การกระทำหรือการละเว้น) ที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นเนื่องจากความแตกต่างในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาทิ เชื้อชาติ เพศ ศาสนา ภาษา เป็นต้น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (People Living with HIV- PLHIV) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่ร่างกายยังแข็งแรงและสามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือ PLHIV ถือเป็นคำศัพท์สากลที่ปรากฏในแนวนโยบายระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อ¹⁰

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- (1) เข้าใจถึงสภาพปัญหา และสาเหตุการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (2) เข้าใจถึงข้อจำกัดของระเบียบ ประกาศ นโยบายของรัฐ มาตรการทางกฎหมาย แนวทางการปฏิบัติและการดำเนินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมไปถึงเข้าใจถึงแนวคิดในต่างประเทศและระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- (3) แนวทางหรือรูปแบบการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ และข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและหรือข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายต่อหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

¹⁰ ดูตัวอย่างใน WHO, AIDS/HIV Programme, Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings, 2008 [online] retrieved from http://www.who.int/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf

บทที่ 2

แนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติและความเสมอภาค ในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่สังคมโลกได้เผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา นานาประเทศทั่วโลกได้พยายามร่วมมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่เพียงแต่เฉพาะการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการพัฒนาอีกด้วย ในระยะแรกของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ประเทศต่างๆ ทั่วโลกยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้คนในสังคมเกิดอคติและความกลัวต่อการติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People Living with HIV- PLHIV) กลุ่มบุคคล และ/หรือกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อและการติดเชื้อ รวมถึงบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวถูกตั้งข้อรังเกียจ และถูกกีดกันทางสังคม อันเป็นที่มาของการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยิ่งไปกว่านั้น ปรากฏการณ์ทางสังคมดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบต่อการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมถึงตลอดถึงการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นที่มาของปัญหาความไม่เสมอภาคเท่าเทียม และการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่สำคัญ

ด้วยเหตุดังกล่าว ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงตลอดถึงองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้มีความมุ่งมั่นและพยายามพัฒนามาตรการและแนวทางทางกฎหมายและนโยบายทั้งในระดับระหว่างประเทศ ภูมิภาค และระดับประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เสมอภาคเท่าเทียมและการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาทบทวน พบว่า ตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนารอบกฎหมายทั้งที่มีผลผูกพัน และไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย นโยบาย และมาตรการต่างๆ เพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี การขยายการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการบริการดูแล ซึ่งถือเป็นแนวทางที่สำคัญต่อการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารอบกฎหมายและนโยบายของประเทศไทยโดยเฉพาะในส่วนของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับขอบเขตของการศึกษาทบทวนในบทนี้มุ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดและนโยบายดังนี้

- (1) หลักการและมาตรฐานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพ
- (2) มาตรการและแนวปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายและนโยบายของประเทศสหราชอาณาจักร แครีออร์รัฐออสเตรเลีย และสาธารณรัฐฟิลิปปินส์
- (3) กฎหมายและนโยบายของรัฐ หลักการและมาตรการของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1 หลักการและมาตรฐานสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษากรณีสิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพ

2.1.1 หลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ ภายใต้กรอบกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ

แม้ว่าความพยายามในการป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้มีความก้าวหน้าอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกัน จำนวนผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั่วโลกยังคงอยู่ในอัตราที่สูงถึง 34 ล้านคน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในกำลังแรงงานถึง 88%¹¹ การที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งอยู่ในวัยทำงานสูงนั้นส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อรัฐและภาคการผลิต (ทั้งในและนอกระบบ) ต่อการแก้ไขปัญหาในทุกมิติเป็นอย่างมาก กอปรกับสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความกลัวและอคติของสาธารณะต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งก่อให้เกิดการตั้งข้อรังเกียจ การกีดกันทางสังคมและการเลือกปฏิบัติ อันเป็นที่มาของปัญหาความไม่เสมอภาคเท่าเทียมและการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อกลุ่มบุคคลดังกล่าว

ปัญหาการเลือกปฏิบัติ รวมตลอดถึงการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการทำงานอย่างมีคุณค่าต่อกลุ่มบุคคลดังกล่าว นอกจากนี้ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากแรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากอาจต้องจบอาชีพลงจากการเลือกปฏิบัติและอคติจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ในขณะที่รัฐบาลและสถานประกอบการมีความไม่มั่นคงเนื่องจากต้องสูญเสียแรงงานในการพัฒนาธุรกิจและประเทศ ด้วยเหตุดังกล่าว รัฐบาลประเทศและองค์การระหว่างประเทศจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิมนุษยชน (Rights based) ที่ให้ความสำคัญต่อหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือที่เชื่อว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น กลุ่มชายรักชาย ผู้ประกอบอาชีพให้บริการทางเพศ หรือผู้ที่ติดยาเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาเพื่อแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว

โดยทั่วไป หลักความเสมอภาคนั้น ถือเป็นหลักการพื้นฐานของระบอบประชาธิปไตย ความเสมอภาคแบ่งได้เป็น ความเสมอภาคทางกฎหมาย (juridical equality) และความเสมอภาคเชิงเนื้อหา (substantive equality)

ความเสมอภาคทางกฎหมาย หมายถึง แนวคิดที่มองว่าบุคคลในสถานการณ์เดียวกันหรือที่เหมือนกัน ควรได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกัน แนวคิดดังกล่าวมองว่ากฎหมายหรือการปฏิบัติใดที่มีวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติต่อบุคคลในสถานการณ์ที่เหมือนกันโดยแตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อเลือกปฏิบัติโดยตรง (direct discrimination) สำหรับแนวคิดนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเชิงโครงสร้างต่างๆ ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อความแตกต่างไม่ได้ถูกนำมาพิจารณาการปฏิบัติต่างๆ มักจะไม่ได้คำนึงถึงจุดมุ่งหมายของความเสมอภาคในความหมายอย่างกว้าง

ความเสมอภาคเชิงเนื้อหา หมายถึง แนวคิดที่มองว่าบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกันควรได้รับการปฏิบัติที่ต่างกัน แนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญกับ ความเสมอภาคของผลที่เกิดขึ้น (equality of results) และความเสมอภาคในโอกาส (equality of opportunity) :

- ความเสมอภาคในผลลัพธ์ ให้ความสำคัญกับผลของมาตรการต่างๆจะต้องเท่าเทียม เนื่องจากการปฏิบัติที่เหมือนกัน ในทางปฏิบัติ อาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันเนื่องจากการเลือกปฏิบัติทั้ง

¹¹ปี 2554 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 2.5 ล้านคนทั่วโลก ลดลงจากปี 2544 ถึง 20 % , Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemics 2012, Geneva: UNAIDS, หน้า 8

ในอดีตและปัจจุบันหรือความแตกต่างในการเข้าถึงทรัพยากร หรืออำนาจดังนั้นผลกระทบและวัตถุประสงค์ของมาตรการจะต้องได้รับการพิจารณา

- ความเสมอภาคในโอกาส หมายถึง การที่บุคคลทุกคนจะต้องมีโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงประโยชน์ โดยพิจารณาถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ความเสมอภาคในโอกาสมีจุดมุ่งหมายเพื่อโอกาสที่เท่าเทียมไม่ใช่ผลลัพธ์ที่เท่าเทียม

สำหรับ **การเลือกปฏิบัติ** หมายถึง การปฏิบัติ (การกระทำหรือการละเว้น) ที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอันเนื่องมาจากความแตกต่างในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาทิ เชื้อชาติ เพศ ศาสนา ภาษา เป็นต้น โดยไม่คำนึงว่าการกระทำดังกล่าวจะมีเหตุผลหรือไม่ ในมุมมองของกฎหมาย การเลือกปฏิบัติจะเป็นการกระทำที่ไม่เป็นธรรมและต้องห้ามก็ต่อเมื่อเป็นการกระทำเมื่อพิจารณาจากวัตถุประสงค์ สัดส่วนของการกระทำ และผลกระทบอันจะนำไปสู่ความไม่เสมอภาคเท่าเทียมการเลือกปฏิบัติอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (direct and indirect discrimination)

- การเลือกปฏิบัติทางตรง หมายถึง การปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดโดยแตกต่างไปจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นอันเนื่องมาจากความแตกต่างในทางเชื้อชาติ เพศ ความพิการ เป็นต้น
- การเลือกปฏิบัติทางอ้อม มักจะเกิดขึ้นเมื่อการปฏิบัติ กฎเกณฑ์ หรือข้อกำหนดดูเหมือนว่าจะมีความเป็นกลาง แต่ในความเป็นจริงส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดโดยเฉพาะ เว้นแต่การปฏิบัติ กฎเกณฑ์ หรือข้อกำหนดดังกล่าวมีเหตุผลเพียงพอ ดังนั้นรัฐจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มบุคคลและผลกระทบจากการปฏิบัติ นั้นด้วย¹²

ดังนั้นการพิจารณาว่าการปฏิบัติจะนำมาสู่การเลือกปฏิบัติหรือไม่ต้องพิจารณาจากองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือ การกระทำก่อให้เกิดความแตกต่างในการปฏิบัติ และก่อให้เกิดผลกระทบที่เกิดจากความแตกต่างที่ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติอย่างชัดเจน

กล่าวโดยสรุป หลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ นั้น ถือเป็นเหรียญสองด้านของหลักการเดียวกัน กล่าวคือ ความเสมอภาคเท่าเทียมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อปราศจากการเลือกปฏิบัติ และการไม่เลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มบุคคลโดยมีพื้นฐานอันเนื่องมาจากความแตกต่างก็จะนำมาซึ่งความเสมอภาค อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ที่แตกต่างกันนั้น เพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรมและเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำแตกต่างที่ดำรงอยู่ หากมีการเลือกปฏิบัติ ให้ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมและไม่ถือว่าเป็นขัดแย้งกับหลักความเสมอภาค ทั้งนี้เนื่องจากความเสมอภาคในที่นี้ไม่ได้หมายความว่า ทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเดียวกันในทุกเรื่อง แต่ให้ใช้เกณฑ์สถานการณ์หรือสภาพ หากเป็นอย่างเดียวกันทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกัน ในขณะที่มีความแตกต่างกันโดยสภาพ หรือสถานการณ์ การปฏิบัติที่ต่างกันอาจถือว่าเป็นธรรมหากมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกฎหมาย

กล่าวได้ว่าหลักความเสมอภาคและหลักการไม่เลือกปฏิบัติถือเป็นหลักการแห่งสิทธิมนุษยชนที่สำคัญซึ่งปรากฏอยู่ในตราสารระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนหลายฉบับด้วยกัน อาทิ กฎบัตรสหประชาชาติ¹³

¹² Sandra Fredman, *Discrimination Law*, Second Edition, Oxford University Press, 2011 และ Anne Bayefsky, *The Principle of Equality and Non-Discrimination in International Law*, 11 HRLJ (1990)

¹³ Charter of the United Nations, 1945, Preamble, Art.1(2), 3, 13 (1)(b), 55 (c) and 77 (C) ว่าด้วยข้อห้ามในการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุเชื้อชาติ เพศ ภาษา และ ศาสนา

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 (1948)¹⁴ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง พ.ศ. 2509 (1966)¹⁵ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2510 (1967)¹⁶ อนุสัญญาาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ พ.ศ. 2508 (1965)¹⁷ อนุสัญญาาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ พ.ศ. 2522 (1979)¹⁸ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 (1989)¹⁹ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการ พ.ศ. 2549 (2006)²⁰ เป็นต้น

แม้ว่า ตราสารระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนดังกล่าวได้กล่าวถึง การห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลด้วยเหตุแห่ง เชื้อชาติ เพศ ภาษา ศาสนา ความพิการและสถานภาพอื่นๆ จากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีตราสารระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนฉบับใดห้ามมิให้เลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีในฐานะเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติ จนกระทั่งในทศวรรษที่ 1990 คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติได้ขยายความ การเลือกปฏิบัติให้รวมถึง การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่างแห่ง “สถานภาพอื่นๆ” ซึ่งให้ความหมายครอบคลุมถึงลักษณะต่างๆที่ไม่ได้กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ และรวมตลอดถึง “สภาวะทางสุขภาพ” ด้วย ดังนั้นหากตีความตามคำนิยามดังกล่าว การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่เชื่อว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นการเลือกปฏิบัติที่ถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ไม่อาจกระทำได้ที่ตราสารระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

2.1.2 การเคลื่อนไหวในเวทีระหว่างประเทศว่าด้วยประเด็นสิทธิมนุษยชนและเชื้อเอชไอวี/เอดส์

นอกจากกรอบกฎหมายระหว่างประเทศที่กล่าวมาแล้ว ในช่วงทศวรรษที่ 1990 ถือได้ว่ามีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องโดยองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS หรือ UNAIDS) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือ ILO) ในการผลักดันเวทีหารือเพื่อนำมาซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในมิติต่างๆ รวมตลอดถึงในมิติของกฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ระหว่างปี 2531 – 2532 ประเด็นสิทธิมนุษยชนและเอชไอวี/เอดส์ ได้ถูกนำมาพิจารณาเป็นครั้งแรก โดยองค์การอนามัยโลกและ United Nations Centre of Human Rights ในเวทีหารือระหว่างประเทศ ครั้งที่ 1 ว่าด้วยโรคเอดส์ และสิทธิมนุษยชน ซึ่งระบุว่า การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มเสี่ยงถือเป็น

¹⁴The Universal Declaration of Human Rights (UDHR), 1948, Art. 1, 2 and Art.7

¹⁵The International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), 1966, Art.1 (1), (2), 2 (1),(2),3 and 26

¹⁶The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), 1967, Art.1 (1),(2),2 (2),(3) and 3

¹⁷The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD), 1965, Art.1 (1), (4), 2 (1) (a) –(e), (2) and 5

¹⁸The International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), 1979, Art.1, 2(a)-(g), 3, and 4(1),(2)

¹⁹The Convention of the Rights of the Child (CRC), 1989, Art. 2 (1),(2), 5 and 30

²⁰The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), 2006, Art.2, 3(a)-(h), 4 (1) (a)-(e),5(1)-(4), 12 (1)-(3)

อุปสรรคที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ หลักการดังกล่าว ยังถูกนำเสนอในข้อมติแห่งที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติในปี 2534 และการประชุมเวทีอื่นๆ อีกด้วย²¹

ปี 2536 สำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติและโครงการโรคเอดส์แห่ง สหประชาชาติได้จัดการประชุมหารือระดับระหว่างประเทศว่าด้วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชน ครั้งที่ 2 และมีการรับหลักการแนวปฏิบัติระหว่างประเทศว่าด้วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชน (International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights) ซึ่งได้มีการแก้ไขปรับปรุงเมื่อปี พ.ศ. 2545 และ 2549 ตามลำดับ²² แนวปฏิบัติดังกล่าวได้วางแนวทางที่สำคัญในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แนวปฏิบัติได้กำหนดพันธกรณีของรัฐที่เกี่ยวกับสิทธิดังต่อไปนี้ การไม่ถูกเลือก ปฏิบัติทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การศึกษา การจ้างงาน สวัสดิการทางสังคม และการมีส่วนร่วมกับ สาธารณะ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการลดความเปราะบางทางสังคมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็น หลักประกันในการได้รับการดูแลและสนับสนุน ที่สำคัญไปกว่านั้น แนวปฏิบัติข้อที่ 5 ได้เสนอให้รัฐบัญญัติ กฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ เพื่อคุ้มครองกลุ่มผู้เปราะบางทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคนพิการ จากการเลือกปฏิบัติทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน และให้หลักประกันสิทธิส่วนบุคคลและหลักการรักษา ความลับ รวมถึงตลอดถึงจัดให้มีระบบการเยียวยาจากการละเมิดสิทธิดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ใน ประเด็นเกี่ยวกับการจ้างงาน แนวปฏิบัติข้อที่ 10 ได้กำหนดให้ รัฐควรให้หลักประกันว่า รัฐบาลและสถาน ประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับประเด็นด้านเอดส์กับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน แม้ว่าแนวปฏิบัติไม่มี ผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ได้วางหลักการที่สำคัญที่รัฐควรนำไปปฏิบัติในการบัญญัติหรือปฏิรูปกฎหมาย²³

ปี 2544 ถือได้ว่ามีความก้าวหน้าในการพัฒนากรอบกฎหมายและแนวปฏิบัติด้านเอดส์อย่างมาก ใน การประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly on Special Session of AIDS หรือ UNGASS) ได้มีมติรับหลักการปฏิญญาว่าด้วยเรื่องพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) ซึ่งเป็นมาตรการสากลที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ให้ แนวทางในการดำเนินงานในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี การดูแลและการสนับสนุน รวมถึงตลอด ถึงบทบาทที่สำคัญของหลักการสิทธิมนุษยชนในการคุ้มครองกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปฏิญญาฯ ดังกล่าวยังให้ ความสำคัญกับหลักการไม่เลือกปฏิบัติในทุกมิติ รวมถึงการไม่เลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Discrimination at work) ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคโดยให้พิจารณาควบคู่ไปกับแนว ปฏิบัติระหว่างประเทศว่าด้วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชน และในปีเดียวกันนี้เอง UNAIDS ได้พัฒนา Protocol for the Identification of Discrimination against People living with HIV (The Protocol) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากโรคเอดส์ ทั้งจากกฎหมาย นโยบาย การปฏิบัติ และกำหนดหลักการสำคัญเพื่อเป็นตัวชี้วัดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม²⁴ นอกจากนี้ ในปี 2549 และปี 2554 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้มีมติรับหลักการปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรค

²¹ ดูเพิ่มเติมใน Report of an International Consultation on AIDS and Human Rights, Geneva, 26 to 28 July 1989 (HR/PUB/90/2) และ UN General Assembly resolution A/Res/46/203, 20 December 1991.

²² ดูเพิ่มเติม Report of the Secretary-General to the Commission on Human Rights, E/CN.4/1997/37

²³ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (OHCHR/UNAIDS) (2006) *HIV/AIDS and Human Rights, International Guidelines, (Consolidated version)* (New York and Geneva, UN)

²⁴ UNAIDS, Protocol for the Identification of Discrimination against People Living with HIV, Geneva: UNAIDS, 2000

เอตส์ พ.ศ.2549 (2006) และ พ.ศ. 2554 (2011) เพื่อต่อยอดย้ำจุดยืนของประชาคมโลกในความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยมุ่งเน้นไปที่การออกกฎหมายโดยรัฐประเทศในการแก้ไขปัญหการเลือกปฏิบัติ การตีตรา และการกีดกันทางสังคมต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.1.3 สิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาในเชิงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลกระทบต่อโครงสร้างการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ และกลายเป็นภัยคุกคามต่อโลกแห่งการทำงานเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของผลิตภาพแรงงาน²⁵ การบริหารจัดการแรงงานอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การพักงาน และการเสียชีวิตของกำลังแรงงาน และในทางกลับกันปัญหาดังกล่าวยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติและอคติต่อแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือแรงงานที่อยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีความชัดเจนมากขึ้นในกลุ่มแรงงานที่มีความเปราะบางในสังคม เช่น กลุ่มแรงงานหญิง และแรงงานข้ามชาติ

ในปัจจุบัน มีกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของแรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพเป็นการเฉพาะ ได้แก่ ตราสารระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนโดยเฉพาะข้อที่ว่าด้วยสิทธิในการจ้างงาน ซึ่งปรากฏอยู่ใน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2510 (1967) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการ พ.ศ. 2549 (2006) และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อบัญญัติภายใต้ อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศหลายฉบับได้วางหลักเกณฑ์ที่สำคัญต่อการสร้างหลักประกันแก่บุคคลจากการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ อาทิ อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศฉบับที่ 111 ว่าด้วยการเลือกปฏิบัติในการจ้างงานและการทำงาน พ.ศ.2501 (1958)²⁶ อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศฉบับที่ 158 ว่าด้วยการเลิกจ้างงาน พ.ศ. 2525 (1982)²⁷ อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศฉบับที่ 159 ว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการจ้างงาน (คนพิการ) พ.ศ. 2526 (1983)²⁸

นอกจากอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศที่รัฐสมาชิกสามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและปฏิรูป/บัญญัติกฎหมาย ยังได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายขึ้น ในปี 2543 ภายหลังจากการประชุมองค์การแรงงานระหว่างประเทศว่าด้วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโลกแห่งการทำงานปี 2543 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบ พร้อมด้วยองค์กรไตรภาคี (รัฐสมาชิก ตัวแทนฝ่ายองค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง) และองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน (ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work) ในปี 2544 ซึ่งถือเป็นเครื่องมือฉบับแรกที่ให้ข้อชี้แนะในทางปฏิบัติแก่ผู้กำหนดนโยบาย องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการกำหนดนโยบายและการดำเนินมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหอันเกี่ยวกับโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานในกิจการทุกประเภททั้งในระบบและนอกระบบอย่างรอบด้านโดยเน้นหลักการทำงานอย่างมีคุณค่าและหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิแรงงานในฐานะสิทธิมนุษยชนใน

²⁵ ผลิตภาพแรงงาน (labour productivity) คือจำนวนผลผลิตต่อแรงงาน 1 คน หรือต่อ 1 ชั่วโมงของการทำงานอ้างอิงใน Productivity: ผลิตภาพและการเพิ่มผลผลิต [online] retrieved from <http://www.topofquality.com/sproductivity/indexprod.html>

²⁶ Discrimination (Employment and Occupation) Convention, 1958 (No.111), Art.1 (1) (a)-(b), (2) –(3), 2 and 5

²⁷ Termination of Employment Convention, 1982 (No. 158), Art.5 (e)

²⁸ Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons), 1983 (No.159), Art.1 (1), 2,3 and 4

การแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์เป็นสิ่งสำคัญ และในปีเดียวกันนี้เอง หลักการภายใต้แนวปฏิบัติฯ ได้รับการสนับสนุนจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์

แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานได้นำนิยามของการเลือกปฏิบัติที่ปรากฏอยู่ในอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศฉบับที่ 111 ว่าด้วยการเลือกปฏิบัติในการจ้างงานและการทำงาน พ.ศ.2501 (1958) กล่าวคือ การเลือกปฏิบัติ หมายถึง การแบ่งแยก การกีดกัน หรือการลำเอียงใดๆ ที่กระทำบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว เพศ ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง การแบ่งแยกในชาติ พื้นฐานทางสังคมซึ่งมีผลลบสร้างหรือทำความเสียหายต่อความเสมอภาคในโอกาสหรือในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจ้างงานและการประกอบอาชีพ อย่างไรก็ตาม หากการกระทำหรือละเว้นการกระทำดังกล่าวข้างต้นในงานบางประเภทเกิดขึ้นเพราะความต้องการอย่างแท้จริงของงาน ไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติ²⁹ นอกจากนี้ แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ได้นำหลักการที่สำคัญที่ปรากฏในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิผู้พิการ พ.ศ. 2549 (2006) ว่าด้วยการเอื้ออำนวยตามสมควร (reasonable accommodation)³⁰ มาใช้ในกรณีของแรงงานผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยให้ความหมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมเพื่อให้แรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสในการทำงานหรือมีความก้าวหน้าในการทำงานต่อไปได้

แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานมีหลักการสำคัญดังต่อไปนี้

1. การยอมรับว่าเรื่องโรคเอดส์เป็นเรื่องของสถานประกอบการซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดและผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี
2. การไม่เลือกปฏิบัติกล่าวคือ จะต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อแรงงานบนพื้นฐานของการมีสถานภาพเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้อยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
3. ความเสมอภาคของบทบาทหญิงและชาย
4. สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีต่อสุขภาพ ให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ 155 ว่าด้วยความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในการทำงาน
5. การรักษาหรือทางสังคม
6. ห้ามไม่ให้มีการตรวจคัดกรองเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ออกจากงานหรือระบบการทำงาน ซึ่งให้หมายรวมถึงกรณีผู้สมัครงานด้วย
7. การรักษาความลับและการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติขององค์การแรงงานระหว่างประเทศว่าด้วยการรักษาความลับส่วนบุคคลของลูกจ้าง พ.ศ. 2540
8. การจ้างงานอย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนงานอย่างเหมาะสมให้กับแรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
9. การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี บนพื้นฐานของการไม่เลือกปฏิบัติ
10. การดูแลและการช่วยเหลือ

แม้ว่าแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานเป็นเอกสารระหว่างประเทศที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายและขึ้นอยู่กับความสมัครใจ แต่เอกสารดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับแนวปฏิบัติที่ดีที่ตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ (Rights – based approach) ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบาย สถานประกอบการ และชุมชน โดยให้ความสำคัญกับมาตรการและแผนงานในด้านต่างๆ ดังนี้

²⁹ Art. 1(1) (a) –(b) and (2) of the ILO C.111

³⁰ Art. 2 ได้ให้นิยาม การเอื้ออำนวยตามสมควร หมายถึง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงที่จำเป็นและเหมาะสมโดยไม่ให้ก่อให้เกิดภาระอันเกินควรหรือเกินสัดส่วน เฉพาะในกรณีที่จำเป็น เพื่อประกันว่าคนพิการได้อุปโภคและใช้สิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งปวงที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น

- การส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิแรงงาน รวมถึงหลักการไม่เลือกปฏิบัติ การคุ้มครองการจ้างงานและการทำงาน ความเสมอภาคทางเพศ และสิทธิในการได้รับสิทธิประโยชน์ในฐานะแรงงาน
- การป้องกันโดยการให้ความรู้ และการสร้างความตระหนักรู้ การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- การดูแลและการสนับสนุน รวมถึงการมีสิทธิการเอื้ออำนวยตามสมควรในการทำงานและการประกอบอาชีพ การบริการด้านสุขภาพในราคาที่เหมาะสม การดูแลรักษา และสิทธิประกันสังคมตามกฎหมาย³¹

นอกจากแนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานซึ่งได้รับการตอบรับและนำไปปฏิบัติในหลายประเทศ เพื่อเป็นการตอกย้ำเจตจำนงในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ในปี 2550 สมาชิกไตรภาคีขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้ร่วมกันพิจารณาผลักดันให้มีการจัดทำและรับรองมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศขึ้นมาอีกชุดหนึ่งเพื่อยกระดับการตอบสนองต่อสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ และได้มีมติรับรองข้อแนะนำด้วยเอชไอวีและเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ฉบับที่ 200 ในปี พ.ศ. 2553

ข้อแนะนำดังกล่าวถือเป็นตราสารองค์การแรงงานระหว่างประเทศที่ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย หากแต่เป็นการให้ข้อเสนอแนะแนวทางปฏิบัติต่อสมาชิกประเทศขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ เนื้อหาสำคัญในข้อแนะนำนี้ได้มุ่งเน้นไปที่มาตรการป้องกันในสถานประกอบการและการเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าถึงการดูแลรักษา โดยให้ความสำคัญกับหลักการสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน หลักความเสมอภาคทางเพศ และการไม่เลือกปฏิบัติ รวมถึงตลอดถึงการรักษาความลับและการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งสมาชิกประเทศมีบทบาทอย่างสำคัญในการนำเอาหลักการดังกล่าวไปปฏิบัติ และกำหนดเป็นนโยบายและกฎหมายในประเทศตามสมควรต่อไป³²

2.2 มาตรการและแนวปฏิบัติที่ดีด้านการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายและนโยบายของเครือรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ และประเทศสหราชอาณาจักร

ในฐานะปัญหาสังคมระดับโลก การเคลื่อนไหวในประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสากล นำมาซึ่งการพัฒนา ปรับปรุง และกำหนดแนวนโยบายและกฎหมายของประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากรายงานของ Global Commission on HIV and the Law พ.ศ. 2555 พบว่า มี 123 ประเทศได้มีกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและในจำนวนดังกล่าวมี 112 ประเทศให้ความคุ้มครองกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางประเภทหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายในการคุ้มครองผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แต่พบว่ากฎหมายดังกล่าวยังไม่มีที่บังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกละเลยในการได้รับการคุ้มครอง³³ อาจกล่าวได้ว่า กฎหมายและนโยบายที่ให้ความสำคัญและให้ความเคารพสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์อย่างรอบด้าน เช่นเดียวกับ กลุ่มบุคคลอื่นๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้ประโยชน์จากการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานทั่วไป ยิ่งไปกว่านั้น เนื่องจากความต้องการ และปัญหาที่เผชิญมีความแตกต่างจากกลุ่มบุคคลอื่นๆ การคุ้มครองสิทธิ

³¹Lisk, F, A Rights-based approach in addressing HIV/AIDS in the workplace: the Role and contribution of the ILO and its constituent, 2007, (1) *Law social justice and global development (LGD)*.

<http://www.go.warwick.ac.uk/elj/lgd/2007_1/lisk>

³²Recommendation concerning HIV and AIDS and the World of Work, 2010 (No.200), 17 June 2010

³³Global Commission on HIV and the Law, *Risk, Rights and Health*, (UNDP,HIV/AIDS Group), 2012

เฉพาะบางประเภทถือได้ว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ระดับประเทศ เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์แนวนโยบายและกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาด้านโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการเลือกปฏิบัติกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ สำหรับการศึกษาในส่วนนี้มุ่งศึกษาในประเด็นโครงสร้างของกฎหมาย สถาบันที่ทำหน้าที่กำกับดูแลกฎหมายและนโยบาย รวมถึงตลอดถึงการติดตามประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ และประเด็นการเข้าถึงความยุติธรรม อาทิ การร้องทุกข์ และการเยียวยาจากหน่วยงานรับผิดชอบ

จากการศึกษาพบว่า ในระดับประเทศ กรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทด้วยกัน กล่าวคือ

- 1) การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญ พบว่า ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกมีบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิของประชาชนจากการถูกเลือกปฏิบัติ และส่งเสริมให้ประชาชนทั้งหญิงและชายมีความเสมอภาคเท่าเทียมในด้านต่างๆ รวมถึงความเสมอภาคในโลกแห่งการทำงาน อย่างไรก็ตาม พบว่า การบังคับใช้ และการดำเนินการร้องทุกข์ตามสิทธิแห่งรัฐธรรมนูญนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก และใช้เวลานาน
- 2) การคุ้มครองสิทธิภายใต้กฎหมายสาขาต่างๆ อาทิ กฎหมายเกี่ยวกับคนพิการ และกฎหมายแรงงานและการจ้างงาน ซึ่งอาจมีบทบัญญัติห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ
- 3) การคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อภายใต้พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์เป็นการเฉพาะ นอกจากบทบัญญัติที่คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติแล้ว การบัญญัติกฎหมายในฐานะกฎหมายเฉพาะนี้ อาจมีบทบัญญัติที่เป็นมาตรการการป้องกัน และการให้บริการดูแล เป็นต้น
- 4) คำพิพากษา (Case law) ซึ่งวางหลักเกี่ยวกับการจัดการเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่จะพบในประเทศที่มีระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common law)

แม้ว่ากรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ แต่กรอบกฎหมายทั้ง 4 ประเภทนี้สามารถนำมาใช้เพื่อจัดการเลือกปฏิบัติได้และเป็นหลักประกันสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในการใช้ชีวิตประจำวันและในโลกของการทำงาน และเป็นแนวทางที่สำคัญในการกำหนดแนวนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ในการพิจารณาแนวปฏิบัติที่ดีควรนำหลักการภายใต้แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานมาพิจารณาประกอบเพื่อเป็นหลักประกันที่สำคัญให้กับกลุ่มแรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาครั้งนี้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

1. ประเทศที่ได้รับการยอมรับจากประชาคมโลกว่ามีความก้าวหน้าในการพัฒนากฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับด้านเอดส์ในลำดับต้นๆ และด้วยผลของการมีกฎหมายและนโยบาย รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคุ้มครองด้านสิทธิ และได้รับการเยียวยาในกรณีที่สิทธิถูกละเมิด ได้แก่ เครือรัฐออสเตรเลีย

2. ประเทศที่มีการบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการเฉพาะ ได้แก่ ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์

3. ประเทศที่มีการบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในมุมมองของกฎหมายว่าด้วยความเสมอภาคได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร

2.2.1 เครือรัฐออสเตรเลีย

เครือรัฐออสเตรเลียได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในฐานะประเทศที่มีกฎหมายและนโยบายในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ก้าวหน้ามากที่สุดอีกแห่งหนึ่ง และเป็นประเทศต้นแบบที่สำคัญในการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการจัดการเลือกปฏิบัติให้กับประเทศต่างๆ อาทิ สหรัฐอเมริกา ฮองกง และ นิวซีแลนด์³⁴ จากการศึกษาทบทวนกรอบกฎหมายของประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย พบว่า การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นการละเมิดกฎหมายทั้งในระดับประเทศและระดับมลรัฐ สำหรับกรอบกฎหมายระดับประเทศของเครือรัฐออสเตรเลียที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังต่อไปนี้

- Commonwealth of Australia Constitution Act of 9 July 1900
- Human Rights and Equal Opportunity Commission Act 1986
- Privacy Act 1988
- Disability Discrimination Act 1992 (amendment up to Act. No. 169 of 2012)³⁵
- Fair Work Act 2009

พระราชบัญญัติ Disability Discrimination Act 1992 (DDA) ถือเป็นกฎหมายหลักที่สำคัญที่ทำให้ความคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกเลือกปฏิบัติสำหรับขอบเขตการบังคับใช้กฎหมาย แม้ว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่ได้กล่าวถึง การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะ แต่เมื่อพิจารณาจากคำจำกัดความของความพิการและเจตนารมณ์ของกฎหมายจะเห็นได้ว่า **ความพิการให้ตีความครอบคลุมถึงสภาวะสุขภาพอื่นที่ยังไม่ได้กำหนดเงื่อนไขเวลาของความพิการ หรือสภาวะสุขภาพ กล่าวคือกฎหมายจะให้ความคุ้มครองครอบคลุมไปถึงสภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต** นอกจากนี้ กฎหมายฉบับนี้ยังขยายความคุ้มครองผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาทิ สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่น่าจะเป็นหรือเชื่อว่าเป็นผู้อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น³⁶ กฎหมายได้กำหนดขอบเขตการห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกรณีการทำงาน การศึกษา การเข้าไปยังสถานที่ต่างๆ การจัดให้บริการและเครื่องอำนวยความสะดวก การจัดที่พักอาศัย และอื่นๆ³⁷

ในประเด็นการเลือกปฏิบัติ กฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติครอบคลุมห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติทั้ง **การเลือกปฏิบัติโดยตรง** กล่าวคือ ห้ามเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น ห้ามมิให้มีการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ หรือเชื่อว่าเป็นผู้ติดเชื้อแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไปในสถานการณ์เดียวกัน อาทิ หากไม่มีกฎหมายบัญญัติเป็นการเฉพาะ ห้ามมิให้นายจ้างปฏิเสธการจ้างงานบุคคล เนื่องจากสภาวะสุขภาพ ด้วยเหตุแห่งความแตกต่าง ในขณะที่เดียวกัน **การเลือกปฏิบัติโดยอ้อม** หมายถึง การกำหนดเงื่อนไขที่เกินความจำเป็น

³⁴DC Jayasuriya, *HIV Law, Ethics and Human Rights – Text and Materials*, (New Delhi: UNDP),1995 p.103

³⁵<http://www.comlaw.gov.au/Details/C2013C00022> , visited 12 พ.ย. 2556

³⁶Sect.4 (c),(d), 7 และ 8

³⁷Part II Division I and II

ให้บุคคลปฏิบัติตาม เช่น การกำหนดให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีก่อนการรับเข้าทำงาน ในกรณีที่ไม่มีกฎหมายบัญญัติเป็นการเฉพาะ การกระทำดังกล่าวให้ถือเป็นการเลือกปฏิบัติต้องห้ามตามกฎหมายฉบับนี้ ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายบัญญัติห้ามมิให้มีการคุกคามทั้งทางร่างกาย วาจา หรือลายลักษณ์อักษร และเพศ เป็นต้น

การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุอันเนื่องมาจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี: กรณีการจ้างงาน

มาตรา 15 แห่งกฎหมาย DDA บัญญัติไว้ว่า ห้ามมิให้นายจ้าง หรือผู้กระทำการแทนนายจ้าง อาทิ บริษัทจัดหางาน เลือกปฏิบัติต่อบุคคลด้วยเหตุแห่งสภาวะสุขภาพ ทั้งในการดำเนินการจัดให้มีการพิจารณา การจ้างงาน การพิจารณาการจ้างงาน และการกำหนดเงื่อนไขในการจ้างงาน นอกจากนี้ กฎหมายได้บัญญัติคุ้มครองลูกจ้างผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยห้ามมิให้นายจ้างหรือผู้กระทำการแทนนายจ้างปฏิบัติต่อลูกจ้างในการกำหนดเงื่อนไขการทำงานเพื่อให้ลูกจ้างปฏิบัติ หรือปฏิเสธไม่ให้ลูกจ้างมีโอกาสได้รับการเลื่อนตำแหน่งงาน โยกย้ายตำแหน่งงาน การฝึกอบรมหรือผลประโยชน์จากการทำงานประการอื่นหรือให้ลูกจ้างออก หรือกรณีอื่นๆ

จากการศึกษาพบว่า นอกจากกฎหมายกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของนายจ้างและ/หรือ ผู้กระทำการแทนนายจ้าง หน้าที่และความรับผิดชอบตามกฎหมายตามมาตราดังกล่าวข้างต้นยังครอบคลุมไปถึง นายจ้างรับเหมาค่าแรง องค์กรวิชาชีพและหุ้นส่วนของห้างหุ้นส่วน อีกด้วย อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้มีข้อยกเว้นกรณีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในการจ้างงาน/ประกอบอาชีพสามารถกระทำได้ หากการดังกล่าวเป็นไปตามหลักการที่เรียกว่า **คุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานประเภทนั้น (inherent requirements)** กล่าวคือ หากลูกจ้างไม่สามารถปฏิบัติงานอันเป็นสาระที่สำคัญอย่างยิ่งต่องานประเภทนั้นๆ เนื่องจากข้อจำกัดแห่งสภาวะสุขภาพ นายจ้างก็ไม่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขสภาพการทำงานให้เหมาะสม (**reasonable adjustment**) กับสภาวะสุขภาพ และไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติ ในกรณีดังกล่าว **นายจ้างมีหน้าที่ต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าลูกจ้างไม่สามารถประกอบอาชีพนั้นๆ ได้ด้วยเหตุแห่งสภาวะสุขภาพ**³⁸

นอกจากประเด็นการคุ้มครองห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติแล้ว จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดกลไกการคุ้มครองที่สำคัญทั้งที่เป็นส่วนของการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับการคุ้มครอง (Disability Standard) ซึ่งมีผลผูกพันโดยกฎหมายโดยให้เป็นอำนาจหน้าที่ของอัยการสูงสุด (the Attorney – General)³⁹ นอกจากนี้ ภายใต้พระราชบัญญัติ Human Rights and Equal Opportunity Commission Act 1986 (HREOC) ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดกลไกการร้องทุกข์ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ รวมถึง การจัดการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ หรือ DDA โดยกำหนดให้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งเครือรัฐออสเตรเลีย (Australian Human Rights Commission) เป็นองค์กร/สถาบันที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายและรับเรื่องร้องทุกข์จากการถูกเลือกปฏิบัติ รวมถึง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guidelines) ซึ่งไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย ในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนได้

³⁸ คำพิพากษาศาลสูงในคดี *X v Commonwealth* ได้วางหลักที่สำคัญเกี่ยวกับหลักการ คุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานประเภทนั้น กล่าวคือ การที่โจทก์ถูกปลดออกจากการเป็นทหารเนื่องมาจากตรวจพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่าโจทก์จะมีสุขภาพที่แข็งแรงและไม่ปรากฏอาการของโรค โดยรัฐบาลเครือรัฐอ้างว่า การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้โจทก์ขาดคุณสมบัติที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร เนื่องจากสาระสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ทหารคือการออกรบ ซึ่งในบางครั้งเมื่อเกิดการบาดเจ็บจะต้องมีการให้เลือด ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากการให้เลือดได้ ด้วยเหตุดังกล่าวนายจ้างไม่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไขสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของลูกจ้าง และไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่ง พรบ. DDA

³⁹ Section 31 อาทิต Disability Standard for Education 2005 เป็นต้น

แต่งตั้งกรรมการที่ทำหน้าที่ในประเด็นการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ (Disability Discrimination Commissioner) เป็นการเฉพาะ⁴⁰ ในปี 2553 – 2554 พบว่า มีผู้ร้องทุกข์ต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งเครือรัฐออสเตรเลียจากการถูกเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 1 ของคำร้องทุกข์ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ นอกจากนี้พบว่า มีผู้ร้องทุกข์จากการถูกเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการในการจ้างงาน จำนวน 672 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 31 ของคำร้องทุกข์ในประเด็นต่างๆ ซึ่งถือว่าการเลือกปฏิบัติในการจ้างงานเป็นประเด็นที่สำคัญรองลงมาจาก การเลือกปฏิบัติจากการได้รับการบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ โดยทั่วไป กระบวนการวินิจฉัยคำร้องทุกข์จะใช้เวลาไม่เกิน 12 เดือน จากสถิติคำร้องทุกข์ที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด 961 เรื่อง มีคำร้องทุกข์เพียง 14 เรื่องที่ใช้ระยะเวลาในการวินิจฉัยเกิน 12 เดือน⁴¹

ในปี 2555 เป็นต้นมา รัฐบาลแห่งเครือรัฐออสเตรเลียได้มีการพิจารณาแก้ไขกรอบกฎหมายว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่าง ได้แก่ อายุ เพศ ความพิการ และเชื้อชาติ ให้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติเดียวกัน เพื่อลดความซับซ้อนและความไม่สอดคล้องของกฎหมายแต่ละฉบับ เพื่อให้สาธารณะมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของตนภายใต้กฎหมายดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น และเพื่อสร้างกลไกการคุ้มครอง/ร้องทุกข์ที่มีประสิทธิภาพ และขยายความคุ้มครองเพิ่มขึ้นในกรณีที่เหมาะสม⁴² สำหรับการคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติ นั้น พบว่า DDA ยังคงมีปัญหาในการบังคับใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการพิจารณาการเลือกปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม (test for discrimination) ซึ่งกลุ่มภาคประชาสังคมได้มีการเสนอให้มีการพิจารณา นำเอาวิธีการพิจารณาการเลือกปฏิบัติที่เป็นรูปแบบเดียวมาใช้กับการเลือกปฏิบัติทั้งสองประเภทเพื่อให้กระบวนการตรวจสอบง่ายขึ้น โปร่งใส และยืดหยุ่น ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นผู้ร้องที่ไม่มีทนายหรือที่ปรึกษาทางกฎหมายให้ความช่วยเหลือในคดี (unrepresented litigant) สามารถเข้าถึงความยุติธรรม นอกจากเสนอให้นำเอาประเด็นเรื่องการล่วงละเมิดเป็นส่วนหนึ่งของความหมายของการเลือกปฏิบัติ และให้มีการบัญญัติหน้าที่เชิงบวก (positive duty) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมตลอดถึง นายจ้าง ผู้ให้บริการในการส่งเสริมการจัดการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ประเด็นการพิจารณาพิสูจน์ มีข้อเสนอควรให้ฝ่ายผู้ถูกกล่าวหาเป็นผู้มีภาระในการนำสืบพิสูจน์ เนื่องจากพบว่า ในกรณีการเลือกปฏิบัติจากการจ้างงาน เนื่องจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่าง ผู้ร้องซึ่งเป็นลูกจ้าง และผู้ถูกกล่าวหาซึ่งเป็นนายจ้าง ทำให้ผู้ร้องมีความยากลำบากอย่างมากในการอ้างหรือนำหลักฐานเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติซึ่งโดยปกติอยู่ในความครอบครองหรือควบคุมของผู้ถูกกล่าวหาให้นำสืบให้ปรากฏได้ ดังนั้นหน้าที่ในการนำสืบควรตกอยู่ที่ผู้ถูกกล่าวหาซึ่งเป็นไปตามแนวทางภายใต้ Fair Work Act 2009⁴³

ในส่วนของกลไกการคุ้มครอง พบว่า พระราชบัญญัติ DDA ไม่ได้มีบทบัญญัติให้อำนาจตัวแทนหรือหน่วยงานเพื่อดำเนินการสืบสวนตรวจสอบแทนผู้เสียหายจากการเลือกปฏิบัติ เพื่อบังคับให้ผู้กระทำผิดปฏิบัติ

⁴⁰ Sections 113 - 120

⁴¹ http://humanrights.gov.au/about/publications/annual_reports/2010_2011/complaint-statistics.html

⁴² Attorney – General’s Department, *Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws - Discussion Paper*, September 2011, visited <http://www.ag.gov.au/Consultations/Documents/ConsolidationofCommonwealthanti-discriminationlaws/Consolidation%20of%20Commonwealth%20Anti-Discrimination%20Laws.pdf>

⁴³ HIV/AIDS Legal Centre, *Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws*, February 2012, visited <http://halc.org.au/wp-content/uploads/2013/04/Consolidation-of-Discrimination-Legislation.pdf>

ตามกฎหมาย นอกจากนี้ในการร้องทุกข์ในระดับรัฐบาลกลางกฎหมายบัญญัติให้ต้องทำการร้องทุกข์ต่อ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งเครือรัฐออสเตรเลียก่อน (compulsory conciliation) โดยไม่อาจยื่นคำร้องทุกข์ต่อศาลได้โดยตรง อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่าควรเปิดโอกาสให้ผู้เสียหายสามารถเลือกวิธีการยื่นคำร้องต่อศาลได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนก่อนซึ่งเป็นการแก้ไข ปัญหาความซ้ำซ้อนและความล่าช้าจากกระบวนการการร้องทุกข์สองชั้น หรืออาจพิจารณาการสร้างทางเลือก ในระบบการระงับข้อพิพาท นอกเหนือจากวิธีการประนีประนอมข้อพิพาท อาทิ การไกล่เกลี่ย หรือ อนุญาโตตุลาการ เพื่อเป็นทางเลือกเพิ่มเติมให้กับผู้เสียหายในการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์

เมื่อพิจารณากลไกการคุ้มครองในระดับศาล พบว่า ยังมีอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้กลไกการคุ้มครอง ทำงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกลไกของศาลยังมีความล่าช้าอยู่มาก นอกจากนั้น ในการพิจารณา การเลือกปฏิบัติในศาลพบว่า กฎหมายมิได้อนุญาตให้หน่วยงาน หรือองค์กรภาคประชาสังคม สหภาพ เป็นผู้ฟ้องแทนผู้เสียหาย ซึ่งในประเด็นนี้ ถือว่ามีความสำคัญต่อกรณีผู้เสียหายจากการถูกเลือกปฏิบัติ รวมถึงตลอดถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย ทั้งนี้เพราะการเป็นตัวแทนดำเนินการฟ้องหรือร้องทุกข์แทนโดยองค์กรดังกล่าว ทำให้กระบวนการร้องทุกข์มีระบบ และเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้เสียหายตัดสินใจทำการร้องทุกข์จากการถูกเลือก ปฏิบัติมากขึ้น เพราะบางกรณีผู้เสียหายอาจไม่ต้องการเปิดเผยตัวเองเนื่องจากความหวาดกลัวต่อการตกเป็นเหยื่อ ซ้ำสอง (re-victimisation) ประเด็นสำคัญประการสุดท้ายคือ บทลงโทษ ซึ่งภายใต้กฎหมายปัจจุบันกำหนดให้ ศาลหรือคณะกรรมการวินิจฉัยคดีไม่มีอำนาจในการลงโทษทางอาญา หรือการเยียวยาที่เป็นการป้องกันหรือ แก้ไข นอกจากนี้จะมีคำสั่งให้ชดเชยค่าเสียหายเพื่อเยียวยาการกระทำอันเป็นการเลือกปฏิบัติเท่านั้น⁴⁴

แนวนโยบายด้านการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ : แนวปฏิบัติที่ดี

รัฐบาลแห่งเครือรัฐออสเตรเลีย โดยกรมสุขภาพและผู้สูงอายุ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการ นำนโยบายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ไปปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลแห่งเครือรัฐออสเตรเลียมี เจตจำนงในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้มีการดำเนิน กิจกรรมตามยุทธศาสตร์ด้านเอดส์แห่งชาติฉบับที่ 6 ครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี 2553 - 2556 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้กำหนดแนวทางและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ อาทิ มาตรการป้องกัน การตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษา โดยมุ่งเน้นที่การทำงานร่วมกับภาคีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อาทิ ชุมชน สถาบันวิจัย นักวิชาการด้านการแพทย์ กรมสุขภาพทั้งในระดับเครือรัฐ และรัฐต่างๆ

ยุทธศาสตร์ด้านเอดส์แห่งชาติให้ความสำคัญกับมาตรการแก้ไขปัญหาในประเด็นดังต่อไปนี้ มาตรการ ป้องกัน การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาพยาบาล กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและการขจัด การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การควบคุมดูแล และการวิจัย ยุทธศาสตร์ด้านเอดส์แห่งชาติยังได้กำหนด กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายรักชาย กลุ่มชนพื้นเมือง กลุ่มคนที่เดินทางมาจากประเทศที่ประสบปัญหาการแพร่เชื้อสูง กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ใช้ ยาเสพติด

⁴⁴ HIV/AIDS Legal Centre, *Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws*, February 2012, visited <http://halc.org.au/wp-content/uploads/2013/04/Consolidation-of-Discrimination-Legislation.pdf> และ Attorney – General’s Department, *Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws - Discussion Paper*, September 2011, visited <http://www.ag.gov.au/Consultations/Documents/ConsolidationofCommonwealthanti-discriminationlaws/Consolidation%20of%20Commonwealth%20Anti-Discrimination%20Laws.pdf>

จากยุทธศาสตร์ด้านเอดส์แห่งชาติสู่การปฏิบัติพบว่า การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยรัฐบาล เครือรัฐออสเตรเลียเน้นมีจุดแข็งที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ คือ การประสานความร่วมมือกับชุมชน กลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประเภทต่างๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน นอกจากนี้รัฐบาลได้นำเอาแนวปฏิบัติในระดับสากลมาใช้ในระดับประเทศ ส่งผลให้รัฐบาลสามารถควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่ต่ำ การที่รัฐบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลสามารถดำเนินโครงการต่างๆ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีประเภทต่างๆ อาทิ การดำเนินโครงการเข็มฉีดยาซึ่งทำให้ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน นอกจากนี้พบว่า ในปี 2553-2556 รัฐบาลได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติเพื่อลดและควบคุมการติดเชื้อจากเลือดและการมีเพศสัมพันธ์ โดยเน้นให้ความสำคัญต่อหลักการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนซึ่งถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อความสำเร็จในการดำเนินนโยบายด้านเอดส์แห่งชาติ ในส่วนของการดำเนินการทางกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ รัฐบาลในฐานะที่เข้าร่วมกับนานาประเทศแสดงเจตจำนงในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ก่อตั้งกลุ่มทำงานด้านกฎหมายเพื่อศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคของกฎหมายต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในมาตรการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การให้บริการและรักษา พร้อมทั้งมีการติดตามตรวจสอบกระบวนการทำงาน และการจัดทำรายงานความก้าวหน้าโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลกิจกรรมต่างๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านเอดส์⁴⁵

2.2.2 ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์

ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์เป็นอีกประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในอัตราที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามในการแก้ไขปัญหากลับกับโรคเอดส์ รัฐบาลได้ดำเนินการภายใต้กรอบกฎหมายและนโยบายดังต่อไปนี้

- Constitution of 1987
- Labour Code No.442 of 1 May 1974
- The Philippines AIDS Prevention and Control Act No. 8504 of 13 January, 1998

จากการศึกษา พบว่า หลักการว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติสำหรับประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ปรากฏอยู่ใน Constitution of 1987 Article III Section 1 โดยมีการบัญญัติหลักการไม่เลือกปฏิบัติสำหรับแรงงาน อยู่ใน Labour Code No.442 of 1 May 1974 สำหรับการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ได้บัญญัติและประกาศใช้พระราชบัญญัติ The Philippines AIDS Prevention and Control Act, 1998 ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์เป็นการเฉพาะ บทบัญญัติหลักของกฎหมายฉบับนี้รับเอาหลักการสำคัญว่าด้วยหลักสิทธิมนุษยชนมาบังคับใช้ และได้กำหนดให้รัฐมีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. รัฐมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการสร้างความตระหนักของสาธารณะเกี่ยวกับสาเหตุและลักษณะของการแพร่เชื้อเอชไอวี ผลกระทบ วิธีการป้องกันและควบคุมโรค โดยการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ในสถาบันทางสังคมระดับต่างๆ รวมถึงตลอดถึงสถาน

⁴⁵ ดูเพิ่มเติม Global AIDS Progress Report, *Country Progress Report: Australia 2012*, (Geneva: UNAIDS), 2012

ประกอบการ ทั้งนี้รัฐจะต้องส่งเสริมให้ให้บุคคล ชุมชน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ความรู้อย่างทั่วถึง

2. รัฐจะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ที่เข้าข่ายเป็นผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอย่างเต็มที่ และต้องเคารพในสิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมืองของกลุ่มบุคคลดังกล่าว โดยให้ความสำคัญกับกรณีดังต่อไปนี้
 - การตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่เป็นการบังคับถือเป็นการกระทำผิดกฎหมาย เว้นแต่ในกรณีมีกฎหมายบัญญัติเป็นการเฉพาะ
 - สิทธิส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการรับรองคุ้มครอง
 - การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ที่น่าจะเป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกรูปแบบถือเป็นการปฏิบัติต่อบุคคลและผลประโยชน์ของชาติ
 - การจัดให้มีการบริการสาธารณสุขต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการรับรอง
3. รัฐจะต้องส่งเสริมให้มีความปลอดภัยอย่างสูงและการป้องกันในการปฏิบัติและกระบวนการที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวี
4. รัฐจะต้องดำเนินการเพื่อขจัดสถานะที่อาจก่อให้เกิดการระบาดของเชื้อเอชไอวี อาทิ ความยากจน ความไม่เท่าเทียม การค้าประเวณี การทำให้เป็นชายขอบ การใช้ยาเสพติด เป็นต้น
5. รัฐจะต้องตระหนักถึงบทบาทของบุคคลในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และควรใช้ประสบการณ์ต่างๆ นั้นในการให้ข้อมูลต่อสาธารณะ⁴⁶

จากการศึกษาพบว่ากฎหมายมุ่งให้ความสำคัญต่อการเคารพและรับรองหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. หลักการการไม่เลือกปฏิบัติ (Non-Discrimination) ในที่นี้จะทำการวิเคราะห์กรณีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในการประกอบอาชีพ ซึ่งถือเป็นกรณีหนึ่งในหลายกรณีที่กฎหมายบัญญัติห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ พบว่า ในการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในการประกอบอาชีพ กฎหมายให้ความสำคัญต่อกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และบริษัทจัดหางาน กล่าวคือ นายจ้างจะต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเข้าใจ หรือสงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ ในการประกอบอาชีพ ทั้งก่อนและหลังการจ้างงาน รวมถึงตลอดถึงระหว่างการจ้าง การเลื่อนตำแหน่ง การสิ้นสุดการจ้างงานเนื่องมาจากเป็นผู้ติดเชื้อ หรือเข้าใจหรือสงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อาจกระทำได้อาจถือเป็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากมีสถานภาพเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี กฎหมายกำหนดให้การกระทำดังกล่าวเป็นความผิดทางอาญามีโทษปรับและจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 4 ปี⁴⁷

2. หลักสิทธิส่วนบุคคล (Privacy) ในโลกแห่งการทำงาน การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยปราศจากความยินยอมสมัครใจ ในฐานะเป็นเงื่อนไขบังคับก่อนการจ้างงานไม่อาจกระทำได้อ่างไรก็ดี การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือประวัติของบุคคลสามารถกระทำได้ ทั้งนี้รัฐจะต้องจัดหากลไกที่เหมาะสมเพื่อประกันการตรวจและการเข้ารับการรักษาโดยไม่เปิดเผยชื่อสถานภาพ⁴⁹

⁴⁶Section 2

⁴⁷Section 35 and 42

⁴⁸Section 16

⁴⁹Section 18

3. หลักการรักษาความลับ (Confidentiality) ในโลกแห่งการทำงาน กฎหมายกำหนดให้ นายจ้าง ลูกจ้างและบริษัทจัดหางานมีหน้าที่ในการรักษาความลับโดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตลักษณ์และสถานภาพของบุคคลที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁵⁰

นอกจากนี้ กฎหมายมุ่งส่งเสริมการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์อย่างรอบด้านและได้มีบทบัญญัติเป็นการเฉพาะเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ในสถานประกอบการด้วยโดยนายจ้างมีหน้าที่สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ นายจ้างมีหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่เป็นมาตรฐานกับภาครัฐและลูกจ้างทุกคน โดยจะต้องจัดทำข้อมูลดังกล่าวในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศพนักงาน การฝึกอบรม และแผนงานของฝ่ายพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ดังกล่าวกระทรวงแรงงานและการจ้างงานเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการตรวจสอบกิจกรรมการรณรงค์ในภาคเอกชนทั้งหมด⁵¹

กฎหมายบัญญัติให้มีการตั้งหน่วยงานกลางในการกำหนดนโยบายและวางแผนงานในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี คือ สภาเอดส์แห่งชาติ (The Philippine National AIDS Council) หรือ PNAC⁵²

แนวนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดีในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์

รัฐบาลสาธารณรัฐฟิลิปปินส์มีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านกรอบกฎหมายและนโยบายด้านต่างๆ ในการนี้ PNAC ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักจะทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ และเป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านโรคเอดส์ อีกทั้งยังเป็นหน่วยงานในการติดตามประเมินผลและจัดทำข้อเสนอแนะต่อการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ รัฐบาลได้ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านเอดส์ระยะกลาง(The AIDS Medium – Term Plan) ซึ่งวางแนวทางในการตัดสินใจระดับนโยบาย และการจัดลำดับความสำคัญของแผนงาน รวมตลอดถึง การจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ รัฐบาล กลุ่มนายจ้าง กลุ่มลูกจ้าง และองค์กรภาคประชาสังคม เป็นต้น ปัจจุบันมีการดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านเอดส์ระยะกลางฉบับที่ 5 มีระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่ปี 2554 – 2559 โดยยุทธศาสตร์ฉบับดังกล่าวมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและลดจำนวนการตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือการตายที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ผ่านมาตรการการป้องกัน การดูแลรักษา และการปรับปรุงการดำเนินนโยบาย การบริหารจัดการและการประสานงานให้มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รวมตลอดถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการนำยุทธศาสตร์แห่งชาติดังกล่าวไปปฏิบัติ⁵³

⁵⁰Section 30

⁵¹Section 6

⁵²Sections 43-48

⁵³Global AIDS Progress Report, *Country Progress Report: The Philippines 2010 -2011*, (Geneva: UNAIDS), หน้า 18 -20 และดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_172919/lang-en/index.htm

สำหรับการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับเอดส์และการประกอบอาชีพ พบว่า สภาองค์กรนายจ้างแห่งประเทศไทย สาธารณรัฐแห่งฟิลิปปินส์ได้ร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศจัดทำคู่มือสำหรับการปฏิบัติการว่าด้วยการบริหารจัดการด้านเอชไอวี/เอดส์ในสถานประกอบการ โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการสร้างความตระหนักรู้ และพัฒนาศักยภาพของนายจ้างในการดำเนินการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในสถานประกอบการอย่างรอบด้าน คู่มือดังกล่าวประกอบไปด้วยเนื้อหาที่สำคัญดังต่อไปนี้

- กรอบกฎหมายระดับประเทศ และระดับระหว่างประเทศ
- การเตรียมพร้อมสถานประกอบการ
- การป้องกัน และการให้ความรู้
- การลดการตีตรา และการไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ
- การดูแลรักษาและการให้การสนับสนุน
- การสร้างเครือข่ายและการส่งต่อ
- การติดตามประเมินผลและการทำรายงาน⁵⁴

อย่างไรก็ดี แม้จะมีกฎหมายและแนวนโยบายที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการเฉพาะ แต่ก็ดูเหมือนว่า ประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ยังไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติในปี 2000 ที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุก 3 วัน เป็น 9 ราย ต่อวันในปี 2012 และการมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกชั่วโมงในปี 2013⁵⁵

2.2.3 ประเทศสหราชอาณาจักร

ในประเทศสหราชอาณาจักร รัฐบาลได้มีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดมาอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีได้ จากการสำรวจในปี 2555 พบว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 98,400 คน ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในปี 2555 พบว่า 1.5 คน ใน 1,000 คน⁵⁶ ในขณะที่มีผู้เสียชีวิตจากเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 1 โดยในปีดังกล่าวนี้ มีผู้เข้ารับการรักษาเชื้อเอชไอวี จำนวนทั้งสิ้น 2.1 ล้านคนเฉพาะในอังกฤษ⁵⁷ ปัจจุบันการดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ รวมถึงลดการจัดสรรงบประมาณการดำเนินการต่างๆ ให้กับองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อร่วมดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) และมีหน่วยงานที่ชื่อว่า The Health Protection Agency (HPA) ซึ่งเป็นหน่วยงานบริหาร ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ทบทวนความคืบหน้าในการดำเนินนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และการทำงานกับ

⁵⁴ ดูเพิ่มเติม http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_117536.pdf

⁵⁵ UN alarmed by increasing HIV-AIDS incidence in the Philippines, *Business Mirror* 28 August 2013 [online] retrieved from <http://www.businessmirror.com.ph/index.php/en/news/nation/18619-un-alarmed-by-increasing-hiv-aids-incidence-in-the-philippines>

⁵⁶ Visited http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317140300680

⁵⁷ Visited <http://www.nat.org.uk/HIV-Facts/Statistics/Latest-UK-statistics/People-with-HIV-in-UK.aspx>

กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มากขึ้นในส่วนของกลไกการติดตามและประเมินผลการทำงานพบว่า สหราชอาณาจักรมีระบบการติดตามและประเมินผลและระบบฐานข้อมูลที่เข้มแข็ง โดย HPA เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการประสานและวิเคราะห์ข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานด้านเอชไอวี

ในส่วนของการพัฒนากรอบกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ก่อนปี พ.ศ. 2553 สิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรับรองและคุ้มครองภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยจัดการเลือกปฏิบัติซึ่งในประเทศสหราชอาณาจักรมีกฎหมายในหมวดดังกล่าวถึง 3 พระราชบัญญัติหลักด้วยกัน กล่าวคือ

1. พระราชบัญญัติการเลือกปฏิบัติทางเพศ พ.ศ. 2518 (1975)
2. พระราชบัญญัติการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ พ.ศ. 2519 (1976)
3. พระราชบัญญัติการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ พ.ศ. 2538 (1995) แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2548 (2005)

สำหรับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ได้กำหนดให้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ พ.ศ. 2538 โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวได้บัญญัติไว้ว่า ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยเหตุแห่งความพิการ⁵⁸ ในกรณีดังต่อไปนี้ การศึกษา การจ้างงาน การเข้าร่วมเป็นสมาชิกของสหภาพ การจัดการที่อยู่อาศัย การเข้าถึงสินค้า บริการและเครื่องอำนวยความสะดวก เป็นต้น สำหรับประเด็นการจ้างงานนั้นกฎหมายได้บัญญัติให้มีผลบังคับใช้ทั้งในประเทศอังกฤษ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์เหนือและเวลส์

อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีกฎหมายที่รับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติ แต่ก็พบว่า การบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากความซ้ำซ้อนและความไม่สอดคล้องของตัวบทกฎหมายในการส่งเสริมความเท่าเทียมและการจัดการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังพบว่าในส่วนของพระราชบัญญัติการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ พ.ศ. 2538 นั้นยังมีช่องว่างที่ส่งผลในเชิงลบต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

- แม้ว่ากฎหมายกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับความคุ้มครองตาม พรบ. ฉบับนี้ แต่ต้องเป็นผู้ติดเชื้อที่จะต้องแสดงให้เห็นถึงอาการของโรคให้ปรากฏเท่านั้น บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่แสดงอาการจะไม่ได้การคุ้มครองตามพระราชบัญญัติฉบับนี้
- กฎหมายฉบับนี้จะไม่ขยายความคุ้มครองไปยังบุคคลที่เชื่อว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงบุคคลผู้ใกล้ชิด เช่น สมาชิกครอบครัว ก็จะไม่อยู่ในความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติฉบับนี้
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตโดยใช้เข็มฉีดยาจะไม่ได้การคุ้มครองตามกฎหมายฉบับนี้
- กฎหมายไม่ใช้บังคับกับนายจ้างหรือสถานประกอบการขนาดเล็ก เฉพาะนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 15 คนขึ้นไปเท่านั้นถึงจะอยู่ในบังคับของกฎหมายฉบับนี้
- กฎหมายยกเว้นไม่บังคับใช้ในกรณีการประกอบอาชีพ อาทิ การรับราชการทหาร ตำรวจ และไม่มีผลบังคับใช้กับองค์กรวิชาชีพ อาทิ เนติบัณฑิตยสภา
- การไล่ออกจากงานเนื่องมาจากเหตุอื่นนอกเหนือไปจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การละเมิดข้อสัญญา เช่น การสิ้นสุดสัญญาจ้างงานเนื่องจากไม่มีเงินจ้าง ไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้⁵⁹

⁵⁸ Chapter 13, Section 18 ได้กำหนดให้ การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นประเภทหนึ่งของความพิการที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ (The Disability Discrimination Act 2005 (DDA))

⁵⁹ National AIDs Trust, *Overview of UK Anti-Discrimination Law: Fact Sheet 6*, February 2003, www.ayouhivprejudice.org

ในปี 2553 เพื่อแก้ไขปัญหาในการบังคับใช้พระราชบัญญัติ DDA รัฐบาลได้ยกเลิกพระราชบัญญัติ DDA และประกาศใช้กฎหมายว่าด้วยความเสมอภาค (Equality Act 2010) โดยพระราชบัญญัติว่าด้วยความเสมอภาคนี้มีผลบังคับใช้ในประเทศอังกฤษ เวลส์ และสกอตแลนด์ ยกเว้นในไอร์แลนด์เหนือ วัตถุประสงค์ของการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว เพื่อ:

- ความสอดคล้องและทำให้บทบัญญัติว่าด้วยความเสมอภาคถูกบังคับใช้ภายใต้พระราชบัญญัติเดียวเพื่อลดความทับซ้อน
- ความชัดเจนของคำนิยามความหมายของ “การเลือกปฏิบัติ”, “การล่วงละเมิด” และ “การข่มขู่” และการปรับใช้ความหมายของคำดังกล่าวในเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติที่กฎหมายรับรอง
- การกำหนดหน้าที่เชิงบวกให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคในทุกรูปแบบ และกำหนดหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐต่อการดำเนินงานโดยพิจารณาต่อความเสียหายเปรียบในเชิงสังคมเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเวลาการกำหนดนโยบาย⁶⁰

สำหรับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติความเสมอภาคนั้นกฎหมายคุ้มครองลักษณะที่สำคัญที่เป็นเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติ ซึ่งหนึ่งในลักษณะดังกล่าวได้แก่ การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ มาตรา 6 (1) แห่งพระราชบัญญัติความเสมอภาค ได้ให้นิยามความหมายของ “ความพิการ” หมายถึง ความบกพร่อง/ความผิดปกติทางกาย ทางจิตใจ และความบกพร่อง/ความผิดปกตินั้นจะต้องมีผลกระทบซึ่งเป็นผลเสียในระยะยาวและเป็นผลกระทบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเป็นปกติ นอกจากนี้ พระราชบัญญัตินี้ ยังกำหนดบทบัญญัติคุ้มครองบุคคลที่เป็นโรคมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคปลูกประสาทเสื่อมในความหมายของความพิการอันเนื่องมาจากการมีเงื่อนไขด้านการรักษาที่ชัดเจน⁶¹ โดยกฎหมายฉบับนี้ให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้ได้ขยายความคุ้มครองในประเด็นที่เกี่ยวข้องเป็นเวลาของความพิการซึ่งให้การคุ้มครองไม่เพียงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการเท่านั้น แต่ยังให้ขยายความคุ้มครองถึงบุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีแม้จะไม่ได้แสดงอาการ

จากการศึกษาพบว่า การกระทำที่ถือเป็นความผิดภายใต้กฎหมายฉบับนี้ คือ 1) การเลือกปฏิบัติ ซึ่งประกอบไปด้วยการเลือกปฏิบัติโดยตรง (การปฏิบัติที่แยกจากการปฏิบัติต่อผู้อื่น)⁶² และโดยอ้อม (การสร้างอุปสรรคหรือเงื่อนไขโดยไม่จำเป็น)⁶³ รวมถึงการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความแตกต่างที่มีสองลักษณะขึ้นไป เช่น เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นกลุ่มที่มีรสนิยมทางเพศในลักษณะชายรักชาย ซึ่งมักจะถูกเลือกปฏิบัติจากการมีลักษณะทั้งสองประการในเวลาเดียวกัน สำหรับบริบทของการจัดการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ พบว่า การปฏิบัติที่เป็นพิเศษมากกว่าผู้อื่นเป็นสิ่งที่กระทำได้และไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติ 2) การล่วง

⁶⁰ Bob Hepple, The New Single Equality Act in Britain, 5 *The Equal Right Review* 2010, 11

⁶¹ Part 2, Chapter 1, Para 6 (a), (b) และ Sch 1: Supplementary Provision, Para 6, the Equality Act 2010

⁶² High Quality Lifestyles VS Watt , **Employment Appeal Tribunal, April 2006, UKEAT/0671/05/ZT** ซึ่งคณะกรรมการอุทธรณ์แรงงาน (Employment Appeal Tribunal) ได้วางหลักเกี่ยวกับ การเลือกปฏิบัติโดยตรงไว้ ซึ่งผู้ร้องเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและทำงานในสถานพยาบาลผู้ป่วยทางจิต ซึ่งบางครั้งพนักงานอาจถูกผู้ป่วยขวนหรือกัดได้ ผู้ร้องไม่ได้แจ้งให้นายจ้างทราบถึงการเป็นผู้ติดเชื้อตอนสมัครงาน แต่หลังจากได้งานผู้ร้องแจ้งให้นายจ้างทราบและไม่ได้ทำงาน หลังจากนั้นผู้ร้องถูกไล่ออกจากการจากการประเมินความเสี่ยง โดยแนวทางปฏิบัติของกรมสาธารณสุขในปี 2548 อนุญาตให้ผู้ติดเชื้อไวรัสโดยทางเลือดสามารถทำงานในสถานพยาบาลผู้ป่วยทางจิตซึ่งอาจมีความเสี่ยงจากการถูกกัดได้ ซึ่งหลักฐานต่างๆยังไม่เป็นที่ยุติและยังต้องมีการทบทวนศึกษาต่อไป ดังนั้นคณะกรรมการวินิจฉัยตัดสินให้นายจ้างมีความผิดเนื่องจากการเลือกปฏิบัติโดยตรง การประเมินความเสี่ยงโดยนายจ้างไม่อาจนำมาอ้างได้ และนายจ้างมีความผิดเนื่องจากไม่ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสภาพการทำงานให้เหมาะสม (reasonable adjustment) ต่อสภาพแห่งความพิการของลูกจ้าง

⁶³ Chapter 2, Sections 13, 14, 19

ละเมิด⁶⁴ และ 3) การข่มขู่ หรือทำให้บุคคลอื่นตกเป็นเหยื่อ⁶⁵ กรณีการเลือกปฏิบัติจากการประกอบอาชีพ พบว่า กฎหมายฉบับดังกล่าวได้บัญญัติห้ามมิให้นายจ้าง ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมตลอดถึง ผู้ประกอบการ เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการจ้างงาน และห้ามมิให้มีการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพและความพิการก่อนการจ้างงาน⁶⁶ เพื่อส่งเสริมการจัดการเลือกปฏิบัติ นายจ้างมีหน้าที่ในการดำเนินงานต่างๆ ในการจัดการเลือกปฏิบัติ การปรับปรุงกรณีต่างๆ ให้เหมาะสมกับผู้พิการ อาทิ การปรับปรุงในเรื่องของเกณฑ์และ แนวปฏิบัติที่ส่งผลให้ผู้พิการเสียเปรียบ การจัดให้มีเครื่องช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อประกันว่าผู้พิการจะไม่ เสียเปรียบบุคคลอื่นๆ เป็นต้น⁶⁷ นอกจากนี้พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้ขยายความคุ้มครองไปยังบุคคลผู้ใกล้ชิด กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย⁶⁸

พระราชบัญญัติว่าด้วยความเสมอภาค พ.ศ.2553 (2010) กำหนดให้มีการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อส่งเสริม สิทธิในความเสมอภาค โดยให้ความสำคัญต่อวิธีการในสัดส่วนที่เหมาะสม (proportionate means) เพื่อ บรรลุเป้าหมายสำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ การส่งเสริมให้บุคคลที่ถูกเลือกปฏิบัติตามลักษณะที่กฎหมาย รับรองคุ้มครองให้ลดข้อเสียเปรียบที่เกี่ยวข้องกับเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติ; สนองตอบความต้องการของบุคคล ที่มีลักษณะที่เป็นเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติร่วมกันซึ่งแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ หรือส่งเสริมให้บุคคลที่มีลักษณะที่ เป็นเหตุแห่งการเลือกปฏิบัติร่วมกันเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่บุคคลกลุ่มดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เช่น การจัดการฝึกอบรมโดยมีกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มที่เสียเปรียบสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง⁶⁹ ในมาตรา 159 แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยความเสมอภาคกำหนดให้มีการปฏิบัติเชิงบวกกรณีการจ้างงานและการเลื่อน ตำแหน่ง เป็นต้น

กรณีการบังคับใช้กฎหมายในส่วนที่เกี่ยวกับการจ้างงาน พบว่า พระราชบัญญัติกำหนดขยายบทบาท และหน้าที่ของคณะกรรมการการจ้างงาน (employment tribunal) ในมาตรา 124 โดยให้คณะกรรมการฯ มี อำนาจจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อให้นายจ้างขจัดหรือลดผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติต่อผู้เสียหาย และมีอำนาจ แนะนำให้สถานประกอบการดำเนินการลดผลกระทบในเชิงลบของการเลือกปฏิบัติในสถานประกอบการ เช่น การกำหนดนโยบายการจ้างงานที่ให้โอกาสที่เท่าเทียม แม้ว่าข้อเสนอแนะนี้จะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ หากสถานประกอบการไม่ดำเนินการตามข้อเสนอแนะอาจใช้เป็นหลักฐานในการฟ้องร้องคดีที่เกี่ยวข้องกับการ เลือกปฏิบัติกรณีอื่นๆ นอกจากนี้ในการพิจารณาคดี ให้การพิจารณาพิสูจน์ตกแก่ผู้ถูกกล่าวหา เมื่อคำร้อง/คำฟ้อง ของผู้ร้องมีความชัดเจน เว้นแต่การฟ้องคดีอาญาให้การพิจารณาพิสูจน์เป็นไปตามหลักการพิจารณาคดีอาญา กล่าวคือ หลักการปราศจากเหตุแห่งความสงสัย⁷⁰

⁶⁴ Chapter 2, Section 26

⁶⁵ Chapter 2, Section 27

⁶⁶ Section 60

⁶⁷ Section 39 (5)

⁶⁸ Chapter 2, Sects 26 - 27

⁶⁹ Section 158

⁷⁰ Section 136

2.3 กฎหมายและแนวนโยบายของรัฐ หลักการและมาตรการของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจากเวทีโลกในการมุ่งมั่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่มีความก้าวหน้า ทั้งในการดำเนินการป้องกัน การดูแลรักษาและการให้บริการ และการพยายามพัฒนากรอบกฎหมายและนโยบายในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีในระดับสากล แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่บัญญัติเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเป็นการเฉพาะ มีเพียงการริเริ่มจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักนายกรัฐมนตรี แต่เนื้อหาในร่างกฎหมาย ถูกวิจารณ์ว่ามีแนวโน้มที่จะยิ่งซ้ำเติมการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อมากกว่า⁷¹ นอกจากนี้ ในปัจจุบัน มีแรงกระตุ้นจากกลุ่มคนพิการให้มีการร่างกฎหมายเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติในภาพรวมในสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.)⁷² ด้วย แต่เนื่องจากยังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน จึงยังไม่มีความก้าวหน้าเท่าใดนัก⁷³

ในปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายและนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

ในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นต่างๆ รวมถึงสิทธิมนุษยชนในการประกอบอาชีพอยู่ภายใต้การรับรองและคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศโดยมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้

- ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในฐานะสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่สำคัญ (มาตรา 4 และ 28) ซึ่งบุคคลจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิและการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากรัฐและบุคคลอื่นๆ

- หลักความเสมอภาค และการไม่เลือกปฏิบัติ⁷⁴ อาจกล่าวได้ว่า นอกจากความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติในความหมายทั่วไป แล้วมาตรา 30 วรรคสามแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้นำหลักการที่เรียกว่า การเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรม (positive discrimination) เพื่อยืนยันว่าในกรณีที่มีการเลือกปฏิบัติ รัฐสามารถกระทำได้หากการเลือกปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปเพื่อการขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น นอกจากนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองความเสมอภาคเท่าเทียม รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้รัฐมีหน้าที่ในการดำเนินนโยบายด้านต่างๆ รวมถึงการดำเนินนโยบายด้านกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมเพื่อประกันหลักความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย ซึ่งบุคคลต้อง

⁷¹ ข้อสังเกตจากประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) ในการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษา 16 พฤศจิกายน 2556

⁷² คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย หน่วยงานที่ตั้งขึ้นตามบทบัญญัติในมาตรา 81(3) ประกอบกับมาตรา 308 วรรคหนึ่งของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่บัญญัติให้รัฐต้องตั้งให้มีการจัดตั้งองค์กรเพื่อการปฏิรูปกฎหมายที่เป็นอิสระเพื่อปรับปรุงและพัฒนากฎหมายของประเทศและปรับปรุงกฎหมายให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ โดยต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายนั้นประกอบด้วย รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการร่างกฎหมายของประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง (หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย พ.ศ.2553)

⁷³ คุณสนธิ ไชยรส คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย กล่าวถึงความเคลื่อนไหวเรื่องนี้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษา 16 พฤศจิกายน 2556

⁷⁴ อาทิ มาตรา 4, 5, 28, 30, 35 และ 51 เป็นต้น

ได้รับความคุ้มครองโดยไม่แบ่งแยก อาทิ การดูแลให้มีการปฏิบัติและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เป็นธรรมและทั่วถึง⁷⁵ เป็นต้น

- หลักสิทธิส่วนบุคคล (privacy) ซึ่งหมายถึงสิทธิของบุคคลที่จะอยู่โดยลำพังปราศจากการแทรกแซงของบุคคลอื่น โดยรัฐต้องให้ความคุ้มครองและเป็นสิทธิที่ล่วงละเมิดไม่ได้ **เว้นแต่เพื่อประโยชน์ของสาธารณะ** โดยรัฐธรรมนูญได้มีการรับรองและคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลในหลายมาตรา อาทิ มาตรา 35 ให้ความคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องการเผยแพร่ข้อมูลที่กระทบถึงสิทธิส่วนบุคคล ส่วนมาตรา 44 คุ้มครองหลักประกันเรื่องความปลอดภัยและสวัสดิการในการทำงาน และมาตรา 51 คุ้มครองสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน⁷⁶

นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังได้กำหนดหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติตามนโยบายของรัฐและพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม⁷⁷ ในประเด็นด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้มีการจัดตั้งองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ ได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชนในทุกด้าน รวมถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3.2 กฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์: กรณีการจ้างงาน

นอกจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่บัญญัติคุ้มครองและรับรองสิทธิของบุคคล ซึ่งสามารถนำมาบังคับใช้กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกละเมิดสิทธิ แล้วยังมีกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ และอนุบัญญัติอื่นๆ ที่สามารถนำมาบังคับใช้กับกรณีการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาบริการอื่นๆ ดังต่อไปนี้

- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 และพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลแรงงานและวิธีพิจารณาคดีแรงงาน พ.ศ. 2522 โดยเฉพาะในการคุ้มครองแรงงานตามหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติและการห้ามมิให้มีการล่วงละเมิดทางเพศต่อลูกจ้าง นอกจากนี้ หากลูกจ้างไม่ได้รับความเป็นธรรมในกรณีไล่ออกจากงานด้วยเหตุจากการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานมีบทบัญญัติคุ้มครองในส่วนที่เกี่ยวกับค่าชดเชยและการเลิกจ้างที่ไม่เป็นธรรม และกำหนดให้แรงงานผู้ถูกละเมิดสิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ให้แรงงานมีสิทธิร้องทุกข์ต่อพนักงานตรวจแรงงานหรือฟ้องคดีต่อศาลแรงงาน นอกจากนี้ในส่วนที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแรงงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แรงงานซึ่งเป็นผู้ประกันตนภายใต้กองทุนประกันสังคมและเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งได้มีการประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์ให้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ตามมติคณะกรรมการแพทย์

- ประมวลกฎหมายอาญา พบว่า การเปิดเผยความลับเกี่ยวกับสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นความผิดฐานฐานหมิ่นประมาท⁷⁸ และมีความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะ 5 ละเมิด

⁷⁵ มาตรา 81 (1)

⁷⁶ อาทิ มาตรา 35, 44, 51

⁷⁷ อาทิ มาตรา 80 – 82

⁷⁸ มาตรา 322 - 333

อย่างไรก็ดี พบว่ายังมีกฎหมายลูก เช่น ระเบียบหน่วยงานอีกบางฉบับบัญญัติขัดหรือแย้งต่อหลักการที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้ให้การรับรองและคุ้มครอง โดยเฉพาะในกรณีสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน อาทิ

1. ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติว่าด้วยเรื่อง รับสมัครและสอบแข่งขันบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรี เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน พ.ศ. 2551 ระบุว่า ผู้สมัครสอบต้องมีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามประกาศซึ่งได้ระบุโรคต้องห้ามไว้หลายโรค หนึ่งในจำนวนหลายโรคคือโรคเอดส์ (ข้อ 11.8.5)

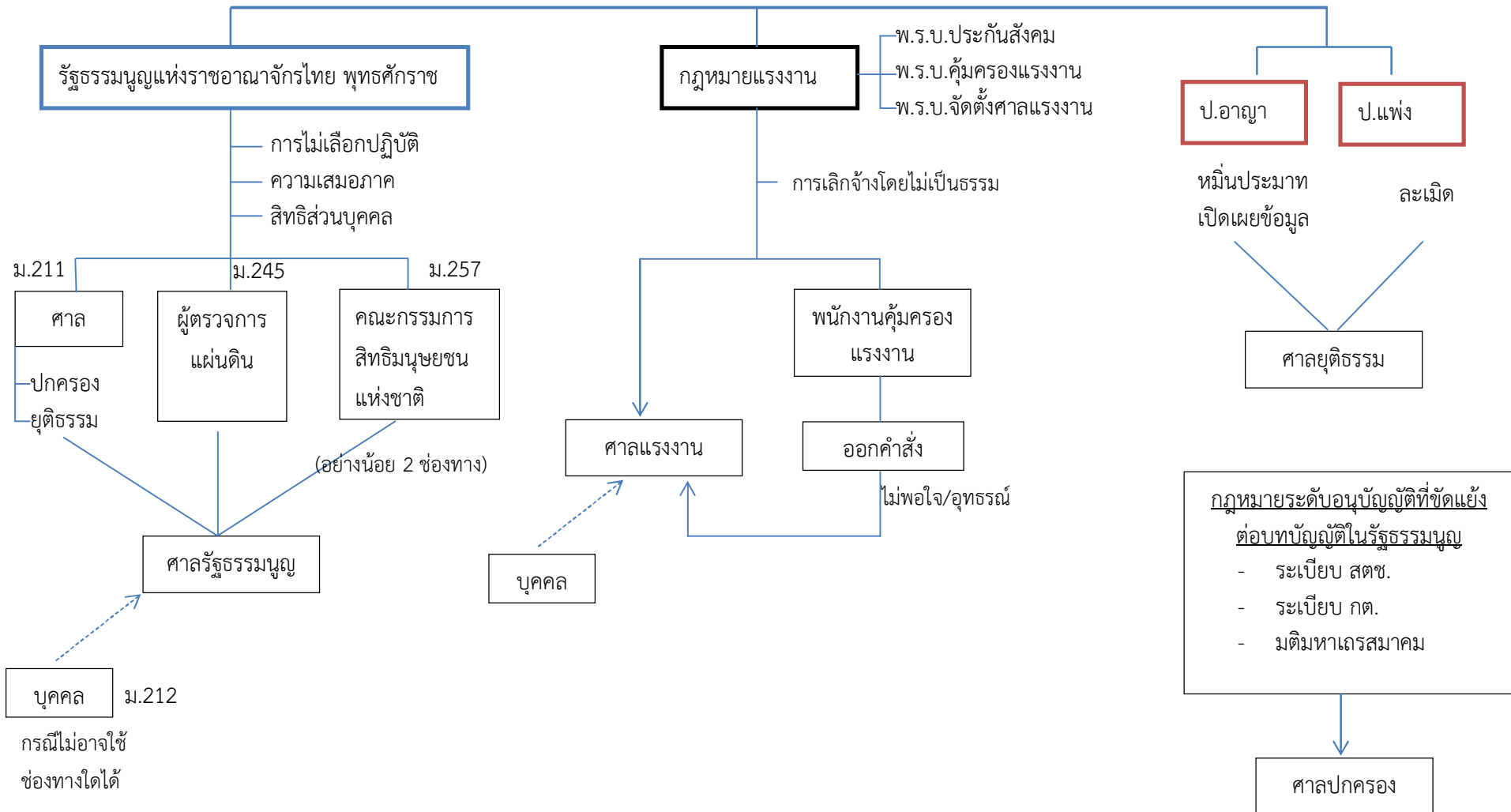
2. ระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรมว่าด้วยโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ พ.ศ. 2545 เป็นระเบียบที่ออกตามระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรม ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครสอบคัดเลือก ผู้สมัครทดสอบความรู้ หรือผู้สมัครเข้ารับการศึกษาพิเศษ เพื่อบรรจุเป็นข้าราชการตุลาการในตำแหน่งผู้ช่วยผู้พิพากษา พ.ศ. 2545 ระเบียบทั้งสองฉบับประกาศใช้ ณ วันที่ 10 มกราคม 2545 กำหนดเงื่อนไขเรื่องโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ แม้ไม่ได้กำหนดเรื่องโรคเอดส์ไว้โดยแจ้งชัด แต่ตามระเบียบข้อ 3(6) ได้กำหนดเรื่องโรคติดต่อที่เป็นเหตุให้ไม่เหมาะสมที่จะเป็นข้าราชการตุลาการซึ่งอาจมีการใช้ดุลพินิจหรือการปฏิบัติอันเป็นการรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอดส์ได้

3. กฎมหาเถรสมาคมฉบับที่ 17 (พ.ศ. 2536) ว่าด้วยการแต่งตั้ง ถอดถอนพระอุปัชฌาย์ หมวด 3 ซึ่งกำหนดให้พระอุปัชฌาย์งดเว้นการให้บรรพชาอุปสมบทแก่คนต้องห้าม รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย ซึ่งเข้าข่ายการปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมและถือเป็นการเลือกปฏิบัติเนื่องด้วยเหตุแห่งการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อพิจารณาประเด็นกลไกการคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติจากการทำงาน พบว่าคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติถือเป็นกลไกที่สำคัญ เนื่องจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการรับเรื่องร้องเรียน ทำหน้าที่ตรวจสอบกรณีการละเมิดสิทธิมนุษยชน จัดทำรายงานผลการตรวจสอบเพื่อเสนอมาตรการในการแก้ไขปัญหาหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ในฐานะกลไกการคุ้มครอง คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีอำนาจเสนอเรื่องพร้อมความเห็นต่อศาลรัฐธรรมนูญในกรณีที่เห็นชอบตามที่มีผู้ร้องเรียนว่ากฎหมายกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและไม่ชอบด้วยรัฐธรรมนูญ หรือเสนอเรื่องต่อศาลปกครองเกี่ยวกับคำสั่งทางปกครองที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนหรือไม่ชอบด้วยกฎหมายรัฐธรรมนูญ หรือฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมแทนผู้เสียหาย⁷⁹

⁷⁹ พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542

แผนภาพที่ 2 : กฎหมายและกลไกคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวี



2.3.3 นโยบายของรัฐบาลต่อการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์

ในการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ รัฐบาลได้แต่งตั้งให้มีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ (คช.ปอ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ เพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการดำเนินการด้านเอดส์ ปัจจุบันคณะกรรมการฯ อยู่ในระหว่างการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการลดอัตราการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเชื้อเอชไอวี และมีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานดังต่อไปนี้ พนักงานบริการทั้งชายและหญิง กลุ่มชายรักชาย และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ของแผนเอดส์ชาติโดยให้ความสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้: การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์ในภาคส่วนต่างๆ การบูรณาการการป้องกันดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และการติดตามประเมินผล ศักยภาพ และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ โดยมีหน่วยงานเครือข่ายจากหลายภาคส่วน รวมถึงกระทรวงแรงงาน ซึ่งมีหน้าที่ป้องกันและแก้ไขเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน นอกจากนี้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ได้มีการประกาศใช้แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ โดยให้สมาชิกไตรภาคีเข้ามามีส่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์

ส่วนประเด็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการประกอบอาชีพ พบว่า ประเทศไทยได้มีการจัดทำมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO Thailand) โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และลดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่งเสริมให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวสามารถใช้ชีวิตและประกอบอาชีพได้เช่นปกติ รวมถึงสนับสนุนให้ลูกจ้างทั่วไปได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มาตรฐานดังกล่าวได้นำเอาหลักการจากแนวปฏิบัติสากลเรื่องเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ปฏิญญาสากลว่าด้วยโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ รวมตลอดถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 เป็นต้น นอกจากนี้กระทรวงแรงงานได้ออกประกาศกระทรวงแรงงานเรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ฉบับลงวันที่ 7 มกราคม 2548 ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขและประกาศใช้อีกครั้งในปี พ.ศ. 2555⁸⁰ ครอบคลุมแรงงานทั้งในและนอกระบบ

เนื้อหาและสาระสำคัญของ ASO Thailand มีดังต่อไปนี้

1. ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. ประกาศนโยบายเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการให้พนักงานทราบ
3. มีมาตรการรักษาความลับของพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. มีมาตรการช่วยเหลือพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี
5. ให้การศึกษาเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ
6. มีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคมในการป้องกันและแก้ปัญหาด้านเอดส์

ทั้งนี้ ในการดำเนินการตามมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลการทำงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายการป้องกันและบริการ

⁸⁰โดยทั่วไป สาระสำคัญของประกาศไม่ต่างจากเดิมมากนัก ส่วนที่แตกต่างจากประกาศฉบับเดิมคือ การผนวกเรื่องผู้ติดเชื้อวันโรคเข้าไปด้วย และมีการเพิ่มเติมในวัตถุประสงค์ข้อ 3

จัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน โดยมีสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA) เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจประเมินเพื่อออกใบรับรองตามมาตรฐานนี้

มาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการหรือที่เรียกว่ามาตรฐาน ASO นั้นย่อมาจาก AIDS-response Standard Organization ซึ่งประเมินมาตรฐานโดยสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA) และลงนามรับรองมาตรฐานร่วมกันระหว่างอธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและอธิบดีกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขมาตรฐานนี้จะช่วยให้สถานประกอบการสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของเอชไอวีและลดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีควบคู่กันไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีวิธีการประเมินเพื่อออกใบรับรองมาตรฐาน ASO เป็น 2 ขั้นตอนคือ

การประเมินขั้นที่ 1 (ประเมินนโยบาย) เป็นการประเมินนโยบายเอดส์ขั้นพื้นฐานของสถานประกอบการ 4 ประการโดยที่สถานประกอบการจะต้องมีนโยบายเอดส์ขั้นพื้นฐานครบทุกประการจึงจะผ่านเกณฑ์ขั้นต้นเพื่อนำไปสู่การประเมินขั้นที่ 2 ต่อไป นโยบายเอดส์ขั้นพื้นฐานนี้คือ

1. มีนโยบายไม่บังคับให้ผู้สมัครงานตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี
2. มีนโยบายไม่บังคับให้ลูกจ้างตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี
3. มีนโยบายไม่เลิกจ้างเพราะเหตุที่ติดเชื้อเอชไอวี
4. มีนโยบายให้การศึกษารื่องเอดส์แก่ลูกจ้าง

การประเมิน ขั้นที่ 2 (ประเมินการบริหารจัดการ) เป็นการประเมินการบริหารจัดการด้านเอดส์ของสถานประกอบการซึ่งมีการให้คะแนนในขั้นตอนนี้จำนวน 100 คะแนนหากสถานประกอบการแห่งใดที่มีนโยบายเอดส์ขั้นพื้นฐานครบทั้ง 4 ประการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและได้คะแนนในการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไปสถานประกอบการนั้นจะได้ใบรับรองมาตรฐานระดับทอง (ASO Gold) หากสถานประกอบการใดมีนโยบายเอดส์ขั้นพื้นฐานครบทั้ง 4 ประการถึงแม้ว่าจะยังไม่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรก็ตามแต่สามารถทำคะแนนในการบริหารจัดการได้ 60 คะแนนสถานประกอบการนั้นจะได้ใบรับรองมาตรฐานระดับเงิน (ASO Silver) โดยในปัจจุบัน มีสถานประกอบการที่เข้าผ่านการประเมินมาตรฐาน ASO Thailand มากกว่า 13,000 แห่งทั่วประเทศ⁸¹ ครอบคลุมสถานประกอบการหลายประเภท รวมทั้งกิจการประเภทที่เสี่ยงต่อการเลือกปฏิบัติ ทั้งธุรกิจอาหาร โรงแรมและการขายปลีก เป็นต้น

2.4 สรุปผลการทบทวนกฎหมายและแนวนโยบายที่เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบว่า การเคลื่อนไหวในระดับระหว่างประเทศและระดับภูมิภาคมีความสำคัญอย่างยิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงทิศทางและแนวโน้มในการแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพฯ

ในระดับระหว่างประเทศพบว่า กรอบกฎหมายและแนวปฏิบัติด้านเอดส์มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม โดยนานาประเทศได้เรียกร้องให้รัฐประเทศให้ความสำคัญต่อการพัฒนากฎหมายและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติ การตีตราและการกีดกันทางสังคมต่อกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยให้ความเคารพกับหลักการสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. หลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในประเด็นเรื่องสิทธิในการจ้างงานและการประกอบอาชีพของแรงงานที่อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งโดยทั่วไป

⁸¹ <http://www.asostandard.com/th/tbca.html>

แรงงานกลุ่มดังกล่าวจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิแรงงานโดยเท่าเทียม เว้นแต่ในกรณีที่มี **ความจำเป็นอย่างยิ่งและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้**ที่ไม่สามารถจ้างงานแรงงานที่อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในการประกอบอาชีพนั้น

2. หลักสิทธิส่วนบุคคล
3. การรักษาความลับ

ในประเด็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ พบว่า แนวปฏิบัติเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงานและข้อแนะนำด้วยเอชไอวีและเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ฉบับที่ 200 ในปี พ.ศ. 2553 ถือเป็นเอกสารที่ให้แนวทางแก่สมาชิกไตรภาคีขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (รัฐบาล ตัวแทนนายจ้างและตัวแทนสหภาพ) เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายรัฐรวมตลอดถึงการพัฒนากฎหมายว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์และโลกแห่งการทำงาน ซึ่งเสนอให้รัฐสมาชิกพิจารณากำหนดนโยบายในเรื่องดังกล่าว โดยให้ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้

- เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับการยอมรับและจัดเป็นประเด็นสำคัญพื้นฐานในโลกแห่งการทำงาน
- นิยามของแรงงาน ซึ่งจะต้องมีความหมายอย่างกว้างและครอบคลุมถึง 1) แรงงานทุกคน ไม่ว่าจะ มีสัญชาติใด ทุกสาขาอาชีพ และทุกภาคการผลิต (ภาครัฐ ภาคเอกชน รวมตลอดถึงแรงงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ) ไม่ว่าจะมีการทำงานในรูปแบบใด 2) แรงงานฝึกหัด นักศึกษาฝึกงาน แรงงานอาสาสมัคร 3) คนหางานและผู้สมัครงาน 4) แรงงานซึ่งถูกปลดออกหรือถูกพักงาน ซึ่งนิยามความหมายนี้ จะสามารถครอบคลุมแรงงานทุกคนโดยเสมอภาค
- การยอมรับในหลักการสิทธิมนุษยชน เสรีภาพขั้นพื้นฐาน หลักความเสมอภาคทางเพศ หลักสิทธิส่วนบุคคล
- จะต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพหรือการตีตรากลุ่มแรงงาน (ตามนิยามที่กล่าวมาข้างต้น) รวมตลอดถึงการเลิกจ้างเนื่องจากเป็นแรงงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
- แรงงานจะต้องไม่ถูกบังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพ
- การส่งเสริมให้มีการเจรจาทางสังคมกับสมาชิกไตรภาคี องค์กรภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นเรื่องโรคเอดส์ รวมตลอดถึงสมาชิกในครอบครัว

ในระดับประเทศ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ในประเทศที่ทำการศึกษาขึ้นมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและการไม่เลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งหลักการดังกล่าวจะรับรองในรัฐธรรมนูญของแต่ละประเทศแล้ว ยังมีกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ และแนวนโยบายที่รองรับหลักการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม รูปแบบของการบัญญัติกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและการไม่เลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้นอาจบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติการขจัดการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ ซึ่งสนับสนุนว่าการเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้น ถือเป็นความแตกต่างอันเนื่องมาจากสภาวะทางสุขภาพ และกฎหมายให้ถือว่า ความแตกต่างดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของความพิการด้วย และในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ในประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย และประเทศสหราชอาณาจักร หรือบัญญัติในลักษณะพระราชบัญญัติเฉพาะด้าน เช่น ในประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์

ตารางที่ 1- เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายของเครือรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ และสหราชอาณาจักร

กฎหมาย	กลไก	ผลต่อการเลือกปฏิบัติ
<p>เครือรัฐออสเตรเลีย</p> <ul style="list-style-type: none"> - Commonwealth of Australia Constitution Act of 9 July 1900 - Human Rights and Equal Opportunity Commission Act 1986 - Privacy Act 1988 - Disability Discrimination Act 1992 (amendment up to Act. No. 169 of 2012)⁸² - Fair Work Act 2009 	Australia Human Right Commission	สามารถควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อได้ ดำเนินโครงการที่ตอบสนองความต้องการของผู้อาศัยร่วมกับเชื้อเอชไอวีในประเภทต่างๆ ได้ *มีข้อยกเว้น Inherent requirement
<p>สาธารณรัฐฟิลิปปินส์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐธรรมนูญ - Labour Code - The Philippines AIDS Prevention and Control Act 1998 (มีบทกำหนดโทษ) 	The Philippines National AIDS Council (PNAC)	ไม่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี สถิติผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ปี 2000 – 2013
<p>สหราชอาณาจักร</p> <p>Equality Act 2010</p>	Department of Health and HPA	

จากการศึกษาเปรียบเทียบสรุปประเด็นที่อาจนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในการพัฒนากฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ของประเทศไทยได้ดังต่อไปนี้

1. หลักสิทธิมนุษยชนที่รับรอง

จากการศึกษาพบว่า กฎหมายของทั้ง 3 ประเทศให้การรับรองหลักความเสมอภาคและหลักการการไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นหลักการที่ได้รับการรับรองในรัฐธรรมนูญของประเทศที่ทำการศึกษา นอกจากนี้ในกฎหมายลำดับรอง อาทิ พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องหรือพระราชบัญญัติเฉพาะ พบว่า ได้มีการรับรองหลักสิทธิส่วนบุคคล และการรักษาความลับเพื่อให้ความคุ้มครองกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ในส่วนที่เกี่ยวกับกฎหมายหลัก พบว่า มีการขยายนิยามความหมายของการเลือกปฏิบัติเพื่อขยายความคุ้มครองครอบคลุมกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในทุกมิติ กล่าวคือกลุ่มที่ติดเชื้อและเชื่อว่าจะติดเชื้อเอชไอวีอันเนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่ถูกละเลยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาทิ กลุ่มชายรักชาย เป็นต้น ในบางประเทศที่ทำการศึกษา อาทิ ประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย ได้ขยายความคุ้มครองไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จากการศึกษพบว่า กฎหมายของทั้ง 3 ประเทศที่ทำการศึกษาได้บัญญัติกรณีที่อาจมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในหลายกรณี อาทิ

⁸² <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2013C00022> , visited 12 พ.ย. 2556

- การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ
- การเลือกปฏิบัติในการศึกษาและการฝึกอบรม
- การเลือกปฏิบัติในการประกันสังคม และการประกันชีวิต
- การเลือกปฏิบัติในการได้รับการบริการทางสังคม บริการสุขภาพ

หรือแม้แต่การเลือกปฏิบัติต่อการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม อาทิ สหภาพหรือสมาคมอื่นๆ

อย่างไรก็ดี ในกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ พบว่ากฎหมายให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการจ้างงาน ได้แก่ นายจ้าง ผู้กระทำการแทนนายจ้าง อาทิ ตัวแทนนายจ้าง ผู้เป็นหุ้นส่วน บริษัท จัดหางาน เป็นผู้มิบทบาทที่สำคัญในการจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ทั้งในช่วงก่อนการจ้างงาน เช่น การจัดหางาน การรับสมัครงาน การพิจารณาการจ้างงาน ในระหว่างการจ้างงาน เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การโยกย้ายตำแหน่งงาน การจัดการฝึกอบรมหรือการพิจารณาให้ผลประโยชน์ประการอื่น หรือการให้ออกจากงานเพราะเหตุอันเนื่องมาจากลูกจ้างเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ดังนั้นโดยหลักการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพเป็นสิ่งต้องห้ามและกระทำไม่ได้ และนายจ้างหรือผู้กระทำการแทนนายจ้างจะต้องมีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของลูกจ้างซึ่งเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งในกรณีนี้รัฐควรพิจารณามาตรการส่งเสริมให้สถานประกอบการหรือนายจ้างดำเนินการดังกล่าวผ่านมาตรการทางภาษี หรือมาตรการเชิงบวก เช่น ความรับผิดชอบทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้สถานประกอบการดำเนินการดังกล่าว

อย่างไรก็ดี รัฐอาจพิจารณากำหนดข้อยกเว้นหากมีกรณีจำเป็นอย่างยิ่งที่อาจเกิดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ อาทิ สารสำคัญของงานไม่อาจอนุญาตให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทำงานได้ แต่ทั้งนี้ควรจะต้องพิจารณาโดยการหารือร่วมกับคณะกรรมการไตรภาคีเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การพิจารณาสภาพการทำงานที่เป็นข้อยกเว้นดังกล่าวโดยใช้ความระมัดระวังในการพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากการรับรองหลักการการไม่เลือกปฏิบัติทั้งโดยทั่วไปและการประกอบอาชีพแล้ว พบว่ากฎหมายภายในของทั้ง 3 ประเทศยังให้ความสำคัญคุ้มครองกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลและการรักษาความลับ ซึ่งถือเป็นหลักการสำคัญอย่างยิ่ง กฎหมายในประเทศสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กำหนดให้การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยปราศจากความยินยอม หรือการกำหนดให้มีการแจ้งเกี่ยวกับสถานภาพของการเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นเงื่อนไขในการรับสมัครเข้าทำงานถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งเป็นความผิดอาญาและมีการกำหนดบทลงโทษอาญาที่ชัดเจนต่อผู้กระทำความผิด นอกจากนี้การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ไม่อาจกระทำได้เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้น อย่างไรก็ตามกฎหมายควรมีบทบัญญัติเกี่ยวกับขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการเปิดเผยข้อมูลสภาวะสุขภาพทั้งนี้จะต้องพิจารณาถึงสถานการณ์และความจำเป็นอย่างยิ่ง

2. กลไกการร้องทุกข์และสถาบันที่ทำหน้าที่กำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย

นอกจากหลักการสิทธิมนุษยชนที่ได้มีการรับรองภายใต้กฎหมายแล้ว จากการศึกษาพบว่า ทั้ง 3 ประเทศมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกการร้องทุกข์และสถาบันหรือหน่วยงานที่กำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้การคุ้มครองและเยียวยาแก่กลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ได้มอบให้องค์กรอิสระ ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไร อาทิ Employment Tribunal เช่น ในประเทศสหราชอาณาจักร หรือคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งเครือรัฐออสเตรเลีย มีหน้าที่รับเรื่องราวร้องทุกข์และให้การเยียวยาต่อแรงงานที่ถูกเลือกปฏิบัติ เป็นหน่วยงานในการรับเรื่องราวร้องทุกข์และเป็นหน่วยงานกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย อย่างไรก็ตาม วิธีการร้องเรียน รวมตลอดถึงระยะเวลาในการดำเนินการดังกล่าวถือเป็นประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาประกอบเพื่อเป็นหลักประกันสำคัญในการเข้าถึงความยุติธรรมของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

3. มาตรการด้านนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านเอตส์ในโลกแห่งการทำงาน

จากการศึกษาแนวปฏิบัติในการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านเอตส์ในโลกแห่งการทำงาน พบว่า ความต่อเนื่องของนโยบายและการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาด้านเอตส์ทุกมิติและการดำเนินนโยบายโดยเน้นการมีส่วนร่วมและการประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน รวมถึงตลอดถึงการทำงานร่วมกับชุมชนและกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยตรงถือเป็นแนวคิดที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาด้านเอตส์ ส่วนการแก้ไขปัญหากลุ่มผู้เลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ จะต้องส่งเสริมให้มีการปรึกษาหารือระหว่างสมาชิกไตรภาคี รวมถึงตลอดถึงแรงงาน (ตามนิยามแรงงานข้างต้น) และองค์กรภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ประเทศเครือรัฐออสเตรเลียยังได้มีการจัดตั้งคณะทำงานด้านกฎหมายเพื่อศึกษาติดตามประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

บทที่ 3

สภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

“การมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายไม่ได้ทำให้คนๆ หนึ่งสูญเสียศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ ขอเรียกร้องทุกภาคส่วน หยุดการละเมิดสิทธิ หยุดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

แถลงการณ์หยุดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มที่เรา ..เราทำได้

1 ธันวาคม วันเอดส์โลก

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย

คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

การศึกษาวิจัยเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ถูกออกแบบให้เป็น **การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research)** ซึ่งเป็นการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้สร้างความรู้ร่วมกัน (co-production of knowledge) โดยการมีส่วนร่วมในการกำหนด โจทย์ การเก็บข้อมูลผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม รวมไปถึงการร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ

การนำเสนอผลการศึกษาในบทนี้ จะจำแนกเป็นผลการศึกษาที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนเอกสารชั้นต้น และการศึกษาภาคสนามโดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัญหา การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยในส่วนตัวเคราะห์ว่าด้วยการ เลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.1 ผลการศึกษาจากการทบทวนเอกสาร

การทบทวนเอกสารเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นสภาพ การเลือกปฏิบัติใน 2 ระดับ คือ การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม และการ เลือกปฏิบัติในรายกรณี โดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในหน่วยงานภาครัฐที่มีการร้องเรียนและมีความ พยายามแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา แต่ระดับมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 สภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม

ในภาพรวมเรื่องเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี งานวิจัยเรื่อง ดัชนีการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย⁸³ เป็นงานหลักที่ ทำการศึกษาเรื่องดังกล่าว มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อ จำนวน 233 ราย ในช่วงกลางปี 2552 การ สัมภาษณ์เป็นการสืบถามประสบการณ์ย้อนหลัง 1 ปีของผู้รับสารสัมภาษณ์ที่อาศัยกระจายกันไปทั่วประเทศ พบว่า ยังมีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อการเป็นผู้ติดเชื้อหากแต่เปลี่ยนรูปแบบไปในลักษณะที่มีความ หลากหลายซับซ้อนมากขึ้น

⁸³ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, โครงการศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อ สนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชน, (เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์, 2553).

ถ้าพิจารณาเฉพาะการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ พบว่า กว่าร้อยละ 26.18 เคยถูกปฏิเสธการจ้างงานด้วยเหตุผลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 32.19 เคยสูญเสียงานและแหล่งรายได้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สูญเสียงานและแหล่งรายได้ ร้อยละ 30.28 ระบุว่าสาเหตุของการสูญเสียงานและแหล่งรายได้ เป็นเพราะสถานะการเป็นผู้ติดเชื้อ และเฉพาะกลุ่มที่ตอบว่าสาเหตุของการตกงานหรือสูญเสียรายได้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.97 ตอบว่าสาเหตุหลักนั้นมาจากการเลือกปฏิบัติของนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.59 ยังเคยถูกเปลี่ยนแปลงลักษณะงานทั้งในด้านเนื้อหา แนวปฏิบัติหรือเคยถูกปฏิเสธการเลื่อนตำแหน่งหรือการมีควมดีความชอบอันเนื่องมาจากสถานะการเป็นผู้ติดเชื้อด้วย⁸⁴

สำหรับเรื่องการเปิดเผยข้อมูลสถานะการติดเชื้อในที่ทำงาน ข้อมูลจากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13.17 ตอบว่านายจ้าง/หัวหน้างานรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีคนอื่นมาบอกโดยที่เจ้าตัวไม่ได้ยินยอม รวมไปถึงมีสถานการณ์ที่เพื่อนร่วมงานรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของพวกเขาจากคนอื่นมาบอกโดยที่เจ้าตัวไม่ได้ยินยอมด้วย (ร้อยละ 15.22)⁸⁵ และเมื่อนายจ้างรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของพวกเขา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 9.87 รู้สึกว่าพวกเขาถูกเลือกปฏิบัติ (เลือกปฏิบัติอย่างมาก ร้อยละ 3.00 เลือกปฏิบัติอยู่บ้าง ร้อยละ 6.87) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวยังแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดี เมื่อพวกเขาารู้สึกว่า การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ไม่ได้ทำให้นายจ้าง/หัวหน้างานมีปฏิกิริยาต่างไปจากเดิม (ร้อยละ 9.01) และมีการให้ความช่วยเหลืออยู่บ้าง (ร้อยละ 11.59) สำหรับในส่วนของเพื่อนร่วมงาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.58 รู้สึกว่าพวกเขาถูกเลือกปฏิบัติอยู่บ้าง ร้อยละ 16.74 รู้สึกว่าไม่ต่างกัน และร้อยละ 18.45 รู้สึกว่าเขาได้รับความช่วยเหลือจากผู้ร่วมงานอยู่บ้าง⁸⁶

เมื่อผู้ติดเชื้อถูกเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ไม่ว่าจะในระดับใด ผลกระทบโดยตรงคือ ทำให้พวกเขาต้องสูญเสียงานและแหล่งรายได้หลัก โดยผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 32.19) เคยสูญเสียงานและแหล่งรายได้เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีสาเหตุหลักเป็นเพราะสถานะการเป็นผู้ติดเชื้อ และการเลือกปฏิบัติของนายจ้างและผู้ร่วมงาน และบางส่วนยังรู้สึกว่าสถานะการติดเชื้อมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงานของพวกเขาด้วย แม้ว่าผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งจะไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อต่อนายจ้าง แต่ก็เลือกที่จะลาออกเมื่อรู้สึกว่าตนเองจะป่วย เพราะไม่ต้องการตอบคำถามของผู้ร่วมงาน⁸⁷ นอกจากนี้ การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ยังส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อด้วย โดยจากงานวิจัยของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.21 เคยถูกละเมิดสิทธิในด้านต่างๆ ร้อยละ 14.0 ถูกบังคับให้เข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 50 เคยถูกปฏิเสธการทำประกันสุขภาพหรือประกันชีวิต ร้อยละ 7.6 เคยถูกกักตัว กักเพื่อตรวจโรคถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว แบ่งแยกทั้งยังมีการตรวจเลือดการได้รับบริการปรึกษาที่ไม่รอบด้านปีบังคับการแจ้งผลเลือดการถูกกดดันให้บอกสถานะของการติดเชื้อโดยยินยอมหรือไม่ยินยอม⁸⁸ นอกจากนี้ น่าสนใจว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งถูกเจ้าหน้าที่บังคับให้ทำหมันหรือสร้างเงื่อนไขให้คุมกำเนิดเพื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัส⁸⁹ ซึ่งเมื่อเผชิญกรณีการเลือกปฏิบัติเหล่านี้ แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.10 เคยพยายามร้องเรียนให้มีการแก้ไขปัญหา และได้รับการแก้ไขในระดับหนึ่ง แต่ยังมี

⁸⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 91-97.

⁸⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 140.

⁸⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 155-156.

⁸⁷ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

⁸⁸ คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, เรื่องเดียวกัน, หน้า 15, 114 - 117.

⁸⁹ เรื่องเดียวกัน, ตาราง 132-133, หน้า 171.

ผู้ติดเชื้ออีกจำนวนมากเลือกที่จะไม่ร้องเรียน โดยมีเหตุผลสำคัญว่าเป็นเพราะไม่มีความเชื่อมั่น หรือเชื่อมั่น น้อยว่ากระบวนการร้องเรียนจะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหา และอีกส่วนหนึ่งมองว่า กระบวนการร้องเรียนมี ขั้นตอนยุ่งยากและเชื่องช้ามากเกินไป

ในด้านหนึ่ง งานวิจัยฉบับนี้อาจจะแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นของสภาวะการเลือกปฏิบัติในการ ประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ในอีกด้านหนึ่ง ข้อมูลดังกล่าวก็ยืนยันว่าสถานการณ์การเลือกปฏิบัติ ในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังดำรงอยู่ในสังคมไทย

3.1.2 สภาพปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายกรณี

สำหรับการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลได้มาจากการทบทวนเอกสาร ชั้นต้น รวมทั้งหนังสือร้องเรียน หนังสือชี้แจงจากหน่วยราชการและรายงานผลการดำเนินงานของ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ โดยมีกรณีที่สำคัญ 3 กรณีดังนี้

(1) การเลือกปฏิบัติในฝ่ายข้าราชการตุลาการ ปรากฏในระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาล ยุติธรรม ว่าด้วย โรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ พ.ศ. 2545 เป็นระเบียบที่ออกตาม ระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรม ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครสอบ คัดเลือก ผู้สมัครทดสอบความรู้ หรือผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือกพิเศษ เพื่อบรรจุเป็นข้าราชการตุลาการใน ตำแหน่งผู้ช่วยผู้พิพากษา พ.ศ. 2545 ระเบียบทั้งสองฉบับ ประกาศใช้ ณ วันที่ 10 มกราคม 2545 กำหนด เงื่อนไขเรื่องโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ แม้ไม่ได้กำหนดเรื่องโรคเอดส์ไว้โดยแจ้งชัด แต่ตามระเบียบข้อ 3(6) ได้กำหนดเรื่องโรคติดต่อที่เป็นเหตุให้ไม่เหมาะสมที่จะเป็นข้าราชการตุลาการซึ่งอาจมี การใช้ดุลพินิจหรือการปฏิบัติอันเป็นการรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติเนื่องจากเอดส์ได้

ในกรณีนี้ ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เคยทำหนังสือถึงประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เพื่อ ขอให้ตรวจสอบและดำเนินการยกเลิกระเบียบปฏิบัติดังกล่าว โดยอ้างถึงการร้องทุกข์เกี่ยวกับหน่วยงานของรัฐ ที่มีระเบียบปฏิบัติที่มีลักษณะเลือกปฏิบัติ และละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีการบังคับ ตรวจสอบเอดส์ผู้สมัครเข้ารับราชการในตำแหน่งอัยการผู้ช่วยและผู้ช่วยผู้พิพากษา หากพบว่า ผู้สมัครสอบรายใด ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่ได้รับสิทธิให้เข้าสอบเพื่อดำรงตำแหน่งดังกล่าว⁹⁰ ซึ่งน่าสนใจว่า ในกรณีของอัยการผู้ช่วย สำนักงานอัยการสูงสุดได้ทำหนังสือถึงประธานคณะกรรมการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ว่า ตาม กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2504) ออกตามความในพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ พ.ศ. 2503 ว่าด้วยโรคและประกาศคณะกรรมการอัยการเรื่อง กำหนดโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการ อัยการ พ.ศ.2555 แม้จะมีข้อกำหนดถึง “โรคติดต่อที่เป็นเหตุให้ไม่เหมาะสมที่จะเป็นข้าราชการอัยการ” แต่ก็ มิได้มีข้อกำหนดให้ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี เป็นหรือถือว่าเป็นโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการอัยการ สำนักงานอัยการสูงสุดจึงไม่เคยมีนโยบายตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้สมัครสอบอัยการผู้ช่วย⁹¹ ในขณะที่กรณี ผู้ช่วยผู้พิพากษายังไม่มีความคืบหน้าอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในกรณีของผู้ช่วยผู้พิพากษานี้ อาจพิจารณา เทียบเคียงจากบรรทัดฐานของกรณีตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ กล่าวคือ เป็นกรณีที่สำนักงาน ผู้ตรวจการแผ่นดินเคยเสนอให้ศาลรัฐธรรมนูญพิจารณาวินิจฉัยตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 245 (1) ว่า พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม พ.ศ. 2543 มาตรา 26 วรรคหนึ่ง (10) มีปัญหา เกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญมาตรา 30 ในเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ ซึ่งศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัย

⁹⁰ หนังสือ ศคส. 047/2550 วันที่ 23 กรกฎาคม 2550

⁹¹ หนังสือ อส 0003 (คก2)/3287 วันที่ 12 ตุลาคม 2555

ว่า ข้อกำหนดดังกล่าว เฉพาะในส่วนบัญญัติที่ว่า “มีกายหรือจิตใจไม่เหมาะสมที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ...” ขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญ มาตรา 30 วรรคสาม⁹²

(2) การเลือกปฏิบัติในข้าราชการตำรวจ ปรากฏในระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติว่าด้วยเรื่องรับสมัครและสอบแข่งขันบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรี เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน ระบุว่า ผู้สมัครสอบต้องมีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามประกาศซึ่งได้ระบุโรคต้องห้ามไว้หลายโรค หนึ่งในจำนวนหลายโรคคือโรคเอดส์ (ข้อ 11.8.5)

โดยในกรณีดังกล่าว ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เคยทำหนังสือถึงประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เรื่อง ขอให้ตรวจสอบการละเมิดสิทธิมนุษยชนกรณีสำนักงานตำรวจแห่งชาติบังคับให้มีการตรวจเอดส์ผู้สมัครสอบเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2551 โดยอ้างจากการประกาศจากกองบัญชาการการศึกษาที่มีการระบุคุณสมบัติต้องห้ามในผนวก ข. ท้ายประกาศ ลงวันที่ 23 มกราคม 2551 ว่า ผู้ที่มีสิทธิสอบจะต้องไม่เป็นโรคติดเชื้อ หรือโรคที่เกิดจากปรสิต โดยนอกจากโรคเรื้อน โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม โรคคุดทะราดหรือรอนพื้น (YAWS) โรคติดเชื้อเรื้อรังระยะแสดงอาการรุนแรง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคเอดส์⁹³

เมื่อคณะอนุกรรมการด้านส่งเสริมโอกาสและเสมอภาค คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติทำหนังสือถึงกองบัญชาการการศึกษาสำนักงานตำรวจแห่งชาติ⁹⁴ เพื่อขอทราบนโยบาย ระเบียบ กฎหมายและมาตรการการดำเนินงานของกองบัญชาการการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับสมัครสอบบุคคลเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจ รวมทั้งความเห็นในกรณีดังกล่าว ผู้บังคับการกองสอบ กองบัญชาการการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ทำหนังสือยืนยันว่ามาตรการดังกล่าว ไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม⁹⁵ โดยอ้างตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2547 และ กฎ ก.ตร. ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ.2547 และ กฎ ก.ตร. ว่าด้วยคุณสมบัติลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2549 ซึ่งเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสุดท้าย ที่กำหนดว่า “มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ตามวรรค 3”

นอกจากนี้ ยังให้เหตุผลในการยืนยันตามมาตรการเดิมว่า เนื่องมาจากภารกิจของข้าราชการตำรวจ เป็นภารกิจที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่นๆ การรับบุคคลภายนอกที่เป็นโรคเอดส์เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ อาจส่งผลกระทบต่อสังคมส่วนรวม เพราะการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจ รวมทั้งการฝึกอบรม จะต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนและเพื่อนร่วมงาน เช่น กรณีไปช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ หากผู้ไปช่วยเหลือมีเชื้อเอชไอวี (บวก) อาจจะทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุติดเชื้อได้ หรือในการฝึกอบรมศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัว การปะทะกันอาจทำให้มีเลือดออก ซึ่งก็อาจทำให้ได้รับเชื้อจากผู้ป่วย นอกจากนั้น การปฏิบัติหน้าที่ด้านการป้องกันปราบปราม ก็จะต้องเป็นผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง จึงจะสามารถต่อสู้จับกุมผู้กระทำความผิดได้ และก็จะเป็นที่เกรงกลัวของผู้กระทำความผิดได้สำหรับกรณีข้าราชการตำรวจที่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการรับราชการนั้น สำนักงาน

⁹² คำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญ ที่ 15/2555 เรื่องพิจารณาที่ 30/2553 วันที่ 13 มิถุนายน 2555 [online] available from http://www.constitutionalcourt.or.th/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=495&Itemid=94&lang=th&limitstart=10

⁹³ หนังสือ ศคส. 022/2551 วันที่ 11 เมษายน 2551

⁹⁴ หนังสือ สม 0001.04/1802 วันที่ 2 ตุลาคม 2551

⁹⁵ หนังสือ ตช 0036.312/3162 วันที่ 21 ตุลาคม 2551

ตำรวจแห่งชาติ ให้โอกาสแก่บุคคลเหล่านั้น โดยไม่มีการตัดสิทธิ์ให้ออกจากองค์กรแต่อย่างใด พร้อมทั้งให้การดูแลรักษา และให้ปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ต้องสัมผัสเกี่ยวข้องกับประชาชน เพื่อเป็นการป้องกันการเผยแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น

ด้วยเหตุดังกล่าว สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงยังคงกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ เป็นโรคต้องห้ามในการสอบแข่งขันเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจจนถึงปัจจุบัน และจัดให้โรคเอดส์อยู่ในบัญชีโรคหรืออาการที่ไม่ควรเป็นของตำรวจตาม ข้อ 2 (14) แนบท้ายกฎ ก.ตร.ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ⁹⁶ และระบุในประกาศรับสมัครและสอบบรรจุข้าราชการตำรวจเสมอๆ เช่น การบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน พ.ศ. 2553 หรือการประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรีประโยคมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือเทียบเท่าเพื่อบรรจุเป็นนักเรียนนายสิบ พ.ศ. 2555⁹⁷

สำหรับการร้องเรียนของผู้ติดเชื้อในเรื่องดังกล่าว ครั้งล่าสุดปรากฏใน พ.ศ. 2553 เมื่อผู้ใกล้ชิดของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้โทรศัพท์มาปรึกษาที่มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ แต่ผู้ร้องเรียนไม่กล้าร้องเรียนเพราะเกรงว่าจะต้องเปิดเผยตนเอง

นอกจากระเบียบที่มีลักษณะการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อใน 2 หน่วยงานนี้แล้ว ยังพบว่า มีปัญหาการเลือกปฏิบัติในอีกหลายองค์กร เช่น กฎกระทรวง ฉบับที่ 37 (พ.ศ.2516) ออกตามความในพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ.2497 ในข้อ 3 ที่กำหนดเรื่องการตรวจร่างกาย โดยจำพวกที่ 3 เป็นคนซึ่งมีร่างกายยังไม่แข็งแรงพอที่จะรับราชการทหารในขณะนั้นได้ เพราะป่วยซึ่งจะบำบัดให้หายภายในกำหนด 30 วันไม่ได้

(3) การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในผู้ที่ต้องการอุปสมบท เรื่องนี้มีการร้องเรียนมายังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และมีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการประชุมร่วมกันระหว่างตัวแทนของสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและมหาเถรสมาคมตั้งแต่ พ.ศ. 2549 แต่มหาเถรสมาคมก็ยังยืนยันแนวทางดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่า “การที่จะให้กฎหมายมาลบล้างพุทธบัญญัติซึ่งพระพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้แล้วในสมัยพุทธกาล คงไม่ถูกต้อง หากผู้เข้ามาบวชเป็นเอดส์กันจำนวนมาก คงจะไม่สมควรอย่างยิ่ง คณะสงฆ์ให้สิทธิแก่พระอุปชฌาย์ที่จะให้การบรรพชาอุปสมบทแก่บุคคล จำต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ หากปล่อยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เข้ามาบวชโดยไม่ตรวจสอบก่อน จะทำให้คนในสังคมเข้าใจว่า ผู้บวชรับเชื้อเอดส์หลังจากบวชพระแล้ว”⁹⁸ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ วัดบางแห่งก็มีข้อกำหนดชัดเจนและมีการบังคับใช้อย่างเคร่งครัด เช่น “โครงการอุปสมบทหมู่ 100,000 รูปทุกหมู่บ้านทั่วไทย” ที่คณะกรรมการการศึกษา ศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม ร่วมกับคณะสงฆ์ทั่วประเทศ วัดพระธรรมกาย มูลนิธิธรรมกายและชมรมพุทธศาสตร์สากลในอุปถัมภ์สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้าฯ จัดขึ้น ก็มีข้อกำหนดให้ผู้ที่จะเข้าอุปสมบทใน

⁹⁶ กฎ ก.ตร.ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ.2547 ประกาศวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2547 และปรากฏอยู่ในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 121 ตอนที่ 62 ก (28 กันยายน 2547)

⁹⁷ ประกาศกองบัญชาการศึกษา วันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2555 [online] available from <http://www.policeadmission.com>

⁹⁸ มติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ 8/2549 มติที่ 156/2549 [online] available from http://www.mahathera.org/uploaded_pdf/CCF01092551_00052.pdf

โครงการต้องตรวจเลือด โดยระบุให้มีการตรวจเชื้อเอชไอวีอย่างชัดเจน⁹⁹ หรือข้อกำหนดของวัดบางแห่งที่มีการเผยแพร่ในอินเทอร์เน็ต¹⁰⁰ เป็นต้น ในขณะที่วัดทั่วไป อาจไม่ได้เคร่งครัดกับข้อกำหนดเรื่องนี้มากนัก

กรณีข้างต้น เป็นกรณีที่แสดงให้เห็นการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน แต่ในปีที่ผ่านมา ปรากฏเหตุการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในสถานศึกษาอันเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการทำงานในอนาคต เมื่อนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ถูกตรวจเลือดระหว่างเรียน และเมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี มหาวิทยาลัยขอให้เปลี่ยนสาขาที่เรียนหรือพักการเรียน โดยมหาวิทยาลัยคืนค่าเทอมให้ โดยมหาวิทยาลัยอ้างเหตุผลว่า “...จะเป็นผลดีทั้งกับตัวนักศึกษาเองที่จะได้ดูแลตัวเอง ไม่ต้องเข้าไปอยู่ในภาวะเสี่ยงที่อาจจะติดเชื้อโรคอื่นๆเพิ่ม เนื่องจากในโรงพยาบาลจะมีผู้ป่วยหรือเชื้อโรคต่างๆ มาก และยังเป็น การคุ้มครองสิทธิผู้ที่มารับบริการด้วย...”¹⁰¹ และเป็น “...การปกป้องสิทธิผู้ป่วยมากกว่า...เพราะหากปล่อยให้ นักศึกษาที่มีโรคที่คนทั่วโลกหวาดกลัวออกไปสัมผัสกับผู้ป่วยแล้วเกิดปัญหาขึ้นภายหลังจะเสียหายอย่างไร เสียหายทั้งสถานพยาบาล เสียหายทั้งสถาบัน เสียหายทั้งมหาวิทยาลัย...”¹⁰² อย่างไรก็ตาม กรณีนี้มีการร้องเรียน ไปยังสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติด้วย และในระหว่างนี้ อยู่ในระหว่างการฟ้องร้องคดีต่อ ศาลที่ผู้ติดเชื้อและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นโจทก์ร่วม¹⁰³

3.2 ผลการศึกษาภาคสนาม

การเก็บข้อมูลภาคสนามในโครงการวิจัยนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและตีความข้อมูลอย่างลุ่มลึกในมุมมองแบบคนใน และเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน จึงทำให้สามารถได้ผลการศึกษาที่หนักแน่น และ เชื่อถือได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเชิงปริมาณที่เน้นการสร้างข้อสรุปทั่วไป (generalization) จึงต้องให้ความสำคัญกับจำนวนตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจึงไม่สามารถแสดงให้เห็นปัญหาเฉพาะบางประการ โดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจน

การนำเสนอผลการเก็บข้อมูลภาคสนาม จะแสดงให้เห็นลักษณะที่แตกต่างกันของข้อมูลที่ได้มาจากวิธีการเก็บข้อมูล 2 แบบ คือ

- (1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลักหรือกรณีศึกษาที่แตกต่างไปจากกรณีทั่วไป อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลของผู้ติดเชื้อถือเป็นความลับเฉพาะบุคคล การเข้าถึงข้อมูลจำเป็นต้องได้รับการยินยอมจากตัวผู้ติดเชื้อเอง ในบางกรณี จึงไม่สามารถสัมภาษณ์ตัวผู้ติดเชื้อได้โดยตรง แต่อาศัยการสัมภาษณ์ตัวกลางซึ่งเป็นผู้ได้รับการติดต่อจากผู้ติดเชื้ออีกต่อหนึ่ง
- (2) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทั้งที่เป็นสนทนากลุ่มทั่วไป และการสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ (deliberative focus group) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลในโครงการ ความแตกต่าง

⁹⁹แบบฟอร์มการตรวจร่างกาย ในหนังสือสภาผู้แทนราษฎรที่ 8225/2552 วันที่ 4 ธันวาคม 2552 จากประธาน คณะกรรมการการศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนการตรวจร่างกายและตรวจเลือดของผู้ที่จะเข้าอุปสมบท

¹⁰⁰ ดูตัวอย่างได้ใน http://www.watphrasri.org/index.php?option=com_content&task=view&id=39&Itemid=25

¹⁰¹ เดลินิวส์ 28 สิงหาคม 2555 [online] available from <http://www.dailynews.co.th/education/152148>

¹⁰² ข่าวสด 28 สิงหาคม 2555 [online] available from

http://www.khaosod.co.th/view_news.php?newsid=TUROd01ERXhNVEk0TURnMU5RPT0=

¹⁰³ ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย, การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล, 24 ตุลาคม 2556

ที่สำคัญระหว่างผลที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการจัดสนทนากลุ่มคือ การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยเฉพาะสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อที่ถูกเลือกปฏิบัติ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นรายละเอียดจากกรณีศึกษาโดยตรง ในขณะที่ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จะเป็นข้อสรุปร่วมระหว่างผู้ร่วมสนทนากลุ่มในขณะนั้น ข้อมูลการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีทั้งที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และในหลายกรณีเป็นข้อมูลที่ผู้ร่วมสนทนากลุ่มรับรู้หรือพบเห็นจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อมากกว่า

3.2.1 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นเจ้าของหน้าที่ในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถให้ภาพรวมของสถานการณ์การเลือกปฏิบัติได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกเลือกปฏิบัติและยินยอมให้ข้อมูล และกลุ่มสุดท้ายเป็นนายจ้างที่ยินยอมให้ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีประเด็นสำคัญดังนี้

(1) ภาพรวมของสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถานการณ์การเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการให้คำปรึกษาของศูนย์ 1663 สายด่วนปรึกษาปัญหาเอดส์ ที่ตั้งอยู่ที่มูลนิธิเข้าถึงเอดส์¹⁰⁴ พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ติดเชื้อที่โทรศัพท์มาปรึกษาเรื่องสิทธิทั้งหมด 40 เรื่อง โดยมีผู้ติดเชื้อ 26 รายที่โทรศัพท์มาปรึกษาเพราะกังวลว่าที่ทำงานให้ตรวจเลือดก่อนทำงานและขณะทำงาน เกรงว่าจะมีผลกระทบต่อการทำงานและสิทธิการรักษาพยาบาลของบริษัท และขอคำปรึกษาว่าควรจะทำอย่างไร¹⁰⁵ ส่วนข้อมูลการร้องเรียนและการให้คำปรึกษาจากมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Foundation for AIDS Right- FAR) มีไม่มากนัก ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งมักจะโทรศัพท์มาปรึกษา เมื่อหน่วยงานบังคับส่งตัวไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี (พยายามหาคนตรวจแทน) ซึ่งมูลนิธิฯ มักจะเสนอทางออกด้วยการให้ผู้ติดเชื้อไปสมัครงานในสถานประกอบการที่ไม่มีการตรวจหาเชื้อ โดยเฉพาะบริษัทที่ได้รับมาตรฐาน ASO Thailand¹⁰⁶

สภาพปัญหาใหญ่ๆ เรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อที่ผ่านมา มักจะเป็นการบังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการทำงาน และเมื่อตรวจพบเชื้อเอชไอวี นายจ้างก็ไม่จ้างงาน โดยมีกรณีตัวอย่างที่สำคัญ ได้แก่

(1.1) การบังคับตรวจเลือดก่อนจ้างงาน

การบังคับตรวจเลือดก่อนจ้างงาน ถือเป็นรูปแบบการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อที่มีแพร่หลายมากที่สุด ในบางหน่วยงาน ใช้เป็นเงื่อนไขหลักในการจ้างงาน/ไม่จ้างงาน โดยไม่พิจารณาประสบการณ์หรือความสามารถเสียด้วยซ้ำ โดยเหตุผลหลักเป็นเรื่องสวัสดิการที่องค์กรแห่งนั้นจัดให้พนักงานมากกว่าที่กฎหมายกำหนด และความหวาดกลัวเกรงว่าพนักงานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยข้อมูลจาก

¹⁰⁴ ศูนย์ 1663 สายด่วนปรึกษาปัญหาเอดส์ ตั้งขึ้นจากความร่วมมือของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2555

¹⁰⁵ เจ้าหน้าที่ศูนย์ 1663 สายด่วนปรึกษาปัญหาเอดส์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2556

¹⁰⁶ เจ้าหน้าที่มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, สัมภาษณ์, 25 มกราคม 2556

กรณีนี้ยืนยันได้จากคำกล่าวของตัวแทนแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอตส์ในการประชุมกลุ่มของโครงการ¹⁰⁷ และ ความเห็นจากนายจ้างคนหนึ่งในธุรกิจขายรถยนต์ ซึ่งแม้ว่าในกิจการของเขา จะมีได้มีการบังคับตรวจเลือดใน การสมัครงาน แต่ก็ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า โดยทั่วไป นายจ้างจะให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพในการทำงานของ พนักงานเป็นหลัก และอาจเกรงว่า ในกรณีที่พนักงานติดเชื้อ จะเป็นการลดประสิทธิภาพในการทำงานของ ลูกจ้าง¹⁰⁸

จากการเก็บข้อมูล พบว่า ในช่วงปี 2551 – ปัจจุบัน มีกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ ดังนี้¹⁰⁹

การเลือกปฏิบัติในธุรกิจโรงแรม (2551)

พนักงานซักรีดของโรงแรมแห่งหนึ่งซึ่งรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่ง กำหนดให้มีการตรวจเอชไอวี อย่างไรก็ดี แม้จะติดเชื้อเอชไอวี แต่โรงแรมแห่งเดิมก็ยังคงจ้างงานต่อ แต่เมื่อ ผู้ติดเชื้อได้ไปสมัครงานที่โรงแรมแห่งใหม่ในตำแหน่งเดิม ที่มีเงินเดือนและสวัสดิการดีกว่า เมื่อโรงแรมแห่งใหม่ เรียกตัวให้ไปเริ่มทำงาน โดยแจ้งว่าให้ไปตรวจสุขภาพ โดยระบุว่าต้องตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกรณีนี้ เจ้าหน้าที่ จากมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ให้คำแนะนำว่า ยังไม่ควรจะออกจากงานที่เดิม

และในอีกกรณีหนึ่ง เป็นการบังคับตรวจเลือดในธุรกิจโรงแรม โดยกำหนดให้ตรวจกับคลินิกที่ทำงาน เชื่อมโยงกับโรงแรม ทำการตรวจเลือดและส่งผลให้โรงแรมโดยตรง โดยที่เจ้าตัวไม่รับรู้

การเลือกปฏิบัติในบริษัทขายอาหารและเบเกอรี่ (2551)

ผู้ติดเชื้อสมัครงานในตำแหน่งพนักงานรับโทรศัพท์ในบริษัทขายอาหารและเบเกอรี่ เมื่อผ่านการ สัมภาษณ์แล้ว ฝ่ายบุคคลของบริษัทได้ส่งตัวไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลที่กำหนด ซึ่งโรงพยาบาลจะส่งผล เลือดไปยังฝ่ายบุคคลของบริษัท โดยระบุให้ตรวจหาเชื้อไวรัสเอตส์ด้วย สุดท้าย กรณีดังกล่าว ผู้ติดเชื้อตัดสินใจ ไม่ทำงานกับบริษัทแห่งนี้ และหางานใหม่ที่ไม่ตรวจเลือดก่อนทำงาน

การเลือกปฏิบัติในธุรกิจขายรถยนต์ (2551)

เมื่อผู้ติดเชื้อสมัครงานในตำแหน่งพนักงานขายรถยนต์ และได้ลงนามในหนังสือสัญญา เป็นพนักงาน และทำสัญญาค่าประกันเรียบร้อยแล้ว บริษัทได้ส่งตัวผู้สมัครเข้าตรวจสุขภาพ โดยระบุให้ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจปัสสาวะ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจ X-RAY ปอดเพื่อดูภาพปอดและหัวใจ (ฟิล์มใหญ่) และ ตรวจหาเชื้อไวรัสเอตส์ (ANTI-HIV) ในกรณีนี้ ผู้ติดเชื้อสามารถเลือกโรงพยาบาลและไปรับผลการตรวจได้ด้วย ตนเอง

การเลือกปฏิบัติในธุรกิจขายปลีกที่มีการขายอาหาร (2552)

เมื่อผู้ติดเชื้อไปสมัครงานตำแหน่งผู้ช่วยผู้จัดการ ในสถานประกอบการธุรกิจขายปลีกที่มีการขาย อาหาร หลังจากสอบสัมภาษณ์และสอบข้อเขียนผ่านแล้ว บริษัทส่งตัวไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลใน เครือข่ายบริษัท โดยใบส่งตัวระบุว่าตรวจหาเชื้อเอชไอวี เมื่อผลการตรวจสุขภาพออกมา บริษัทก็ไม่รับเข้า ทำงาน โดยให้เหตุผลว่า เป็นเพราะบริษัททำงานเกี่ยวกับอาหาร (กรณีนี้ มีการร้องเรียนไปยังกลุ่มงานประสาน

¹⁰⁷ ผู้จัดการฝ่ายบุคคลของบริษัทมหาชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง, *สัมภาษณ์*, 17 กรกฎาคม 2556 และการให้ข้อมูลจากตัวแทนของ สมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอตส์, *การประชุมกลุ่ม ครั้งที่ 5*, 14 มีนาคม 2556

¹⁰⁸ เจ้าขอติลเลอร์ธุรกิจขายรถยนต์แห่งหนึ่ง (ไม่เปิดเผยชื่อ), *สัมภาษณ์*, 7 พฤศจิกายน 2556

¹⁰⁹ ข้อมูลจากมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอตส์

การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สำนักคุ้มครองสิทธิมนุษยชน กสม. เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2552 เลขรับคำร้อง 544/2552)¹¹⁰

การตรวจเลือดในธุรกิจธนาคาร (2556)

เมื่อผู้ติดเชื้อซึ่งทำงานอยู่ในองค์กรขนาดใหญ่ ไปสมัครงานในตำแหน่งพนักงานบริการลูกค้าของธนาคารแห่งหนึ่ง หลังจากการสัมภาษณ์ ฝ่ายบุคคลแจ้งให้ผู้ติดเชื้อคนนั้นไปตรวจสุขภาพ โดยในรายงานการตรวจสุขภาพระบุว่า ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อลำบากใจที่จะส่งผลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกรณีนี้เป็นกรณีที่เพิ่งเกิดขึ้น จึงยังไม่มีควมคืบหน้าในการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่ผู้สมัครงานที่มีผลเลือดเป็น Inter Minin (ซึ่งเป็นผลเลือดที่ไม่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มว่าผลเลือดจะเป็นบวก) ถูกปฏิเสธการจ้างงานด้วย

อย่างไรก็ดี การเลือกปฏิบัติโดยการบังคับตรวจเลือดก่อนจ้างงานถือเป็นรูปแบบการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อที่แพร่หลายที่สุด ไม่ว่าจะเป็นกิจการของรัฐหรือกิจการภาคเอกชน มีธุรกิจอีกจำนวนมากที่บังคับให้ผู้สมัครงานต้องตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากไม่มีการร้องเรียนจากผู้ติดเชื้อ จึงไม่มีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไขปัญหาในกรณีดังกล่าว เช่น การบังคับตรวจเลือดในกิจการของรัฐวิสาหกิจแห่งหนึ่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ข้อมูล **แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน** ก็โทรศัพท์มาปรึกษาเจ้าหน้าที่ในศูนย์อำนวยความสะดวกการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ¹¹¹ หรือกรณีที่บริษัทมหาชนขนาดใหญ่ปฏิเสธที่จะขอรับมาตรฐาน ASO THAILAND เนื่องจากองค์กรนี้ ยังคงมีแนวทางการบังคับตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานเป็นต้น¹¹²

(1.2) ถูกบังคับให้ออกจากงานเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี¹¹³

กรณีนี้พบในธุรกิจร้านอาหาร (2555) ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีการบังคับให้ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีขณะจ้างงาน แต่หลังจากผู้ติดเชื้อเข้าไปทำงานได้ไม่กี่วัน ผู้จัดการสถานประกอบการเรียกผู้ติดเชื้อไปพบและเล่าให้ฟังว่า มีลูกค้ามาแจ้งว่าพนักงานติดเชื้อ จึงเรียกพนักงานที่ติดเชื้อมาสอบถามว่าติดเชื้อหรือไม่ เมื่อพนักงานคนดังกล่าวยอมรับว่าตนเองติดเชื้อ ก็ถูกตำหนิที่ไม่บอกความจริง และให้เหตุผลว่า “ถ้าเพื่อนร่วมงานติดเชื้อจะว่าอย่างไร” แม้ผู้ติดเชื้อจะพยายามอธิบายถึงช่องทางการติดต่อ แต่ผู้จัดการก็ไม่รับฟัง และไม่ให้นำมาทำงานอีก โดยให้นำบัตรพนักงานมาคืน และแจ้งว่าจะโอนค่าจ้างให้ในภายหลัง

(2) กรณีศึกษาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ชี้ให้เห็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน 2 แบบ คือ การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีก่อนจ้างงาน และการให้ออกจากงานเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี เมื่อได้ข้อมูลจากมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ผู้วิจัยได้ติดต่อสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อในที่ยินยอมให้ข้อมูลในทั้ง 2 กรณี กรณีแรก เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการจ้างงานในธุรกิจขายปลีกที่มีการขายอาหาร และกรณี

¹¹⁰ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อในส่วนต่อไป

¹¹¹ ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ศูนย์อำนวยความสะดวกการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มีนาคม 2556

¹¹² ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์, การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มีนาคม 2556

¹¹³ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อในส่วนต่อไป

ที่สอง เป็นผู้ติดเชื้อที่นายจ้างให้ออกจากงานเมื่อรู้ว่าเคยติดเชื้อเอชไอวีในธุรกิจร้านอาหาร แต่ละกรณีมีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ถูกบังคับตรวจเลือด เปิดเผยผลเลือดและไม่รับเข้าทำงานเพราะมีเชื้อเอชไอวี¹¹⁴

แมน (นามสมมติ) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไปสมัครงานในตำแหน่งผู้ช่วยผู้จัดการร้านค้าซูเปอร์มาร์เก็ตของบริษัทขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง กว่าจะได้เข้าทำงาน แมนต้องผ่านทั้งการสอบข้อเขียน และการสัมภาษณ์ถึง 2 ครั้ง โดยสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ที่สำนักงานใหญ่ และยังต้องสอบสัมภาษณ์ที่บริษัทในเครืออีกครั้ง เมื่อแมนสอบผ่านทุกขั้นตอน บริษัทแม่ได้ส่งตัวแมนไปตรวจร่างกายเพื่อหาไวรัสเอดส์ Anti-HIV ที่โรงพยาบาลในเครือเดียวกับบริษัท และเมื่อผลเลือดออกมาว่า แมนมีเชื้อเอชไอวี บริษัทแห่งนั้น จึงไม่รับแมนเข้าทำงาน

แมนได้โทรศัพท์ไปปรึกษามูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และไปร้องเรียนที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2552 เพื่อต้องการให้มีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ รวมถึงเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้ติดเชื้อทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวได้มีงานทำ จนปัจจุบัน เรื่องดังกล่าวก็เงียบหายไป

ปัจจุบันแมนได้เข้าทำงานในบริษัทลูกอีกแห่ง ที่อยู่ในเครือของบริษัทแม่เหมือนเดิม ในกิจการที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับอาหาร แมนยอมรับว่า ในกิจการของเอกชน เป็นเรื่องยากที่จะมีการบังคับในกฎหมาย เขามองว่าการที่เขาได้ทำงานในบริษัทแม่แห่งเดิม ก็แสดงให้เห็นแนวโน้มว่า ผู้บริหารระดับสูงก็มีการปรับตัวยอมรับผู้ติดเชื้อในระดับหนึ่ง

สำหรับในเรื่องการร้องเรียน เขายอมรับว่า เมื่อไปร้องเรียนแล้วไม่ได้ผล เขาก็ยอมรับได้ว่า “ไม่ก็คือไม่” แต่ถ้าสามารถมีมาตรการใดๆ ที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อรุ่นหลังๆ มีโอกาสในการทำงาน ก็จะเป็นเรื่องดี

¹¹⁴ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, สัมภาษณ์ 7 พฤศจิกายน 2556

กรณีศึกษาที่ 2 ถูกให้ออกจากงานเพราะติดเชื้อเอชไอวี¹¹⁵

หญิง (นามสมมติ) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งผ่านการรักษาตัวจากโรคแทรกซ้อน ในช่วงพักฟื้น หญิงได้อาศัยอยู่บ้านพักที่ใครๆ ก็รู้ว่าเป็นบ้านพักสำหรับผู้ติดเชื้อ เมื่อสุขภาพแข็งแรงขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ หญิงจึงเริ่มออกไปหางานทำ และได้งานที่ร้านอาหารที่มีแฟรนไชส์มากมายแห่งหนึ่ง ซึ่งไม่มีการบังคับให้ผู้สมัครงานต้องตรวจเลือด เมื่อบริษัทรับเข้าทำงาน หญิงก็ต้องลงทุนขอยืมเงินเพื่อนมาซื้อเสื้อผ้าเพื่อให้ดูกระเป๋ียบกับร้านอาหารแห่งนั้น ตำแหน่งงานที่หญิงรับผิดชอบ มีทั้งในครัวและส่วนที่ต้องบริการลูกค้า หญิงทำงานได้ไม่กี่วัน ผู้จัดการสาขาแห่งนั้นก็เรียกหญิงไปคุย และบอกหญิงว่า มีลูกค้าซึ่งอาศัยอยู่ใกล้ที่พักของหญิง และรับรู้ว่าบ้านพักแห่งนั้นเป็นบ้านพักของผู้ติดเชื้อ มาแจ้งผู้จัดการว่า หญิงเป็นคนที่อยู่บ้านพักผู้ติดเชื้อ ผู้จัดการจึงสอบถามว่า หญิงติดเชื้อจริงๆ หรือไม่ เมื่อหญิงยอมรับว่า ตนเองติดเชื้อ ก็ถูกผู้จัดการตำหนิที่ไม่บอกความจริง พร้อมทั้งกล่าวโทษว่า ถ้าเพื่อนร่วมงานติดเชื้อจะอย่างไร หญิงพยายามทำความเข้าใจกับผู้จัดการว่า เชื้อเอชไอวีไม่ได้ติดกันง่ายๆ และมีช่องทางการติดต่ออย่างไรบ้าง แต่ผู้จัดการก็ไม่รับฟัง และให้หญิงออกจากงาน โดยคืนบัตรพนักงาน และบอกว่าจะโอนค่าจ้างให้ทีหลัง

สำหรับหญิง การตกงานในครั้งนี้ ไม่เพียงทำให้หญิงสูญเสียรายได้หลัก และต้องเป็นหนี้ที่เกิดจากการขอยืมเงินเพื่อนมาเพื่อลงทุนซื้อเสื้อผ้ามาทำงานเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการสูญเสียความมั่นใจที่หญิงเพิ่งฟื้นฟูขึ้นมาหลังจากการเจ็บป่วยอีกด้วย หญิงรู้สึกกลัวไปหมด ถ้าจะต้องไปเริ่มสมัครงานใหม่ ณ เวลานั้น หญิงเองยังไม่แน่ใจว่าจะกลับไปทำงานด้วยซ้ำ ถ้าหลังการเจรจาครั้งล่าสุด ร้านอาหารแห่งเดิมจะยังรับหญิงไปทำงานเหมือนเดิม

สำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านเชื้อเอชไอวี ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นเรื่องสถานการณ์ภาพรวมของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ การดำเนินการตามนโยบายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ปัญหา อุปสรรคและความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดในบทที่ 4¹¹⁶ ในขณะที่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นายจ้าง ก็เป็นเงื่อนไขและข้อกำหนดในการจ้างงาน ทิศนคติต่อการจ้างงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะนำเสนอในส่วนที่ว่าด้วยสาเหตุของการเลือกปฏิบัติต่อไป

3.2.2 ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อในโครงการ จัดขึ้น 2 ครั้ง ครั้งแรก เป็นการจัดการสนทนากลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) ที่มาจากภูมิภาคต่างๆ เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2556 ที่โรงแรมทีเคพาเลซ ถนนแจ้งวัฒนะ ส่วนครั้งที่ 2 เป็นการจัดสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ติดต่อแกนนำในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) และจัดการสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อในเขตพื้นที่ อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี เมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2556 ที่ชมรมเพื่อนที่รู้ใจ อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี (ดูรายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ในภาคผนวก)

ผลจากการสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งแรก ยืนยันให้เห็นว่า การบังคับให้ตรวจเลือดมีให้เห็นในธุรกิจเกือบทุกประเภท ทั้งที่เป็นการจ้างงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ เช่น ในธุรกิจอาหารแช่แข็ง หรือ

¹¹⁵ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, สัมภาษณ์, 27 พฤษภาคม 2556

¹¹⁶ ผู้อำนวยการศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2556

แม้แต่ในอุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา หรือการเลือกผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน¹¹⁷ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)¹¹⁸ การสมัครเข้ากลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือรวมกลุ่มเพื่อกู้เงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การเกษตร (ธกส.) ในบางพื้นที่ โรงเรียนสอนนวดแผนไทย ร้านขายของฝาก¹¹⁹ ก็อ้างเหตุผลเรื่องสถานการณ์ ติดเชื้อเอชไอวีในการกีดกันผู้ติดเชื้อออกไปด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในครั้งแรก เป็นแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีประสบการณ์ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาการถูกละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้ข้อมูลเรื่องสถานการณ์การเลือกปฏิบัติ จึงมีน้ำหนักน้อยกว่าการวิเคราะห์สาเหตุการเลือกปฏิบัติและแนวทางการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะนำเสนอในส่วนต่อไป

อย่างไรก็ดี แม้ว่าการสนทนากลุ่มครั้งแรก จะไม่สามารถให้สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อได้ชัดเจนนัก แต่การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 2 ซึ่งจัดขึ้นในพื้นที่ สามารถให้ภาพการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจนกว่า โดยเฉพาะที่เป็นการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน โดยเป็นที่น่าสนใจว่า แม้ว่าผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งขาดโอกาสในการทำงานในระบบ และหันมาเป็นแรงงานนอกระบบ เพื่อหลีกเลี่ยงกระบวนการตรวจเลือดของสถานประกอบการ และกลับมาอยู่ในชุมชน อาชีพของพวกเขาได้แก่ การเป็นแรงงานรับจ้างในชุมชน การประกอบกิจการร้านค้า ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และประกอบธุรกิจส่วนตัว ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่ง ก็ยังประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน กรณีที่น่าสนใจได้แก่¹²⁰

กรณีที่ 1 การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อที่ขายอาหาร ในระยะแรกๆ เมื่อลูกค้าทราบสถานะของผู้ติดเชื้อ ทำให้ลูกค้าไม่ซื้ออาหารที่ผู้ติดเชื้อทำขาย เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อจากอาหาร และรังเกียจสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ติดเชื้อสามารถพิสูจน์ตนเองว่า ตนเองไม่เจ็บป่วยและไม่ได้มีสภาพที่น่ารังเกียจ ประกอบกับ มีการพยายามทำความเข้าใจจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อกับประชาชนคนอื่นๆ ในชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถขายอาหารได้จนถึงปัจจุบัน

กรณีที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่ตัดสินใจทำธุรกิจเพาะเห็ดขาย ในระยะแรกๆ ลูกค้าไม่ซื้อเห็ดจากผู้ติดเชื้อรายนี้ เพราะเกรงว่าจะมีการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีในระหว่างเก็บเห็ด เมื่อผู้ติดเชื้อ พยายามทำความเข้าใจกับคนในชุมชนถึงช่องทางในการติดต่อ และแสดงให้เห็นว่า ตนเองไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจนเป็นที่น่ารังเกียจ ทำให้สามารถขายผลผลิตได้ต่อไป¹²¹

กรณีที่ 3 ผู้ติดเชื้อที่เป็นแรงงานรับจ้างในชุมชน ในระยะแรก เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้ไม่ค่อยมีคณมาจ้างทำงาน ต่อเมื่อสุขภาพดีขึ้น จึงมีคณมาจ้างทำงาน และเมื่อตนเองแสดงให้เห็นว่า สามารถทำงานได้เช่นเดียวกับคนอื่นๆ หนึ่งในกรณีนั้นเป็นผู้รับเหมาที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็สามารถทำงานได้ตามปกติ

กรณีที่ 4 ผู้ติดเชื้อที่เคยทำงานเป็นหมอนวดแผนไทยในร้านนวดแผนไทย เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อ ก็เป็นฝ่ายลาออกมารักษาตัว และเมื่อสุขภาพดีขึ้น ได้กลับมาเปิดบริการร้านนวดของตนเอง โดยไม่ได้แจ้งลูกค้าทั่วไปว่าตนเองติดเชื้อ เธอเล่าให้ฟังว่า เคยบอกลูกค้าบางคนที่มีความสนิทสนม ปรากฏว่าลูกค้าบางคนก็ไม่เชื่อ

¹¹⁷ กรณีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มี 2 กรณี กรณีแรก ยอมให้มีการแต่งตั้งเพราะประชาชนเลือกเข้ามา และกรณีที่สอง เป็นการยอมให้ทำงาน แต่แต่งตั้งโดยใช้ชื่อคนอื่น (การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 1, 14 มกราคม 2556) อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะผู้วิจัยตรวจสอบ โรคต้องห้ามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา ก็ไม่พบว่ากำหนดให้โรคเอดส์เป็นโรคต้องห้ามแต่อย่างใด

¹¹⁸ กรณี อสม. ผู้ติดเชื้อระบุว่า มีระเบียบ อสม. ข้อ 63 กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยร้ายแรงไม่สามารถมาเป็น อสม.ได้ (การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 1, 14 มกราคม 2556) แต่เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบระเบียบ อสม.แล้ว ไม่ปรากฏข้อกำหนดดังกล่าวแต่อย่างใด

¹¹⁹ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²⁰ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²¹ การสนทนากลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ, ห้องประชุมโรงพยาบาลท่าใหม่ จ.จันทบุรี, 27 มกราคม 2556

เพราะเห็นว่าตนเองมีสุขภาพดี อ้วนท้วน สมบูรณ์ ลูกค้าบางคนก็ยอมรับได้และยังคงมาใช้บริการ แต่เธอก็ไม่แน่ใจว่า ถ้าลูกค้าทั่วไปรู้สถานะการติดเชื้อแล้ว ร้านนวดของเธอจะดำเนินการต่อได้หรือไม่

กรณีที่ 5 การเลือกปฏิบัติในธุรกิจขายของฝาก ผู้ติดเชื้อรับจ้างขายของในร้านขายของฝาก และนายจ้างให้ออกจากงานเมื่อทราบสถานะการติดเชื้อ โดยอ้างเหตุผลว่า ธุรกิจของตนเป็นธุรกิจบริการ และเกรงว่าคู่แข่งธุรกิจจะใช้เป็นเหตุในการโจมตี ต่อมาผู้ติดเชื้อคนนี้ได้ไปสมัครงานในที่แห่งใหม่ ซึ่งเป็นรีสอร์ทที่ไม่มี การบังคับให้ตรวจเลือด โดยในกรณีนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อวิเคราะห์ว่า สาเหตุที่แท้จริงของการให้ออกจากงานไม่น่าจะเป็นเรื่องสถานะการติดเชื้อ แต่เป็นเพราะนายจ้างต้องการให้ออกจากงานด้วยเหตุผลอื่นๆ มากกว่า¹²² อย่างไรก็ตาม ในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นตราบาป ทำให้ผู้ติดเชื้อถูกซ้ำเติม ด้วยการกล่าวอ้างสถานะการติดเชื้อเป็นสาเหตุในการให้ผู้ติดเชื้อออกจากงาน แทนที่จะเป็นการใช้เหตุผลที่แท้จริง

กรณีสุดท้าย เป็นการบังคับตรวจเลือดกับผู้ที่เข้าอุปสมบทตามมติของมหาเถรสมาคม กรณีนี้เกิดขึ้นเมื่อลูกชายของผู้ติดเชื้อสมัครเข้าอุปสมบทในวัดแห่งหนึ่ง ซึ่งทางวัดมีแบบฟอร์มให้หน่วยงานต่างๆ รับรองความประพฤติ รวมทั้งให้ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วย แต่เมื่อผู้ติดเชื้อสอบถามถึงเหตุผลของการตรวจ ฝ่ายแพทย์ก็ให้ไปถามทางวัด ทางวัดก็ไม่ได้ให้เหตุผลที่ชัดเจน และในที่สุดทางวัดก็ยอมให้บวช โดยไม่ต้องมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

ส่วนกรณีที่ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ พบว่า ผู้ติดเชื้อบางคน ได้รับการยอมรับบทบาทในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งชาวบ้านในพื้นที่เห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเข้มแข็งไม่แพ้ อสม. คนอื่นๆ หรือในบางพื้นที่ แม้ว่าจะมีการกล่าวอ้างไม่ให้ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แต่เมื่อประชาชนให้การยอมรับ ทำให้ฝ่ายราชการต้องยินยอมแต่งตั้ง (ในขณะที่อีกกรณีหนึ่ง เป็นการแต่งตั้งคนอื่นๆ ให้ดำรงตำแหน่งแทนผู้ติดเชื้อ และให้ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ทำงานหลัก) หรือการที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแห่งหนึ่ง ไม่เลือกปฏิบัติและยังสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อได้ทำงานต่อไป เนื่องจากผู้บริหารองค์กรแห่งนั้นเคยมีประสบการณ์ที่ญาติเป็นผู้ติดเชื้อ จึงมีความเข้าใจและให้โอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้ดำเนินชีวิตตามปกติ¹²³

เมื่อพิจารณาจากกรณีการเลือกปฏิบัติที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเสี่ยงกระบวนการเลือกปฏิบัติในระดับสถาบันการทำงาน และกลับมาประกอบอาชีพที่ไม่ต้องมีการบังคับให้ตรวจเลือดในชุมชน แต่ก็ยังได้รับผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชนอยู่ดี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม แสดงให้เห็นว่า เมื่อพวกเขาถูกเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน ทางออกที่สำคัญคือความพยายามในการพิสูจน์ตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นว่า เมื่อพวกเขาถูกเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน ทางออกที่สำคัญคือความพยายามในการพิสูจน์ตนเอง เพื่อแสดงให้เห็นว่า พวกเขายังมีสุขภาพแข็งแรง ไม่ได้อยู่ในสภาพที่น่ารังเกียจ พร้อมไปกับการพยายามทำความเข้าใจกับคนในชุมชน โดยมีเครือข่ายผู้ติดเชื้อในท้องถิ่นเป็นกลไกที่สำคัญในการสนับสนุน ให้กำลังใจ ร่วมแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ติดเชื้อยังคงดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แม้ว่าจะเปิดเผยสถานะการเป็นผู้ติดเชื้อของตนเองก็ตาม

ผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลส่วนนี้ เป็นผลมาจากการสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2 ครั้ง ประกอบกับการสนทนากลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ โดยทั้งสองกลุ่มมองว่า การบังคับตรวจเลือดในการสมัครงาน ซึ่งเป็นด่านแรกในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีทางเลือกในการประกอบอาชีพน้อยลง ขาดโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน ตลอดจนโอกาสในการเพิ่มรายได้ และในหลายกรณี เมื่อผู้ติดเชื้อสูญเสียอาชีพหลัก และกลับมาทำงานในชุมชน ก็ยังถูกเลือกปฏิบัติ

¹²² ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²³ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 1, 14 มกราคม 2556

ในระดับชุมชน ผลกระทบจึงไม่เพียงเกิดขึ้นกับเฉพาะตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่คนในครอบครัวก็ยังได้รับผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติที่ขยายไปถึงความสัมพันธ์เรื่องอื่นๆ ในชุมชนด้วย

สำหรับผู้ติดเชื้อที่ประกอบธุรกิจขายอาหารประสบความสำเร็จ นอกจากลูกค้าจะไม่ซื้ออาหารแล้ว ยังรังเกียจไปถึงอาหารที่ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเป็นผู้ปรุงด้วยและเมื่อผู้ติดเชื้อไปร่วมงานประเพณีที่วัด ก็ถูกกีดกัน ไม่ให้ทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารเป็นต้น¹²⁴

ส่วนผลกระทบทางอ้อมจากการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อนั้น ปรากฏออกมาในหลายรูปแบบ ที่สำคัญได้แก่

(1) ทำให้ผู้ติดเชื้อยิ่งตีตราบาปให้ตัวเอง (self-stigma) หรือเป็นการตีตราภายในตนเอง (internal stigma) ยอมรับทัศนคติของคนรอบข้างว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิดบาป น่ารังเกียจ เห็นว่า การเลือกปฏิบัติของคนอื่นๆ เป็นเรื่องที่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลของตนเอง แต่ใช้ชีวิตอยู่อย่างหวาดระแวง เกรงว่าผู้อื่นจะรู้ตลอดเวลา ในหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลและเข้ารับการรักษาซ้ำเกินไป ทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร¹²⁵

(2) กรณีที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตนเองต่อคนรอบข้างและคนในชุมชนโดยไม่สมัครใจ เมื่อขาดการทำความเข้าใจกับชุมชนและคนรอบข้าง ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต ซึ่งไม่เฉพาะตัวผู้ติดเชื้อ แต่รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิด โดยเฉพาะในกรณีที่บุตรหลานที่อยู่ในโรงเรียน เมื่อครูเป็นฝ่ายบอกสถานะการติดเชื้อต่อบุตรหลาน ก็มีคำแนะนำให้ย้ายโรงเรียน เพราะเกรงจะติดเชื่อนักเรียนคนอื่นๆ และเกรงว่าผู้ปกครองนักเรียนคนอื่นๆ จะรังเกียจ และไม่ให้บุตรหลานมาเรียนในโรงเรียนแห่งนั้นอย่างใดก็ได้ เมื่อครูได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ปัญหาดังกล่าวก็หายไป และนักเรียนผู้นั้นก็สามารถเข้าเรียนได้ตามปกติ¹²⁶

(3) การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ยังส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อด้วย โดยเฉพาะในการบริการด้านสุขภาพ เมื่อผู้ติดเชื้อถูกเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น ถูกจัดให้ทำฟันหรือตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นคิวท้ายๆ เป็นต้น¹²⁷

(4) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยครอบคลุมยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ในทางปฏิบัติ กลับมีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ทำให้กำลังแรงงานส่วนหนึ่งหายไปจากระบบ¹²⁸

สาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลส่วนนี้ได้มาจากหลายส่วนคือ การจัดสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด การจัดการสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ¹²⁹ การจัดสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือกับนายจ้าง¹³⁰ การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่

¹²⁴ การสนทนากลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²⁵ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²⁶ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

¹²⁷ การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 1, 14 มกราคม 2556

¹²⁸ ข้อเสนอแนะการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1 17 ตุลาคม 2555

¹²⁹ การสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ 8 มีนาคม 2556

¹³⁰ การสนทนากลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ, 14 มีนาคม 2556

ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹³¹ ประกอบการสัมภาษณ์ นายจ้างประกอบ

สำหรับการสนทนากลุ่มในกลุ่มนายจ้าง ใช้การสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือ ซึ่งเลือกผู้เข้าร่วม สนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนในเรื่องนั้นๆ และในกระบวนการสนทนากลุ่มนี้จะมีขั้นตอนดังนี้

- เริ่มจากการตั้งคำถามเบื้องต้นถึงสภาพปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการ ประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการ ค้ำครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- ย้อนกลับมาให้ผู้เข้าร่วมสนทนาใคร่ครวญ ถกเถียงถึงคำถามเดิมและตอบคำถามอีกครั้ง
- ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอที่เป็นทางออกสำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของ ผู้ติดเชื้อ

จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด พบว่า สาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ มีดังนี้

(1) การขาดความรู้ที่ถูกต้องของนายจ้าง และคนรอบข้างต่อช่องทางทางการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้นายจ้างในกิจการประเภทที่เกี่ยวข้องกับอาหาร และบริการ กลัว และตั้งข้อรังเกียจ โดยอ้างว่า เกรงว่าจะไปแพร่เชื้อกับผู้อื่น ดังจะเห็นได้จากในกรณีของแมน ที่สามารถกลับมาทำงานในบริษัท (แม่) บริษัทเดิม โดยทำงานในกิจการที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาหาร นอกจากนี้ นายจ้างบางส่วน ยังขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับ สิทธิและการเลือกปฏิบัติตามกฎหมายไทย โดยนายจ้างบางแห่งที่เคยมีการเลือกปฏิบัติยอมรับว่า เป็นเพราะ ไม่รู้ว่าผิดกฎหมาย¹³²

(2) ความเข้าใจที่ว่า “เอดส์ เป็นแล้วตาย รักษาไม่ได้” ทำให้นายจ้างจำนวนหนึ่ง เกรงว่า การจ้างผู้ ติดเชื้อไปทำงานแล้วจะไม่คุ้มค่า เพราะเกรงว่าผู้ติดเชื้อจะเจ็บป่วยและลางานบ่อยๆ¹³³ และในบางกรณี ก็เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีขีดจำกัดในการทำงานอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ ทำให้อาจจะไม่คุ้มทุน โดยเฉพาะถ้ามีการลงทุนพัฒนาบุคลากรแล้วผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ ทั้งยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายที่ นายจ้างต้องจ่ายให้เป็นสวัสดิการในส่วนที่เพิ่มเติมจากสิทธิประกันสังคม เช่น เงินชดเชยกรณีออกจากงาน การ เสียชีวิต เป็นต้น¹³⁴ ทั้งนี้ ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ตามปกติ แต่ความพยายามในการแก้ไขมายาคติดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างทัศนคติที่ดีได้

¹³¹ การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มีนาคม 2556

¹³² การสนทนากลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ, 14 มีนาคม 2556

¹³³ ทัศนะเช่นนี้ ได้รับการยืนยันจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการฝ่ายบุคคลของบริษัทมหาชนแห่งหนึ่ง, 17 กรกฎาคม 2556

¹³⁴ เจ้าของคิลเลอร์ธุรกิจขายรถยนต์แห่งหนึ่ง (ไม่เปิดเผยชื่อ), สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2556

เงื่อนไขการจ้างงานของนายจ้างในธุรกิจขายรถยนต์

เจ้าของดีลเลอร์ขายรถยนต์ ถือเป็นเจ้าของธุรกิจที่มีอำนาจในกำหนดเงื่อนไขในการจ้างงานลูกจ้างได้เอง บริษัทแม่ ไม่มีนโยบายที่มีข้อกำหนดในการเลือกปฏิบัติเนื่องจากเหตุผลสภาพ หรือมีข้อกำหนดให้มีการบังคับตรวจสอบเลือดในการจ้างงาน โดยทั่วไป บริษัทแม่ จะมีอิทธิพลในการกำกับนโยบายในการจ้างงานในเรื่องมาตรฐานแรงงาน โดยเฉพาะเรื่องการยกระดับคุณภาพของลูกจ้างที่ต้องปรับตัวตามเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นเท่านั้น เช่น กำหนดให้ศูนย์บริการแต่ละระดับมีสัดส่วนพนักงานที่จบวุฒิการศึกษา ปวส. หรือปริญญาตรีขึ้นไปเพื่อรับรองมาตรฐานศูนย์บริการดังกล่าวเท่านั้น การกำหนดเงื่อนไขว่าจะให้มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีในการรับคนเข้าทำงานหรือไม่ จึงเป็นอำนาจของเจ้าของธุรกิจดังกล่าวเอง

ในการจ้างงาน เจ้าของธุรกิจจะให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าในการจ้างลูกจ้างเป็นหลัก โดยเฉพาะเมื่อเจ้าของธุรกิจ ต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากร จึงให้ความสำคัญกับการจ้างลูกจ้างที่สามารถทำงานได้ในระยะยาวมากกว่า ประกอบกับเจ้าของธุรกิจบางแห่ง เคยมีประสบการณ์ในการจ้างงานผู้ติดเชื้อที่ล้มป่วยและลาออกหรือเสียชีวิต ทำให้ธุรกิจต้องมีค่าใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการที่เพิ่มจากประกันสังคม เช่น เงินชดเชยกรณีออกจากงาน เงินสะสม หรือแม้แต่เงินชดเชยสำหรับลูกจ้างที่เสียชีวิต จึงอาจเป็นเหตุให้เจ้าของธุรกิจบางแห่ง กำหนดให้มีการบังคับตรวจเลือดเป็นเงื่อนไขในการจ้างงาน

(เจ้าของธุรกิจขายรถยนต์แห่งหนึ่งที่ไม่มียุทธศาสตร์บังคับตรวจเลือด, สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2556)

(3) ทักษะคิดแบบเมตตา ที่เห็นว่าเมื่อติดเชื้อแล้วควรจะรักษาตนเอง หรือควรทำงานที่ไม่มีความเสี่ยง

(4) ทักษะเชิงอคติ ที่เห็นว่า การติดเชื้อเป็นเรื่องผิด บาป น่าละอาย จึงไม่ควรจะไปเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ

กลุ่มผู้ติดเชื้อวิเคราะห์ว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจและอคติเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ทศวรรษแรกๆ ที่มีลักษณะ**ขูให้คนกลัว** โดยเฉพาะจากคำขวัญที่ว่า “เอดส์ เป็นแล้วตาย รักษาไม่ได้” ยิ่งเป็นการปลูกฝังมายาคติทำให้เอดส์ และเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่ากลัว โดยนโยบายการบริหารจัดการเอดส์ของภาครัฐเช่นนี้ ถูกวิจารณ์ว่า นโยบายของรัฐในการจัดการปัญหาโรคเอดส์คือการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นตกอยู่ภายใต้แนวคิดระบาดวิทยานั้น เป็นการจำกัดมุมมองไม่ให้เห็นเอดส์ในมิติอื่นๆเลยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงเอดส์/เอชไอวี การตีตราและการเลือกปฏิบัติ¹³⁵ นโยบายเช่นนี้ ยิ่งซ้ำเติมการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อไป

สำหรับการสนทนากลุ่มแบบปรึกษาหารือในกลุ่มนายจ้าง ได้มีการเพิ่มเติมข้อมูลและแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับมาตรการ/มาตรฐานอื่นๆ ในกระบวนการผลิต/บริการ อันเป็นเงื่อนไขที่ทำให้กิจการเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องมีการบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในผู้สมัครงาน ที่สำคัญได้แก่¹³⁶

มาตรฐาน **การปฏิบัติที่ดีในการผลิตอาหาร** (Good Manufacturing Practices: GMP) เรียกว่า GMP คือ ระบบประกันคุณภาพที่มีการปฏิบัติในการผลิตอาหาร เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมั่นใจต่อการบริโภค หลักการของ GMP ครอบคลุมตั้งแต่สถานที่ตั้งของสถานประกอบการ โครงสร้างอาคาร ระบบปฏิบัติที่ดี มีความปลอดภัยและมีคุณภาพ ได้มาตรฐานทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นวางแผนการผลิต ระบบควบคุมวัตถุดิบ ระหว่างการผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป การจัดเก็บ การควบคุมคุณภาพและการขนส่งถึงผู้บริโภค รวมถึงระบบ

¹³⁵ คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, เรื่องเดียวกัน, หน้า 28-29.

¹³⁶ การสนทนากลุ่ม กลุ่มนายจ้าง /เจ้าของสถานประกอบการ 14 มีนาคม 2556

การจัดการที่ดีในเรื่องสุขอนามัย (Sanitation และ Hygiene)¹³⁷ เมื่อสถานประกอบการอยู่ภายใต้มาตรฐาน GMP จึงไม่จำเป็นต้องมีการเลือกปฏิบัติหรือการบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในตัวผู้สมัครงาน

หลักการป้องกันสองชั้น (Double Prevention) ในธุรกิจสถานพยาบาล¹³⁸ เป็นมาตรการสำคัญเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ ในธุรกิจโรงแรม อาหาร/บริการยังให้ข้อสังเกตไว้อย่างน่าสนใจว่า ถึงที่สุดแล้ว การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในธุรกิจประเภทนี้ ยังไม่น่ากลัวเท่าเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอีกด้วย¹³⁹

3.3 บทวิเคราะห์เรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่การตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในประเทศไทยในปี 2527 แนวทางการทำงานแก้ไขปัญหาเอชไอวีของประเทศไทยที่ผ่านมาเน้นการทำงานเชิงรณรงค์และป้องกันการแพร่ระบาดเป็นหลัก โดยเฉพาะนโยบายการลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีระดับชาติ (พ.ศ.2550-2554) ซึ่งถูกวิจารณ์จากองค์กรพัฒนาเอกชนว่าเป็นการทำงานอยู่บนฐานความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยใช้ข้อมูลความรู้ด้านระบาดวิทยาเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาและกำกับนโยบายเพียงมิติเดียวและแม้ว่าการดำเนินการตามนโยบายอย่างเข้มข้นอาจช่วยลดอัตราการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ แต่ก็อาจทำได้เพียงระยะสั้น ไม่สามารถป้องกันและแก้ปัญหาได้ในระยะยาว เนื่องจากขาดการใช้องค์ความรู้ที่จะทำให้เข้าใจปัญหาเชิงสังคมวัฒนธรรมในกลุ่มเสี่ยง และที่สำคัญนโยบายเช่นนี้ ยังส่งผลกระทบต่อให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด (Most At Risk Populations-MARPs) ด้วย ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี จำเป็นต้องมีการใช้องค์ความรู้ด้านอื่นๆ โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านสังคมวัฒนธรรมและมุมมองด้านสิทธิเพิ่มเติม¹⁴⁰

อย่างไรก็ดี น่าสนใจว่าในยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 ได้เพิ่มมุมมองเรื่องสิทธิไว้อย่างน่าสนใจ โดยเฉพาะมีการกำหนดวิสัยทัศน์เรื่อง “การไม่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ” โดยเป้าหมายในปี 2559 กำหนดให้ (1) มีการแก้ไขกฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกัน รักษา ดูแล และบริการรัฐสาธารณสุข (2) การทำงานเอชไอวีทุกด้านมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคารพสิทธิมนุษยชนและสนองต่อความจำเป็นกับเพศภาวะ และ (3) ลดจำนวนการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อและกลุ่มประชากรเป้าหมายหลักไม่น้อยกว่าร้อยละ 50¹⁴¹ แต่ที่สำคัญกว่านั้น คือ

¹³⁷ ศูนย์เครือข่ายข้อมูลอาหารครบวงจร, Good Manufacturing Practice/GMP [ออนไลน์]

<http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/0352/good-manufacturing-practice-gmp>

¹³⁸ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับมาตรฐาน ASO Thailand, การสนทนากลุ่มผู้ประกอบการ, 14 มีนาคม 2556

¹³⁹ การสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ 8 มีนาคม 2556

¹⁴⁰ คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี, รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวีของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคมปี พ.ศ. 2552, (เชียงใหม่: ดารารวรรณการพิมพ์, 2553), หน้า 26-29.

¹⁴¹ ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 กำหนดวิสัยทัศน์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ 3 ประการ ประกอบด้วย

1) เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2) เป้าหมายไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวีและ 3) เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ดูรายละเอียดใน คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยกรป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี, ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ (พ.ศ.2555 – 2559), (นนทบุรี, ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ, 2555), หน้า 5.

ความจริงจังของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยเฉพาะในภาครัฐที่เป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบาย ยังปรากฏมี

(1) การเลือกปฏิบัติในระดับนโยบาย/กฎหมาย โดยจะเห็นได้จากในกรณีการคัดเลือกข้าราชการฝ่ายตุลาการ และข้าราชการตำรวจ สถานการณ์ข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติที่รับรองความเสมอภาคของบุคคล และมีให้มีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลด้วยเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ (เน้นโดยผู้วิจัย) สถานะทางบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็น¹⁴² ทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานที่ครอบคลุมสถานการณ์ประกอบการทุกประเภท ทั้งหน่วยงานของรัฐ เอกชน แต่ในความเป็นจริง การเลือกปฏิบัติในระดับกฎหมาย/นโยบายในหลายหน่วยงานยังปรากฏอย่างชัดเจน สภาพปัญหาข้างต้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะบทบัญญัติดังกล่าว ยังไม่มีกฎหมายลูกที่มีสภาพบังคับอย่างชัดเจน ทั้งไม่มีบทลงโทษกรณีที่มีการฝ่าฝืนหรือละเมิดกฎหมายดังกล่าว ทำให้ยังคงมีปรากฏการณ์การเลือกปฏิบัติในระดับกฎหมาย/นโยบาย เช่นนี้

(2) การเลือกปฏิบัติระดับสถาบัน ซึ่งเกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาและสถานที่ทำงาน ดูเหมือนจะเป็นปัญหาหลักในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อมากที่สุด โดยปัญหาที่แพร่หลายที่สุดคือ การบังคับตรวจเลือดก่อนจ้างงาน ซึ่งพบในธุรกิจหลายประเภท ที่สำคัญได้แก่ ธุรกิจโรงแรม การค้าปลีก ธุรกิจอาหารและบริการธนาคารและแม้แต่ธุรกิจขายรถยนต์

(3) การเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน หรืออีกนัยหนึ่งคือการเลือกปฏิบัติในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เมื่อผู้ติดเชื้อถูกเลือกปฏิบัติในระดับสถาบัน การกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนดูเหมือนเป็นทางเลือกแรกๆ แต่ข้อมูลจากการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า หลายกรณีการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน ทำให้ชุมชนไม่สามารถทำหน้าที่เป็นโครงข่ายคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) ที่ดีนัก และกลายเป็นส่วนที่ซ้ำเติมสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียเอง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษา พบว่า การแก้ปัญหาการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชนดูจะเป็นเรื่องง่ายกว่าการเลือกปฏิบัติในระดับสถาบัน และนโยบาย/กฎหมาย โดยเฉพาะเมื่อตัวผู้ติดเชื้อสามารถทำความเข้าใจเรื่องช่องทางการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวีกับคนในชุมชนของตนเอง รวมทั้งพิสูจน์ตัวเองได้ว่า เขาเหล่านั้นยังสามารถดำเนินชีวิต และประกอบอาชีพได้ไม่ต่างจากผู้อื่น

อย่างไรก็ดี จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ใกล้ชิด พบว่า สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างมากในธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับอาหาร และธุรกิจบริการ โดยนายจ้างมีความหวาดกลัวว่า ผู้ติดเชื้อจะแพร่เชื้อให้คนอื่น ๆ ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการ¹⁴³ สาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ ยังคงอยู่ที่ความหวาดกลัวการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจถึงเทคโนโลยีการดูแลรักษาในปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถมีชีวิตอยู่และปฏิบัติงานได้เหมือนคนทั่วไป ทั้งนี้เป็นผลมาจากพลังที่เกิดจากประสิทธิผลของการณรงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ทศวรรษแรกๆ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 จะเพิ่มมุมมองเรื่องการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักในการมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to

¹⁴² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30

¹⁴³ อย่างไรก็ดี เนื่องจากคณะผู้วิจัยไม่ได้รับความร่วมมือจากนายจ้างกลุ่มนี้เลย ไม่ว่าจะเป็นการให้สัมภาษณ์หรือการร่วมสนทนากลุ่ม เนื่องมาจากความวิตกกังวลในเรื่องภาพลักษณ์องค์กร หรือแม้แต่การขาดความไว้วางใจในตัวคณะผู้วิจัย ในการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติ การสร้างความไว้วางใจ โดยเฉพาะกับกลุ่มเป้าหมาย กลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก และจำเป็นต้องใช้เวลาสำหรับกระบวนการสร้างความไว้วางใจก่อนที่จะดำเนินงานในขั้นต่อไป

ZERO)¹⁴⁴ แต่ก็ดูเหมือนว่า จะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการตามแผนดังกล่าวมากนัก¹⁴⁵ โดยเฉพาะในระบบงบประมาณแบบใหม่ที่กระจายอำนาจให้หน่วยปฏิบัติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการของงบประมาณเอง เช่นเดียวกับพลังในการรณรงค์เพื่อลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งใน การให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี เทคโนโลยีในการดูแลรักษา ก็ยังจำกัดอยู่เฉพาะ ในแวดวงขององค์กรภาคประชาสังคม หรือเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีขีดจำกัดในเรื่องทรัพยากร จึงไม่สามารถ รณรงค์ได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีพลังที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวงกว้าง เพื่อที่จะเข้าใจสถานการณ์การ ดำเนินงานเพื่อแก้ไขการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยในบทต่อไปจะวิเคราะห์ถึง การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาการ เลือกปฏิบัติต่อไป

¹⁴⁴ ราชยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 มีเป้าหมายหลักคือการมุ่งไปสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ใน 3 เรื่อง คือ การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการตายเนื่องจาก เอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

¹⁴⁵ ข้อสังเกตนี้ได้มาจากเจ้าหน้าที่ ศบ.จอ. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในวันที่ 24 ตุลาคม 2556

บทที่ 4

การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ ในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในบทที่ 2 คณะผู้วิจัยได้ทบทวนถึงมาตรการทางกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในบทนี้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอถึงการดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาข้อเสนอแนะเพื่อการคุ้มครองสิทธิและแก้ไขปัญหาในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อต่อไป

เนื้อหาในบทนี้ ประกอบด้วย การสำรวจแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงาน ประสิทธิภาพและข้อจำกัดในการดำเนินงานของหน่วยงานประเภทต่างๆ โดยจัดเป็นการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มาตรการส่งเสริม	มาตรการคุ้มครองสิทธิ
<p>คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 (Getting to Zero)</p>	
<p>กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สายด่วนผู้ใช้แรงงาน 1546 - สำนักงานอัยการสูงสุด – รับเรื่องร้องเรียน
<p>สมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ การให้การรับรองตาม มาตรฐาน ASO THAILAND</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 1663 - มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ - เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย - สภานายความ รับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน
	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

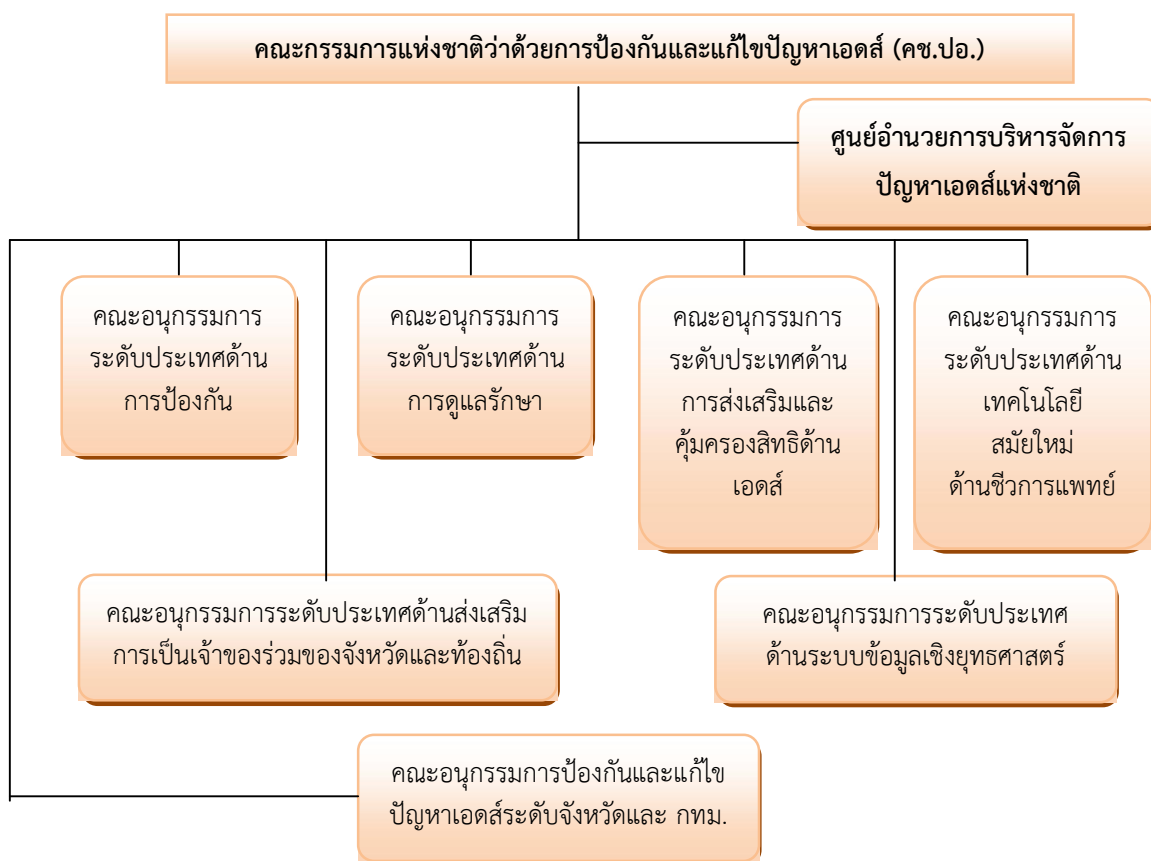
4.1 การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) และศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการ (1) กำหนดนโยบายใน

การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ (2) กำหนดแผนงาน และมาตรการสำหรับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการบริหารและจัดการปัญหาเอดส์ (3) ควบคุม กำกับดูแลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ และของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็นไปตามแนวนโยบายที่กำหนดไว้ รวมไปถึง (4) ประสานงานและแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน¹⁴⁶ คณะกรรมการชุดปัจจุบัน ตั้งขึ้นในปี 2552 ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน กรรมการโดยตำแหน่ง ซึ่งเป็นข้าราชการประจำระดับปลัดกระทรวงและอธิบดีในกรมที่เกี่ยวข้อง เลขาธิการสภาการศึกษา และตัวแทนภาคประชาสังคมอีก 11 คน โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่ในศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ¹⁴⁷

ในการดำเนินงาน คช.ปอ. ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการอีก 7 ชุด ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

แผนภาพที่ 3 โครงสร้างของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์



ที่มา: คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559, พิมพ์ครั้งที่ 2, (นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2555), หน้า 20

¹⁴⁶ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2547

¹⁴⁷ ดูรายชื่อคณะกรรมการชุดปัจจุบันได้ในภาคผนวก

ภายใต้โครงสร้างดังกล่าว คณะอนุกรรมการระดับประเทศด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ เป็นกลไกหลักที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อนอกจากอนุกรรมการชุดนี้แล้ว ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง¹⁴⁸ ที่สำคัญได้แก่ กระทรวงแรงงาน โดยเฉพาะกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีภารกิจในการส่งเสริมสนับสนุนด้านอาชีพให้แก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอ็ดส์และผู้ได้รับผลกระทบให้สามารถมีรายได้ พึ่งพาตนเองได้ตามสมควรสำนักงานอัยการสูงสุด มีภารกิจในการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิตลอดจนหน้าที่ของบุคคลเกี่ยวกับเอ็ดส์ตามกฎหมายแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ สภานายความ มีหน้าที่ในการดำเนินการและสนับสนุนให้สภานายความจังหวัดเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์แก่ประชาชน ตลอดจนดำเนินการและสนับสนุนให้สภานายความจังหวัดจัดและพัฒนาระบบการรับเรื่องร้องเรียนและให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายให้สามารถในการให้บริการและช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิในประเด็นสิทธิด้านเอ็ดส์มากขึ้น และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบและดำเนินการรับเรื่องร้องเรียนและตรวจสอบการละเมิดสิทธิมนุษยชนให้มีความสามารถในการให้บริการเกี่ยวกับสิทธิด้านเอ็ดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเสนอความเห็นต่อรัฐบาลเพื่อให้มีมาตรการในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์มากขึ้นและให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์ให้กับเครือข่ายต่างๆ ภายใต้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมทั้งจัดทำและสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมจัดทำรายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนด้านเอ็ดส์ประจำปี

สำหรับการดำเนินงานเพื่อลดการเลือกปฏิบัติและการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ คช.ปอ. และ ศบ.จอ. ได้มีการกำหนด แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอ็ดส์ในสถานที่ทำงาน เพื่อให้สถานที่ทำงานถือเป็นหลักปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552 นอกจากสาระสำคัญเรื่องแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์/เชื้อเอชไอวีในสถานที่ทำงานแล้ว แนวปฏิบัติแห่งชาติฉบับนี้ให้ความสำคัญกับ

“(1) การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ได้แก่ การปกป้องคุ้มครอง และส่งเสริมการปฏิบัติต่อคนทำงานและคนสมัครงานอย่างเท่าเทียมกันและจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ ดังนี้

- (ก) การจ้างงานและการสมัครงานต้องไม่มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีหรือการแสดงหลักฐานว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อคัดกรองคนทำงานและคนสมัครงานหรือเพื่อเป็นเงื่อนไขในการจ้างงานหรือเป็นหลักเกณฑ์ว่าคนทำงานและคนสมัครงานขาดคุณสมบัติในการจ้างงาน...”¹⁴⁹

อย่างไรก็ดี แม้ว่าแนวปฏิบัติจะออกมาในปี 2552 แต่ดูเหมือนจะไม่ได้รับการยอมรับในหมู่นายจ้างมากนัก ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยในหน่วยงานรัฐบางหน่วยงาน ก็ยังมีการบังคับให้มีการตรวจเลือดเพื่อ

¹⁴⁸ ศบ.จอ., ภารกิจการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ[ออนไลน์] retrieved from <http://www.thailandaids.org/main/index.php/2012-06-21-06-54-48/2012-07-06-08-56-04>

¹⁴⁹ ประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เรื่อง แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอ็ดส์ในสถานที่ทำงานข้อ 7 [ออนไลน์] retrieved from <http://www.thailandaids.org/main/index.php/2012-06-21-06-54-48/2012-07-06-06-59-44?limitstart=0>

หาเชื้อเอชไอวี และใช้เป็นเงื่อนไขในการคัดกรองคุณสมบัติ เช่นเดียวกับหน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยที่ยังคงมีหลักเกณฑ์เช่นนี้อยู่¹⁵⁰ (รายละเอียดในบทที่ 3)

สำหรับในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 แม้จะมีมาตรการเพื่อลดการติตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อ แต่อุปสรรคสำคัญอยู่ตรงที่การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง ในปัจจุบัน มีเพียงกลไกคุ้มครองสิทธิระดับจังหวัด (สคช.) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ภาครัฐบาลไม่ให้ความสนใจกับปัญหาเรื่องเอชไอวีเช่นในปัจจุบัน¹⁵¹ ความท้าทายในการดำเนินงานตามแผนปัจจุบันมาจาก ระบบงบประมาณในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันได้อย่างจริงจังและต่อเนื่องงบประมาณในการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (GFATM) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าหลังจากปีงบประมาณ 2557 ประเทศไทยมีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนต่อเนื่องน้อยลง¹⁵²

ในปัจจุบัน กลไกที่มาจากภาคประชาสังคมในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงกลายเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเพื่อคุ้มครองสิทธิเชื้อเอชไอวีและหน่วยงานในภาคประชาสังคมจึงกลายเป็นด่านหน้าที่รับการร้องเรียนเหล่านี้ แทนที่จะเป็นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐ¹⁵³

สำหรับการเคลื่อนไหวของหน่วยภายใต้ที่มีภารกิจในเรื่องนี้ ที่สำคัญได้แก่ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานซึ่งการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย เกิดขึ้นในราวทศวรรษ 2540 โดยความร่วมมือของกระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) องค์การนายจ้าง องค์การลูกจ้าง องค์การพัฒนาเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี หน่วยราชการและสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องซึ่งร่วมกันพัฒนา “แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ” ที่ออกมาโดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งต่อมามีการปรับปรุงแก้ไขและประกาศใช้อีกครั้งในปี พ.ศ. 2555¹⁵⁴

แนวปฏิบัติการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ 4 ประการคือ¹⁵⁵

¹⁵⁰ มีการประเมินขั้นต้นว่า ในปี 2554 “หน่วยงานที่มีการบังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในภาครัฐมี รวบรวมอยู่ 1-2 ขณะที่เอกชนมีประมาณร้อยละ 5-10 อย่างไรก็ตาม จำนวนที่ชัดเจนยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ เมื่อถูกละเมิดจะไม่กล้าออกมาดำเนินคดี ทำให้ไม่มีตัวเลขแน่ชัด” (คำกล่าวของรองอธิบดีกรมควบคุมโรคในการสัมมนา เรื่อง “การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่สมัครใจ : ผลกระทบและแนวทางแก้ไข” 4 ต.ค.2556 ที่กรมควบคุมโรค

<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000126387>

¹⁵¹ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2556

¹⁵² คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559, หน้า 3-4.

¹⁵³ จากการสอบถามเจ้าหน้าที่กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พบว่า ในสายด่วนแรงงาน ไม่ค่อยมีการร้องเรียนเรื่องเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เป็นการร้องเรียนเรื่องสวัสดิการทั่วไปของแรงงานมากกว่า (เจ้าหน้าที่กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2556)

¹⁵⁴ โดยทั่วไป สาระสำคัญของประกาศไม่ต่างจากเดิมมากนัก ส่วนที่แตกต่างจากประกาศฉบับเดิมคือ การผนวกเรื่องผู้ติดเชื้อวัณโรคเข้าไปด้วย และมีการเพิ่มเติมในวัตถุประสงค์ข้อ 3

¹⁵⁵ ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง แนวทางการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์และวัณโรคในสถานประกอบการ 25 กรกฎาคม 2555

1. เพื่อส่งเสริมให้มีการรวมหารือ และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ได้รับผลกระทบ ผู้นำชุมชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ในการแก้ไขและป้องกันปัญหาเอดส์และวัณโรค
2. เพื่อให้สถานประกอบการกิจการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการกิจการ**ด้วยความสมัครใจ** (เน้นโดยผู้วิจัย)
3. เพื่อเป็นเกณฑ์ให้สถานประกอบการใช้ในการตรวจสอบและประกาศแสดงตนเองว่า เป็นสถานประกอบการที่ปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานการบริหารจัดการเอดส์และวัณโรคในสถานประกอบการกิจการ
4. เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาให้การรับรองมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์และวัณโรคในสถานประกอบการกิจการ

เมื่อมีการประกาศแนวปฏิบัติการฉบับนี้ออกมา กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ทำงานร่วมกับ **สมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ (Thailand Business Coalition on AIDS-TBCA)** ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ทำหน้าที่ในการประเมินและให้รางวัลตามมาตรฐาน ASO Thailand

TBCA จึงกลายเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินงานของ TBCA ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจกับกลุ่ม**นายจ้าง**เป็นหลัก ในฐานะกุญแจสำคัญในการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปประกอบอาชีพในสถานประกอบการได้ โดยในการดำเนินงานเพื่อรับรองมาตรฐาน ASO Thailand นั้น TBCA อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนในระดับพื้นที่¹⁵⁶ เพื่อเข้าไปทำความเข้าใจถึงหลักเกณฑ์/มาตรฐาน รวมไปถึงการตรวจติดตามเพื่อรับรองมาตรฐานของสถานประกอบการ

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการขอรับมาตรฐาน ASO THAILAND อยู่ภายใต้อำนาจของ**นายจ้างที่สมัครใจ** ในการเข้าร่วมโครงการ ดังนั้น การขยายผลโครงการเพื่อส่งเสริมสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงประสบข้อจำกัดที่สำคัญตั้งแต่ขั้นตอนแรกๆ ของการดำเนินงานซึ่งมักจะทำได้เฉพาะกับองค์กรขนาดเล็ก หรือเพียงบางสาขาขององค์กรขนาดใหญ่ อีกทั้งยังประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายการต่ออายุมาตรฐาน ASO Thailand¹⁵⁷ ทำให้ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากนายจ้างมากนัก และเมื่อพิจารณาในเรื่องประสิทธิผลของการดำเนินการรับรองมาตรฐาน ASO THAILAND พบว่า ลูกจ้างในองค์กรที่ได้ผ่านมาตรฐาน ASO THAILAND ยังไม่ค่อยทราบถึงการดำเนินงานตามมาตรฐาน ASO ขององค์กร ตลอดจนไม่ทราบนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในสถานประกอบการของตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับสูงของ TBCA ก็ยอมรับถึงข้อจำกัดของการดำเนินงานที่ผ่านมาซึ่งเน้นเฉพาะนายจ้างเป็นหลัก โดยตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนได้เสนอให้ TBCA ในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มแรงงานมากขึ้น¹⁵⁸

นอกจากนี้ TBCA ก็ตระหนักถึงข้อจำกัดในการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งไม่มีแรงจูงใจให้นายจ้างเข้าร่วมโครงการ จึงพยายามปรับยุทธศาสตร์เพื่อให้มีประสิทธิผลมากขึ้น ด้วยการพยายามเข้าไปรณรงค์กับหน่วยงาน

¹⁵⁶ ได้แก่ สมาคมเครือข่ายแรงงานและชุมชนเพื่อการพัฒนา สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (PPAT) มูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุญรวัชโรทัย (SVF) เป็นต้น

¹⁵⁷ มาตรฐาน ASO Thailand มีอายุ 2 ปี การรับรองมาตรฐานครั้งแรก ไม่มีค่าใช้จ่ายเนื่องจากได้รับการสนับสนุนจาก GFATM แต่ผู้ประกอบการต้องเสียค่าใช้จ่ายถ้าจะต่ออายุ (เจ้าหน้าที่ TBCA, สัมภาษณ์, 13 กุมภาพันธ์ 2556)

¹⁵⁸ การสนทนาแลกเปลี่ยน (dialogue) เกิดขึ้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล วันที่ 24 ตุลาคม 2556

ที่มีการจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์มากขึ้น¹⁵⁹ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน ก็ดูเหมือนว่า TBCA ยังไม่สามารถแก้ไขข้อจำกัดเรื่องแรงจูงใจของนายจ้างได้อย่างตรงจุดเท่าใดนัก โดยในประเด็นนี้ มีข้อเสนอจากการสนทนากลุ่มของกลุ่มแรงงานว่า สาเหตุหนึ่งที่นายจ้างไม่ค่อยให้ความสนใจกับมาตรฐาน ASO THAILAND น่าจะมาจากขอบเขตที่คับแคบของมาตรฐานที่สนใจเฉพาะเรื่องผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ถ้ามีการขยายขอบเขตของมาตรฐานให้เป็นเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในภาพรวม น่าจะได้รับความสนใจจากนายจ้างมากกว่า¹⁶⁰

จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ใกล้ชิด พบว่า สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างมาก ในธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับอาหาร และธุรกิจบริการ โดยนายจ้างมีความหวาดกลัวว่า ผู้ติดเชื้อจะแพร่เชื้อให้คนอื่นๆ ผ่านผลิตภัณฑ์และการบริการ อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะผู้วิจัยไปสืบค้นข้อมูลสถานประกอบการที่ได้รับมาตรฐาน ASO Thailand พบว่า สถานประกอบการธุรกิจอาหาร และบริการจำนวนมากที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน ASO ในการจัดสรรพนักงานผู้ประกอบการ¹⁶¹ ผู้วิจัยจึงเชิญตัวแทนผู้ประกอบการในกิจการประเภทนี้มาร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจถึงมุมมองหรือมาตรการที่ผู้ประกอบการใช้ในสถานประกอบการที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ซึ่งพบว่า ในกิจการประเภทอาหารโดยทั่วไป มีการปฏิบัติที่ดีในการผลิตอาหาร (Good Manufacturing Practices: GMP) ควบคุมอยู่ จึงไม่จำเป็นที่จะต้องเลือกปฏิบัติตั้งแต่การรับสมัครเข้าทำงาน เช่นเดียวกับในธุรกิจสถานพยาบาล ที่มีหลักการป้องกันสองชั้น (Double Prevention)¹⁶² เป็นมาตรการสำคัญเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน

4.2 การดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการสำรวจทั่วโลกดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในส่วนี้ จะเริ่มตั้งแต่หน่วยงานต้นทางคือ หน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน ไปจนถึงหน่วยงานที่มีส่วนในการแก้ไขปัญหาเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ สำหรับหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

หน่วยงานภาครัฐที่รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อประกอบด้วย

- **สายด่วนผู้ใช้แรงงาน 1546** ของกระทรวงแรงงาน
- **สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.)** สำนักงานอัยการสูงสุด เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิและให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน มีสำนักงานอยู่ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ในส่วนกลางประกอบด้วยสำนักงาน 9 แห่งในกรุงเทพมหานคร ส่วนในภูมิภาค มีสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนประจำจังหวัด (สคช. จังหวัด) ตั้งอยู่ที่สำนักงานอัยการจังหวัด จำนวน 75 แห่ง และสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน ประจำจังหวัดสาขา (ตั้งอยู่ที่สำนักงานอัยการจังหวัดประจำอำเภอ จำนวน 30 แห่ง สคช. มีหน้าที่สำคัญในการเผยแพร่ความรู้และให้คำปรึกษาคำปรึกษาปัญหากฎหมายแก่ประชาชน จัดหาทนายความช่วยเหลือในทางอรรถคดี แก่ประชาชนผู้ยากจนและไม่ได้รับความเป็นธรรม ตลอดจนงานการประนอมข้อพิพาท

¹⁵⁹ จากคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ระดับสูงของ TBCA ในการสนทนากลุ่มกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มีนาคม 2556

¹⁶⁰ การสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ 8 มีนาคม 2556

¹⁶¹ การสนทนากลุ่ม กลุ่มนายจ้าง /เจ้าของสถานประกอบการ 14 มีนาคม 2556

¹⁶² เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับมาตรฐาน ASO Thailand, การสนทนากลุ่มผู้ประกอบการ, 14 มีนาคม 2556

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) และศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) โดยเฉพาะคณะกรรมการระดับประเทศด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ข้อมูลที่สำคัญมักจะได้มาจากการรับเรื่องร้องเรียนขององค์กรเครือข่ายในภาคประชาสังคมอีกต่อหนึ่ง

อันที่จริง นอกจากหน่วยงานเหล่านี้แล้ว ยังมี **กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม** ที่มีภารกิจด้านการส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ และการสร้างหลักประกันตามหลักการสิทธิมนุษยชนสากล อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้จะมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพของประชาชน แต่การดำเนินงานของกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิในกระบวนการยุติธรรม และสิทธิทางการเมืองมากกว่า โดยเฉพาะการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าชดเชยและค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 และพระราชบัญญัติคุ้มครองพยานในคดีอาญา พ.ศ. 2546¹⁶³ และแม้จะมีการจัดทำแผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (ปัจจุบันเป็นการดำเนินงานตามฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552 – 2556) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ การจัดการเลือกปฏิบัติ แต่ก็มีเฉพาะการเลือกปฏิบัติอันเกิดจากความแตกต่างทางเพศ อายุ เชื้อชาติและศาสนาเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพด้วยเหตุแห่งสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹⁶⁴ ดังนั้น จึงดูเหมือนว่า กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ จึงไม่ค่อยมีบทบาทในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนหน่วยงานอื่นที่กล่าวมาข้างต้น

สำหรับในภาคประชาสังคม หน่วยงานที่มีบทบาทหลักในการรับเรื่องร้องเรียน ได้แก่

- **มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (AIDS ACCESS) ฮอตไลน์ 1663** เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันเอดส์ให้กับประชาชน โดยเน้นการเสนอทางเลือกในการลดความเสี่ยงที่หลากหลาย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละกลุ่มบุคคลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้มีเชื้อเอชไอวี และครอบครัว โดยการผลักดันให้เกิดสวัสดิการทางสังคมที่เท่าเทียม และเพียงพอต่อการรองรับปัญหาที่ผู้มีเชื้อต้องเผชิญและเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในสังคมต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี และครอบครัว โดยการลดอคติ การรังเกียจ และการเลือกปฏิบัติที่มีต่อผู้มีเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการปกป้องสิทธิ และโอกาสของผู้มีเชื้อเอชไอวีและครอบครัวปัจจุบันมีสำนักงาน 3 แห่ง คือ สำนักงานกรุงเทพฯ สำนักงานเชียงรายและสำนักงานกาญจนบุรี ปัจจุบันมีการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มีความกังวลต่อการรับเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัว คนที่รักเพศเดียวกัน มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันทั้งครอบครัว โดยให้บริการทั้งที่สำนักงานและทางโทรศัพท์ ฮอตไลน์ 1663 ซึ่งเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2555¹⁶⁵
- **มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Foundation for Aids Right-FAR)** เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นที่ปรึกษากฎหมายให้ผู้ติดเชื้อปัจจุบัน

¹⁶³ ดูตัวอย่างได้จาก กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ, รายงานประจำปี 2555 [online] retrieved from http://www.rlpd.moj.go.th/rlpdnew/images/AnnualReport/annual_report_55.pdf

¹⁶⁴ แผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กล่าวถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะในมิติสิทธิทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น รายละเอียดดูใน กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, แผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2552 – 2556) [online] retrieved from <http://www.rlpd.moj.go.th/rlpdnew/index.php/2012-07-24-08-21-31/1589-2013-11-5-10-47>

¹⁶⁵ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ [online] retrieved from

http://www.aidsaccess.com/09/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=27

ให้บริการสายด่วนเรื่องสิทธิและกฎหมายผ่าน 3 ช่องทางคือ กรุงเทพฯ 083-5433608 ระยอง 083-5972211 สายสบายใจ ฟาส์ริง 02-6915957

- **เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย)(TNP+)** เป็นการรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนกว่า 1,000 กลุ่ม ตั้งแต่ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดและมีความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ด้วยเช่นกัน ในปัจจุบัน TNP+ มีเป้าหมายในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อให้สามารถอยู่ร่วมกันชุมชน มีความเข้าใจเรื่องสิทธิ และมีกลไกในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์¹⁶⁶

นอกจากองค์กรเหล่านี้แล้ว ในกระบวนการแก้ไขปัญหตามข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังมี**สภาพทนายความ** เป็นองค์กรที่สำคัญในการเป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย และองค์กรสนับสนุนเมื่อเกิดคดีฟ้องร้องอีกด้วย

ในส่วนขององค์กรภาคประชาสังคม มี**คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.)** เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์ เพื่อการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาเอดส์ โดยประกอบด้วย องค์กรสมาชิกสมาชิกประมาณ 155 องค์กร ซึ่งได้มีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 นอกจากนี้ กพอ. ยังดำเนินงานควบคู่กับภาครัฐในการแก้ไขปัญหาเอดส์รวมถึงการเชื่อมโยงความร่วมมือเชิงมหภาคในภาพรวมนโยบายด้านเอดส์ของทั้งประเทศอีกด้วย¹⁶⁷ และเนื่องจากมีสมาชิกในเครือข่าย กพอ. ร่วมเป็น คช.ปอ. อยู่หลายคน การดำเนินงานของ กพอ. จึงมีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานของ คช.ปอ.อยู่ไม่น้อย ที่ชัดเจนที่สุดคือ การที่ กพอ.จัดทำรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม ฉบับปี พ.ศ. 2552 และมีข้อเสนอให้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและกำกับการจัดการติดตามและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ คช.ปอ. ขึ้นเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ และข้อเสนอนี้ได้รับการบรรจุเข้าไปเป็นวาระการประชุมของ คช.ปอ. ในขณะนั้นด้วย¹⁶⁸

การดำเนินงานขององค์กรในเครือข่ายของ กพอ. ถือเป็นการดำเนินงานของภาคประชาสังคมที่มีความเข้มแข็งมาก โดยในขณะที่ฝ่ายรัฐประกาศยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ในภาคประชาสังคม ก็มีการประกาศ **วาระเอดส์ภาคประชาชน พ.ศ. 2555-2559** ขนานกันไป วาระเอดส์ภาคประชาชนมีเป้าหมาย 3 ประการ คือ¹⁶⁹

(1) เกิดการปฏิรูปสังคมและการเมืองที่นำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และลดปัญหาเอดส์

¹⁶⁶ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) [ออนไลน์] retrieved from <http://www.thaiplus.net/profilecompany.aspx>

¹⁶⁷ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ [ออนไลน์] retrieved from <http://www.tncathai.org/aboutus.html>

¹⁶⁸ คณะทำงานจับตามโยบายคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.), รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม ฉบับปี พ.ศ. 2552. (เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์, 2552), คำนำ, หน้า 17-18.

¹⁶⁹ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย), **วาระเอดส์ภาคประชาชน พ.ศ. 2555-2559** แผ่นพับประชาสัมพันธ์ [online] retrieved from <http://www.tncathai.org/activity/act15.pdf>

(2) การสร้างความมั่นคงของระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนและตนเอง

(3) คนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพและสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตบนพื้นฐานการจัดการบริการที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

โดยมีการกำหนดวาระ 3 ประการเช่นเดียวกันคือ

วาระที่ 1 การปฏิรูปสังคมและการเมืองเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม ลดปัญหาเอดส์มุ่งหน้าสู่ความเป็นรัฐสวัสดิการสาระสำคัญคือการปฏิรูปกฎหมาย นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนและรัฐธรรมนูญ ส่งเสริมการนำนโยบายที่ดีที่มีอยู่ให้ถูกนำไปปฏิบัติใช้จริง เช่น **แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน** (เน้นโดยผู้วิจัย) เป็นต้น ตลอดจนการเสริมสร้างพลังและความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมบนฐานคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน และการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพื้นที่/ชุมชนจัดการสุขภาพตนเอง

วาระที่ 2 การป้องกัน ดูแลรักษา ลดผลกระทบและ**จัดการติตรา การเลือกปฏิบัติ** (เน้นโดยผู้วิจัย) โดยการพัฒนาบริการสุขภาพด้านการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสาน รอบด้าน มีมาตรฐานเดียว จัดการเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน การพัฒนาบริการสุขภาพที่ขยายให้ครอบคลุมคนที่ไม่ได้รับสิทธิ เสริมสร้างหลักประกันและความมั่นคงด้านสุขภาพ การรณรงค์ต่อสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการทดลองและพัฒนาบริการรัฐสวัสดิการสำหรับเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกเฉพาะผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

วาระที่ 3 โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมสิทธิมนุษยชน วาระเอดส์แห่งชาติและกระบวนการทำงานของภาคประชาสังคม โดยให้มีการจัดตั้งกองทุนด้านการป้องกันเอดส์ในระดับประเทศ ขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทบทวนปรับปรุงการขับเคลื่อนงานเอดส์ของประเทศ สนับสนุนให้กลไกในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ มีบทบาทร่วมกับหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนในการส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศทางสังคมเรื่องสิทธิมนุษยชน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการดำเนินงานเฝ้าระวัง และกำกับดูแลการดำเนินงานที่เคารพ ปกป้อง ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน สนับสนุนความเข้มแข็งของกลไกภาคประชาชนในด้านเอดส์ เพื่อให้มีการติดตามขับเคลื่อนวาระเอดส์แห่งชาติโดยภาคประชาชน ส่งเสริมให้มีกลไกจังหวัดและท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมนโยบายเรื่องเอดส์ และการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลที่มีส่วนร่วมของภาคประชาชน

กล่าวได้ว่า แม้เครือข่ายภาคประชาสังคมด้านเอดส์จะมีหลายองค์กร แต่ละองค์กรก็มีการทำงานเชื่อมโยงกัน และมีความเชื่อมโยงกับ คป.ชอ.อย่างใกล้ชิด จุดเด่นหนึ่งของเครือข่ายภาคประชาสังคมคือการมีเครือข่ายทั้งในระดับพื้นที่ และเครือข่ายในระดับชาติ ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติได้มากกว่าหน่วยงานจากภาครัฐ โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า เมื่อประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติ ผู้ติดเชื้อมักขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อด้วยกัน หรือการให้บริการขององค์กรในภาคประชาสังคมมากกว่า เพราะสามารถเข้าถึงได้สะดวกกว่าองค์กรภาครัฐ นอกจากนี้ยังอาจเป็นเพราะการมีเครือข่ายเชื่อมโยงกันขององค์กรคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ จึงทำให้ปัญหาของพวกเขาได้รับการตอบสนองมากกว่า โดยจากปัญหาการเลือกปฏิบัติในหลายกรณี พบว่า เมื่อมีการร้องเรียนไม่ว่าจะเป็นในพื้นที่หรือในส่วนกลาง กพอ. ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นอนุกรรมการระดับชาติด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิใน คช.ปอ. จะมีการประสานงานระหว่างกันเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการประสานงานกับนายจ้าง

เพื่อเข้าไปทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรค จนทำให้องค์กรบางแห่งมีการปรับเปลี่ยนนโยบายในการจ้างงาน โดยยกเลิกนโยบายในการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ (ดูรายละเอียดในล้อมกรอบ)

นอกจากนี้ จาก**ประสบการณ์ในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**¹⁷⁰ ซึ่งมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ให้มาจัดทำโครงการเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2554 มีการดำเนินงานในระดับจังหวัด 7 แห่งได้แก่ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี ชัยภูมิ พะเยา น่าน นครสวรรค์และลพบุรี แนวคิดหลักในการดำเนินงานคือการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในระดับจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการผู้ติดเชื้อ ซึ่งเริ่มต้นจากการสร้างเวทีการมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด เพื่อหาทางทางการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์โดยหน่วยงานที่เข้าร่วมประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น อคช.จังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.จ.) และเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ มักเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กลไกอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด หลังจากนั้น FAR ก็ดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานของกลไก สนับสนุนให้มีการทำแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผน ซึ่งประกอบด้วย การรับเรื่องราวการร้องทุกข์ การประชุมเป็นระยะๆ และมีการสรุปบทเรียนเมื่อสิ้นสุดโครงการผลการดำเนินงาน พบว่า จากระยะเวลาในการดำเนินงาน 8 เดือน คณะทำงานได้รับเรื่องร้องเรียนมาทั้งหมด 47 เรื่อง และสำหรับปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ สามารถแก้ไขได้โดยการประสานงานกับนายจ้าง/หน่วยงานเพื่อไปสร้างความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการแพร่ระบาดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิทธิของผู้ติดเชื้อ โดยในหลายกรณี พบว่า เป็นการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งการไม่รู้ ทั้งไม่รู้สิทธิของผู้ติดเชื้อ และไม่รู้เรื่องการแพร่ระบาด และกล่าวอ้างถึงข้อกฎหมาย เพื่อใช้เป็นเงื่อนไขในการจำกัดสิทธิของผู้ติดเชื้อ เมื่อคณะทำงานลงไปทำความเข้าใจ และสามารถแสดงข้อเท็จจริงให้เห็นว่า ไม่มีข้อกฎหมายที่จำกัดสิทธิดังกล่าว ก็สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แต่ผลสัมฤทธิ์ในการแก้ไขปัญหา มักจะจำกัดอยู่เป็นรายกรณีเท่านั้น

อย่างไรก็ดี แม้ว่าโครงการจะมีผลในการเสริมพลังขององค์กรที่ทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่ แต่เมื่อการสนับสนุนงบประมาณสิ้นสุด โครงการก็จบลง เงื่อนไขนี้เป็นหนึ่งในข้อจำกัดที่สำคัญของการดำเนินงานขององค์กรในภาคประชาสังคม ซึ่งมีทรัพยากรในการดำเนินงานจำกัด งบประมาณในการดำเนินงานจำนวนมาก ก็มาจากหน่วยงานระหว่างประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มว่า ในระยะต่อไป จะให้การสนับสนุนน้อยลงเรื่อยๆ รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนในประเทศก็มีน้อยลง¹⁷¹ และแม้จะมีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมระบบสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อสร้างสุขภาวะ แต่แนวทางการสนับสนุน โครงการก็เป็นการสนับสนุนระยะสั้น ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ องค์กรภาคประชาสังคม ก็มีขีดจำกัดในการคุ้มครองสิทธิ เพราะขาดการยอมรับจากภาครัฐ และขาดอำนาจทางกฎหมาย หลายเรื่องจึงเป็นการดำเนินงานเพื่อส่งต่อให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ อย่างเช่น สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ดำเนินงานต่อ หรือจำเป็นต้องฟ้องร้องเพื่อให้เกิดการดำเนินคดีต่อไป

¹⁷⁰ ข้อมูลจากผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, การประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูล, 24 ตุลาคม 2556

¹⁷¹ คณะทำงานจับตาดำเนินนโยบายคณะกรรมการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.), รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม ฉบับปี พ.ศ. 2552, หน้า 98.

กรณีศึกษาที่สำคัญ

การแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษาที่ 1 กรณีบริษัทขายเครื่องใช้ในบ้าน

กรณีนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อคนหนึ่งเข้าไปสมัครงานในบริษัทขายเครื่องใช้ในบ้านในบริษัทสาขาในภูมิภาค และถูกบังคับให้ตรวจเลือดในการสมัครงาน ผู้ติดเชื้อจึงนำเรื่องไปปรึกษากับเครือข่ายผู้ติดเชื้อในระดับพื้นที่ ซึ่งมีการประสานงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระดับประเทศ (TNP+) เมื่อเครือข่ายทราบถึงกรณีดังกล่าว ประธานเครือข่ายฯ ได้ทดลองไปสมัครงานในบริษัทแห่งนั้น เมื่อประสบปัญหาเดียวกัน จึงมีการนัดหมายให้คณะกรรมการคุ้มครองสิทธิ เข้าไปทำความเข้าใจกับเจ้าของกิจการ เมื่อเจ้าของกิจการเข้าใจว่า การบังคับตรวจเลือด เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อ ซึ่งผิดหลักกฎหมายหลายประการ เจ้าของกิจการ จึงปรับเปลี่ยนนโยบาย ยกเลิกการบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในการจ้างงาน ซึ่งมีผลในการกำหนดนโยบายการจ้างงานกับทุกสาขาในบริษัทดังกล่าว แต่ในกรณีนี้ เจ้าของกิจการ ไม่ต้องการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่โดดเด่น เนื่องจากไม่แน่ใจว่า ถ้าเป็นกรณีตัวอย่างที่ชัดเจนแล้ว จะเป็นผลดีต่อบริษัทหรือไม่

ที่มา: รวบรวมจากข้อมูลจากประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) ในการสนทนากลุ่มในโครงการหลายครั้ง ได้แก่ 14 มกราคม 2556, 1 มีนาคม 2556 และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล 24 ตุลาคม 2556 และข้อมูลจากตัวแทนเจ้าของกิจการดังกล่าวในการสนทนากลุ่มนายจ้างของโครงการ ในวันที่ 14 มีนาคม 2556

กรณีศึกษาที่ 2 กรณีร้านอาหาร

จากข้อมูลกรณีศึกษาเรื่องถูกให้ออกจากงานเพราะติดเชื้อเอชไอวี (ในบทที่ 3) ผู้ติดเชื้อได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนของผู้ติดเชื้อด้วยกัน แนะนำให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ในองค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งมีการส่งต่อไปยังมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) หลังได้รับเรื่องราวเรียน FAR ได้สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อไปร้องเรียนที่สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งต่อมา กสม. ที่เกี่ยวกับสิทธิทางเศรษฐกิจ ได้นัดหมายให้มีการเจรจาเพื่อทำความเข้าใจระหว่างเจ้าของกิจการ และผู้ติดเชื้อ รวมถึงเจ้าหน้าที่จาก FAR ซึ่งเป็นพี่เลี้ยงของผู้ติดเชื้อด้วย ในการเจรจา เจ้าของกิจการยอมรับว่า ไม่มีนโยบายเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในองค์กร แต่การเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น เกิดจากวิจรณ์ญาณของผู้จัดการสาขา ที่ขาดความเข้าใจในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และสิทธิของผู้ติดเชื้อ หลังจากการทำความเข้าใจ เจ้าของกิจการ ได้เสนอที่จะรับผู้ติดเชื้อเข้าทำงานต่อไป

ข้อมูลจาก: การสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ ผู้ใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ FAR, วันที่ 27 พฤษภาคม 2556)

4.3 บทวิเคราะห์เรื่องกลไกในการดำเนินงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ

จากข้อมูลการดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมและการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ พอจะทำให้สรุปได้ว่า ในเรื่องเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านมามีกลไกในการส่งเสริมสิทธิของผู้ติดเชื้อ ไม่สามารถเข้าถึงผู้ติดเชื้อในวงกว้าง ในภาคเอกชน พบว่ากรณีการรับรองมาตรฐาน ASO Thailand ที่ดูจะเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ก็ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงานที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มนายจ้างเป็นหลัก ทำให้นายจ้างมีอำนาจตัดสินใจ

ในการเลือกที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ ในขณะที่เดียวกับที่องค์กรลูกจ้างในปัจจุบัน ก็ไม่ได้ให้ความสนใจในประเด็นสิทธิของผู้ติดเชื้อ เหมือนกับการรณรงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในทศวรรษก่อนๆ¹⁷² ในสถานะองค์กรลูกจ้าง ไม่ได้มีความสนใจและขาดพลังในการผลักดันประเด็น อำนาจการตัดสินใจกลายเป็นเรื่องของนายจ้างที่ให้ความสนใจกับความคุ้มทุนในการจ้างงาน มาตรฐาน ASO Thailand จึงไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมให้มีการคุ้มครองสิทธิในวงกว้าง นอกจากนี้ พบว่า **หน่วยงานภาครัฐ**ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะในระดับปฏิบัติ ในบางหน่วยงาน ก็ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์และเชื้อเอชไอวีอย่างเพียงพอ จึงไม่สามารถคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้¹⁷³ ประกอบกับการไม่ให้ความสำคัญต่อมิติการทำงานแบบไตรภาคี (tripartite action) หรือแม้กระทั่งการส่งเสริมการเจรจาเชิงสังคม (social dialogue) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง ทำให้มาตรการการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อขาดทิศทางและความชัดเจน และไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ที่ได้ประกาศไว้

ปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อในภาคราชการ กลายเป็นส่วนที่แก้ไขได้ยากที่สุด ไม่ว่าจะป็นกรณีตำรวจชั้นประทวน หรือผู้ช่วยผู้พิพากษาก็ตาม เพราะเป็นกลไกที่แข็งตัว ไม่ค่อยยอมรับความเปลี่ยนแปลง แม้จะมีความพยายามในการทำความเข้าใจจาก**คนกลาง** อย่างคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติก็ตาม ในกรณีของหน่วยงานราชการ สำนักงานอัยการสูงสุด จึงเป็นตัวอย่างเดียวที่มีความเข้าใจมากพอ และยกเลิกการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีในการสอบผู้ช่วยอัยการ

สำหรับในภาคเอกชน ข้อมูลจากกรณีศึกษาทั้งในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ พบว่า การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในหลายกรณี เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจทั้งในเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และสิทธิของผู้ติดเชื้อ ในบางกรณี เมื่อมีการสร้างเจรจาเพื่อความเข้าใจร่วมกัน ระหว่าง 3 ส่วน คือ **นายจ้าง คนกลาง** อย่างเช่น คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิ ภายใต้ คช.ปอ. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ที่มีความรู้ความเข้าใจมากพอ และ**ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี** ก็ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อได้ ในบางกรณีที่เป็นองค์กรขนาดใหญ่ การแก้ปัญหาดังกล่าว อาจรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนนโยบายในการจ้างงานที่มีผลในวงกว้าง แต่โดยทั่วไป การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มักเกิดผลในรายกรณีมากกว่า และในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยเจรจาได้ การฟ้องร้องคดีต่อศาล กลายเป็นเพียงมาตรการเดียวที่จะสร้างบรรทัดฐานในอนาคตสำหรับผู้ประกอบการ แต่การฟ้องร้องต่อศาล ก็มีข้อจำกัดที่ต้องใช้ระยะเวลาานาน ทั้งสำหรับผู้ติดเชื้อและกลไกสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย

การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ทั้งสิทธิในการประกอบอาชีพ และสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ในลักษณะนี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการยอมรับ รวมถึงอุดหนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ตัวผู้ติดเชื้อ และคนกลางมีพลังในการรณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจในวงกว้าง

¹⁷² สาทิตย์ แก้วหวาน อดีตเลขาธิการสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ ได้อยอมรับว่า ในช่วงปัจจุบัน ขบวนการแรงงานไม่ค่อยให้ความสนใจกับปัญหาเรื่องเอชไอวีมากนัก จึงไม่มีความเคลื่อนไหวจากขบวนการแรงงานในเรื่องดังกล่าว (การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 มีนาคม 2556) ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตที่ได้จากการสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ ตัวแทนสหภาพแรงงาน 8 มีนาคม 2556

¹⁷³ ข้อสังเกตจากผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษา, 16 พฤศจิกายน 2556

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

เนื้อหาในบทนี้ เป็นการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ในการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ประกอบกับ การวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพจากกฎหมายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมไปถึงหลักการ มาตรการ แนวปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ก่อนจะนำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาต่อไป

5.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผลกระทบและเหตุปัจจัย

5.1.1 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติ

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติตามมาตรา 30 วรรคสาม¹⁷⁴ และมีแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอตส์ในสถานประกอบกิจการของกระทรวงแรงงาน และแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอตส์ในสถานที่ทำงาน ที่ออกโดย คช.ปอ. แต่จากข้อมูลจากการศึกษา ทั้งจากการทบทวนเอกสารและการเก็บข้อมูลภาคสนามของโครงการ พบว่า ในปัจจุบันสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังปรากฏในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับกฎหมาย/นโยบาย ระดับสถาบันและระดับชุมชน ดังแสดงรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

(1) การเลือกปฏิบัติระดับกฎหมาย มีการเลือกปฏิบัติในระเบียบย่อยขององค์กรบางแห่ง ในขั้นตอนของการรับสมัครงาน โดยเฉพาะที่ปรากฏในระเบียบของข้าราชการตำรวจ และข้าราชการฝ่ายตุลาการ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในต่างประเทศ แม้ในประเทศที่มีกฎหมายห้ามเลือกปฏิบัติ อย่างในกรณีเครือรัฐออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักรเอง ก็ยังคงมีข้อยกเว้นในสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ **หลักการคุณลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานประเภทนั้น ในคำพิพากษาศาลสูงในคดี X v Commonwealth ของเครือรัฐออสเตรเลีย** ในกรณีของการปฏิบัติหน้าที่ทหาร ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพที่แข็งแรง หรือในข้อยกเว้นในการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการเลือกปฏิบัติในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งยกเว้นไม่บังคับในกรณีการประกอบอาชีพ เช่น การรับราชการทหาร ตำรวจ และองค์กรวิชาชีพ เช่น **เนติบัณฑิตยสภา** (รายละเอียดดูในบทที่ 2)

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

¹⁷⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสาม “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้”

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

(3) การเลือกปฏิบัติในระดับชุมชน เป็นอีกระดับที่ส่งผลกระทบต่อกว้างขวาง และมีผลซ้ำเติมกับผู้ติดเชื้อที่ออกจากงานในระบบ และกลับมาอยู่ในชุมชน แต่การเลือกปฏิบัติในระดับนี้ ดูจะเป็นระดับที่แก้ไขได้ง่ายที่สุด โดยเฉพาะเมื่อผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการทำความเข้าใจกับคนในชุมชนของตนเองได้ ก็จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

ดังสามารถแสดงให้เห็นได้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับการเลือกปฏิบัติ	ประเภทหน่วยงาน/ลักษณะการเลือกปฏิบัติ
ระดับกฎหมาย/นโยบาย	<p><u>หน่วยงานภาครัฐ</u></p> <p>บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ปรากฏอยู่ใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติว่าด้วยเรื่อง รับสมัครและสอบแข่งขันบุคคลภายนอกผู้มีวุฒิปริญญาตรี เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการตำรวจ ชั้นประทวน พ.ศ. 2551 - ระเบียบคณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรมว่าด้วยโรคอันมีลักษณะต้องห้ามที่จะเป็นข้าราชการตุลาการ พ.ศ. 2545 <p>การบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในผู้ที่ต้องการอุปสมบท</p>
ระดับสถาบัน	<p><u>หน่วยงานภาคเอกชน</u></p> <p>บังคับให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ในธุรกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงแรม - บริษัทขายอาหารและเบเกอรี่ - ธุรกิจขายรถยนต์ - ธุรกิจค้าปลีกที่มีการขายอาหาร - ธุรกิจธนาคาร - ธุรกิจอาหารแช่แข็ง - อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา - บริษัทขายเครื่องใช้ในบ้าน¹ <p>ให้ออกจากงานเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้านอาหาร¹

ระดับการเลือกปฏิบัติ	ประเภทหน่วยงาน/ลักษณะการเลือกปฏิบัติ
ระดับชุมชน ²	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ซื้ออาหารที่ผู้ติดเชื้อทำขาย เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อจากอาหาร และรังเกียจสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ - ลูกค้าไม่ซื้อเห็ดจากที่ผู้ติดเชื้อเพาะขาย เพราะเกรงว่าจะมีการปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีในระหว่างเก็บเห็ด - คนในชุมชนไม่ยอมจ้างงาน เพราะเห็นว่าสุขภาพอ่อนแอ - หมอนวดแผนไทยลาออกร้านนวดแผนไทย เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อ เมื่อสุขภาพดีขึ้น ได้กลับมาเปิดบริการร้านนวดของตนเอง โดยไม่ได้แจ้งลูกค้าทั่วไปว่าตนเองติดเชื้อ และแม้ว่าเคยบอกลูกค้าบางคนที่มีความสนิทสนม ปรากฏว่าลูกค้าบางคนก็ไม่เชื่อ - การบังคับให้ผู้ที่จะเข้าอุปสมบทตรวจเลือดตามมติของมหาเถรสมาคม

หมายเหตุ:

1. กิจการที่เป็นตัวเอียง เป็นกิจการที่เคยมีนโยบายการเลือกปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนนโยบายแล้ว
2. การเลือกปฏิบัติระดับชุมชนเป็นประสบการณ์ที่ผู้ติดเชื้อประสบในระยะแรกๆ ที่เปิดตัว ต่อมาหลังจากมีการทำความเข้าใจในระดับชุมชน ก็สามารถแก้ไขการเลือกปฏิบัติในระดับชุมชนได้

อย่างไรก็ดี ประเด็นสำคัญในเรื่องการเลือกปฏิบัติ มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องสถานการณ์และความรุนแรงในการแก้ปัญหา ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ช่องทางในการร้องเรียนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา การเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อเข้าถึงได้ง่าย และประสบผลรวดเร็วกว่า มักจะเป็นองค์กรภาคประชาสังคมที่มีทรัพยากรจำกัด และแม้จะมีช่องทางในการร้องเรียนต่อองค์กรภาครัฐและองค์กรตามรัฐธรรมนูญ แต่ก็เข้าถึงได้ยาก อย่างเช่น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ก็มีการกิจที่ครอบคลุมสิทธิมนุษยชนหลายเรื่อง การแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่องจึงใช้เวลายาวนาน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาต่อไปคือ จะผลักดันให้หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรง ดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมเหล่านี้ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5.1.2 ผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติ

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อได้รับผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อม ดังนี้

ผลกระทบโดยตรง

- ทำให้ต้องสูญเสียงานและแหล่งรายได้หลัก ในบางกรณี ผู้ติดเชื้อยังรู้สึกว่าการติดเชื้อมีผลต่อความก้าวหน้าในการทำงานด้วย
- การบังคับตรวจเลือดในการสมัครงาน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีทางเลือกในการประกอบอาชีพน้อยลง ขาดโอกาสในความก้าวหน้าในการทำงาน ตลอดจนโอกาสในการเพิ่มรายได้

ผลกระทบทางอ้อม

- ทำให้ผู้ติดเชื้อยิ่งตีตราบาปให้ตัวเอง (self-stigma) หรือเป็นการตีตราภายในตนเอง (internal stigma) ยอมรับทัศนคติของคนรอบข้างว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิดบาป น่ารังเกียจ เห็นว่า การเลือกปฏิบัติของคนอื่นๆ เป็นเรื่องที่ถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลของตนเอง ใช้ชีวิตอยู่

อย่างหวาดระแวง เกรงว่าผู้อื่นจะรู้ตลอดเวลา ในหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลและเข้ารับการรักษาซ้ำเกินไป ทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

- กรณีที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตนเองต่อคนรอบข้างและคนในชุมชนโดยไม่สมัครใจ ทำให้ต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะตัวผู้ติดเชื้อ แต่รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิด ได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราและตั้งข้อรังเกียจจากคนในชุมชนด้วย
- การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ เป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งส่งผลให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ของผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นการถูกบังคับให้เข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การถูกกักตัว กักเพื่อตรวจโรคกักกักให้โดดเดี่ยว แบ่งแยกทั้งยังมีการตรวจเลือดการได้รับบริการรักษาที่ไม่รอบด้านบีบบังคับการแจ้งผลเลือดการถูกกีดกันให้บอกสถานะของการติดเชื้อ ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เช่น ถูกจัดให้ทำฟันหรือตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นลำดับท้าย
- ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในภาพรวม เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยครอบคลุมยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่ในทางปฏิบัติ กลับมีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ทำให้กำลังแรงงานส่วนหนึ่งหายไปจากระบบอย่างน่าเสียดาย

5.1.3 สาเหตุของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุหลักของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อมีดังนี้

- การขาดความรู้ที่ถูกต้องของคนในสังคมเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้นายจ้างในกิจการประเภทที่เกี่ยวข้องกับอาหารและบริการ หวาดกลัว และตั้งข้อรังเกียจ
- การขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและการเลือกปฏิบัติตามกฎหมายไทย ทั้งในส่วนของนายจ้าง และตัวผู้ติดเชื้อเอง สาเหตุนี้ทำให้นายจ้าง จำนวนมากยังคงมีนโยบายเลือกปฏิบัติ ในขณะที่ตัวผู้ติดเชื้อจำนวนมากก็ไม่รู้สิทธิของตนเอง และยอมรับการถูกละเมิดสิทธิ
- การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องความก้าวหน้าเทคโนโลยีการดูแลรักษา ที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้คนจำนวนมากยังเข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีสุขภาพไม่แข็งแรง นายจ้างจำนวนหนึ่ง จึงไม่ยอมจ้างผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน เพราะเกรงว่าจะไม่คุ้มและต้องมีรายจ่ายเพิ่ม
- อคติของคนในสังคม ที่ยังคงมองว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จึงไม่ควรจะไปเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ

การขาดความรู้ ความเข้าใจและอคติเหล่านี้ ผลมาจากการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ทศวรรษแรกๆ ที่มีลักษณะ**ขู่ให้คนกลัว**ซึ่งการปลุกฝังมายาคติ ทำให้เอดส์ และเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องน่ากลัว โดยนโยบายการบริหารจัดการเอดส์ของภาครัฐเช่นนี้ เคยถูกวิจารณ์ว่า นโยบายของรัฐในการจัดการปัญหาโรคเอดส์คือการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นตอกอยู่ภายใต้แนวคิดระบอบวิหยาณัน เป็นการจำกัดมุมมองไม่ให้เห็นเอดส์ในมิติอื่นๆ และยังเป็นซ้ำเติมการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อไป

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของไทย พบว่า ภายใต้กรอบกฎหมายปัจจุบัน แม้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี แต่รัฐธรรมนูญของประเทศไทยได้มีบทบัญญัติในหลักความเสมอภาคและการ

ไม่เลือกปฏิบัติ อีกทั้งยังมีบทบัญญัติว่าด้วยการเลือกปฏิบัติที่เป็นธรรมเพื่อใช้เป็นมาตรการคุ้มครองกลุ่มที่มีความแตกต่างในสถานการณ์ที่แตกต่าง ซึ่งกรณีของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะได้รับประโยชน์จากบทบัญญัติดังกล่าวเช่นกัน เมื่อพิจารณาบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 30 วรรคสาม จะพบว่าการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ อาทิ การบังคับให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีของผู้สมัครงานหรือพนักงาน ไม่ว่าจะระหว่างการจัดหางาน การสมัครงานหรือการจ้างงาน รวมตลอดถึงการเลิกจ้างพนักงานด้วยเหตุที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือว่าการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ นอกจากการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแล้ว พบว่า การกระทำของนายจ้างบางประการ อาทิ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของลูกจ้างโดยไม่ได้รับความยินยอม หรือการขอให้โรงพยาบาลแจ้งผลการตรวจสุขภาพและการตรวจเลือดถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และเป็นทั้งความผิดตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้รับรองและคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบกลไกการร้องทุกข์ภายใต้รัฐธรรมนูญซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนที่ซับซ้อนและอาจต้องใช้เวลาอันเกินความจำเป็นเนื่องจากมีความทับซ้อนในเขตอำนาจขององค์กรที่เกี่ยวข้องหลายองค์กร เช่น กรณีที่บุคคลถูกละเมิดสิทธิเสรีภาพสิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ หากจะใช้สิทธิทางศาลรัฐธรรมนูญเพื่อมีคำวินิจฉัยในกรณีมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญ จะสามารถกระทำได้ก็ต่อเมื่อได้ดำเนินการตามช่องทางอื่นๆ (มาตรา 212) เช่น ยื่นคำร้องผ่านผู้ตรวจการแผ่นดิน (มาตรา 245) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (มาตรา 257) หรือ ศาล (มาตรา 211) กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้บุคคลผู้ถูกรบกวนสิทธิประสบปัญหาการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์และการได้รับการเยียวยาจากการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากไม่ต้องการที่จะเข้าสู่กระบวนการตามกลไกที่มีอยู่ ดังนั้น ควรมีการพิจารณาพัฒนากลไกการร้องทุกข์ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้ จากการศึกษาายังพบว่า การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการร้องทุกข์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในที่นี่ คือ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม ยังขาดการบูรณาการในมิติต่างๆ อย่างชัดเจน อาทิ การบริหารจัดการฐานข้อมูลร่วมกัน แนวปฏิบัติในการสร้างกลไกการส่งต่อ และระบบการติดตามประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงกลไกการคุ้มครองอย่างเป็นระบบ

5.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการเสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในที่นี้ คณะผู้วิจัย แบ่งข้อเสนอเป็น 2 แบบ คือ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ซึ่งได้มาจากการทบทวนแนวคิดหลักความเสมอภาคในการประกอบอาชีพ หลักการสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานสากลที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาศาสนาและสาเหตุการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทประเทศไทย และแบบที่สองเป็น ข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ โดยใช้มาตรการอื่นๆ แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 จะมีบทบัญญัติเพื่อคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ ดังที่ปรากฏในมาตรา 30 วรรคสาม แต่กฎหมายที่ใช้ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ประสบปัญหาถูกเลือกปฏิบัติยังมีลักษณะกระจัดกระจาย เช่น ในประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อีกทั้งผู้ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติก็ไม่สามารถเข้าถึงกลไกการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญได้โดยตรง จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณานำบัญญัติกฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติ ที่กำหนดบรรทัดฐานที่ชัดเจนในการคุ้มครองกรณีการถูกเลือกปฏิบัติทั้งที่หน่วยงานรัฐและหน่วยงานภาคเอกชนต้องปฏิบัติตาม อันจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติที่ปรากฏในระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ รวมทั้ง การสร้างกลไก/กระบวนการคุ้มครองสิทธิที่ผู้ถูกละเมิดสิทธิสามารถเข้าถึงได้โดยตรง ดังนั้น จำเป็นต้องมีการผลักดันกฎหมายเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติ หรือกฎหมายเพื่อความเสมอภาคในภาพรวมในลักษณะเดียวกับกฎหมายเสมอภาคของประเทศสหราชอาณาจักร และเพื่อลดปัญหาการซ้ำเติมการเลือกปฏิบัติ และเสริมพลังการขับเคลื่อนกฎหมาย กฎหมายฉบับนี้ ไม่จำเป็นต้องเป็นกฎหมายเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ต้องสังเคราะห์ร่วมกับปัญหาการเลือกปฏิบัติในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มคนพิการ ผนวกกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติด้วย โดย

- (1) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันโดยตรงด้วยการเสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมายและกฎที่มีเนื้อหาจัดการเลือกปฏิบัติ ต่อรัฐสภาหรือคณะรัฐมนตรี เพื่อคุ้มครองส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนต่อผู้ที่เสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ในบทบัญญัติ มาตรา 257(5) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550¹⁷⁵ โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่ประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติ

โดยแนวทางในการบัญญัติกฎหมายดังกล่าวจะต้อง

- ตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งสิทธิ (Rights based)
- มีมิติเพื่อตอบสนองต่อหญิงชายอย่างเท่าเทียม (gender responsiveness)

¹⁷⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (5) “เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการพัฒนา กฎหมาย และกฎ ต่อรัฐสภา หรือคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน”

- ให้ความสำคัญกับรูปแบบของกลไกการร้องทุกข์ วิธีการเยียวยาและลักษณะขององค์กรที่ทำหน้าที่รับเรื่องราวการร้องทุกข์และติดตามประเมินผลและการรายงานสำหรับบทบัญญัติเพื่อจัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพนั้น
- ส่งเสริมบทบาทของนายจ้าง องค์กรลูกจ้างและองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งในระหว่างการจัดหางาน การสมัครงานและการจ้างงาน
- มีบทลงโทษในกรณีการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ การละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และการเปิดเผยข้อมูลลับต่างๆ ที่มีความชัดเจนและเพียงพอ ทั้งบทลงโทษทางอาญาและบทลงโทษทางแพ่งเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ
- ส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบของการลดหย่อนอัตราภาษี หรือการยกเว้นภาษี หรือการสนับสนุนทางด้านตัวเงิน หรือโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมต่อสถานประกอบการ นายจ้างที่มีบทบาทในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีถือเป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาประกอบการบัญญัติกฎหมาย

(2) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ผลักดันทางอ้อมโดยสนับสนุนหรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายและองค์กรเครือข่าย เครือข่ายคนพิการ โดยกำหนดให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการจัดการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวีด้วย โดยมีแนวทางเดียวกับข้อ (1)

5.2.2 ข้อเสนอแนะแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้มาตรการอื่นๆ

จากผลการศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติ และความพยายามในการแก้ไขปัญหการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่มาตรการทางกฎหมาย พบว่า แม้จะมีความริเริ่มในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีดังที่ปรากฏใน **แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอตส์ในสถานประกอบกิจการ** ซึ่งกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2548 (ต่อมาปรับปรุงแก้ไขในปี 2554) และ**แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอตส์ในสถานทำงาน** ซึ่ง คช.ปอ. ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2552 แต่ก็ดูเหมือนว่าแนวปฏิบัติทั้งสองฉบับ จะไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ยังพบว่ามีสถานประกอบการจำนวนหนึ่งยังมีนโยบายเลือกปฏิบัติต่อการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อในหลายประเภทกิจการ และในส่วนใหญ่ คช.ปอ. ซึ่งแม้จะเป็นกลไกความร่วมมือระหว่างภาคราชการและภาคประชาสังคม มีการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ที่มีเป้าหมายหนึ่งในการลดปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เนื่องจากขาดทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานลดปัญหาการเลือกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่การเข้าถึงกลไกภาครัฐ เป็นเรื่องยาก และน้อยครั้งที่ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหในทางปฏิบัติ กลไกที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด และสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหเฉพาะหน้าได้มากที่สุด จึงกลายเป็นกลไกภาคประชาสังคม อย่างไรก็ตาม ไรก็ดี กลไกภาคประชาสังคม ที่เน้นการทำงานลดการเลือกปฏิบัติโดยใช้วิธีการเสริมสร้างความเข้าใจกับผู้ประกอบการ ก็มีข้อจำกัดในการดำเนินงานเนื่องจากมีทรัพยากรและ

บุคลากรที่จำกัด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางและมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกเหนือจากมุมมองทางกฎหมาย และกลไกภาครัฐ

จากผลการวิเคราะห์บริบทของการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รูปแบบที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นรูปแบบการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม โดยสนับสนุนและเสริมพลังให้กลไกในภาคประชาสังคมที่สามารถดำเนินงานคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว มีทรัพยากรในการดำเนินงานที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ที่ประสบปัญหาได้อย่างกว้างขวางขึ้น และเสริมพลังให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการคุ้มครองสิทธิ และดูแลซึ่งกันและกันอย่างยั่งยืน แนวทางการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านนี้ มีดังนี้

- (1) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรกำหนดมาตรการที่ชัดเจนในการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชน ตลอดจนเจ้าของปัญหาที่ได้รับผลกระทบในการเลือกปฏิบัติและละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเด็นดังกล่าว โดยอาจพิจารณาแนวทางการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในภาคประชาสังคม ด้วยการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน รวมทั้งเสนอแนะไปยังรัฐบาลเพื่อให้มีการตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่านคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ทั้งนี้เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของภาครัฐ โดยยอมรับและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือจากภาคประชาสังคม และเสริมความเข้มแข็งให้กับองค์กรภาคประชาสังคม และเจ้าของปัญหาให้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน โดยถือเป็นการใช้อำนาจตามมาตรา 257 (7) ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542¹⁷⁶
- (2) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาค่าเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้นเหตุคือ การขาดความรู้ความเข้าใจที่สำคัญในเรื่องการติดต่อและสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับมาตรการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อการแก้ไขปัญหาค่าเลือกปฏิบัติ ส่งเสริมให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจต่อสาธารณชน ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ โดยในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรผนวกเนื้อหาที่ครอบคลุมถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจำเป็นต้องรวมไปถึงการเสริมความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการขจัดมายาคติอันเป็นสาเหตุสำคัญของการเลือกปฏิบัติ และจำเป็นต้องให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย
- (3) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ต้องเร่งดำเนินการตรวจสอบและเสนอมาตรการการแก้ไขโดยเร็ว ในกรณีที่มีข้อร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการประกอบ

¹⁷⁶ ตามมาตรา 257 (7) แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนไว้ดังนี้ “ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน” และมาตรา 23-24 แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กล่าวถึงบทบาทขององค์กรเอกชนด้านสิทธิมนุษยชนในฐานะกลไกการทำงานร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

อาชีพ หรือเรื่องการศึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่อการประกอบอาชีพในอนาคต เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึง การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนอย่างรวดเร็ว และในกรณีที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อได้ ให้พิจารณาเสนอเรื่องไปยัง กลไกในกระบวนการยุติธรรมตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ¹⁷⁷ ได้แก่ ศาลรัฐธรรมนูญ (มาตรา 257 (3)) หรือศาลปกครอง (มาตรา 257 (4)) ในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิจากภาครัฐ เป็นโจทก์ฟ้องคดีต่อ ศาลยุติธรรมในกรณีที่เป็นการละเมิดสิทธิในภาคเอกชน (มาตรา 257 (5)) หรือเป็นโจทก์ร่วมฟ้องคดี กับผู้เสียหาย เพื่อสร้างบรรทัดฐานการไม่เลือกปฏิบัติและการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต

- (4) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้รัฐบาล โดยกระทรวงแรงงานให้ความสำคัญ กับประเด็นการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการรณรงค์ให้สาธารณชน เห็นความสำคัญของปัญหาการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ตลอดจนผลักดันให้มาตรการป้องกันการเลือก ปฏิบัติที่มีอยู่เกิดผลในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการ ด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ของ คช.ปอ. และแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ใน สถานประกอบการ ของกระทรวงแรงงาน ทั้งนี้เป็นไปตามบทบัญญัติเรื่องการตรวจสอบการละเมิด สิทธิมนุษยชน ตามมาตรา 28 (2) แห่งพระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542¹⁷⁸ ตลอดจนควรส่งเสริมให้มีการเจรจาแบบไตรภาคีเพื่อหาข้อตกลงร่วมและแนวปฏิบัติเพื่อการ จัดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพ และการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน ส่วนของนโยบายการจ้างงานของสถานประกอบการต่างๆ ทั้งนี้ เป็นไปตามอำนาจหน้าที่ตาม บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7)¹⁷⁹ โดยให้ ความสำคัญกับประเด็นดังต่อไปนี้
- มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เช่น การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องต่อแรงงาน
 - มาตรการคุ้มครองการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพและการละเมิดสิทธิ เช่น การปกปิด ข้อมูลส่วนบุคคล การจัดบริการที่จำเป็นต่อกลุ่มผู้อาศัยอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การจัดที่พักและ รูปแบบการทำงานที่เหมาะสม
 - มาตรการเยียวยาและฟื้นฟู เช่น ค่าชดเชย การเกษียณก่อนเวลา เป็นต้น

¹⁷⁷ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257

“(2) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่เห็นชอบตามที่ผู้ร้องเรียนว่า บทบัญญัติแห่งกฎหมายใด กระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่า ด้วยวิธีพิจารณาของศาลรัฐธรรมนูญ

(3) เสนอเรื่องพร้อมด้วยความเห็นต่อศาลปกครอง ในกรณีที่เห็นชอบตามที่ผู้ร้องเรียนว่า กฎ คำสั่ง หรือการกระทำอื่นใด ในทางปกครองกระทบต่อสิทธิมนุษยชนและมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบด้วยรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย ทั้งนี้ตาม พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง

(4) ฟ้องคดีต่อศาลยุติธรรมแทนผู้เสียหาย เมื่อได้รับการร้องขอจากผู้เสียหายและเป็นกรณีที่เห็นสมควรเพื่อแก้ไขปัญหาการ ละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

¹⁷⁸ พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 28 (2) “ในการกำหนดมาตรการการแก้ไขปัญหา ละเมิดสิทธิมนุษยชนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลหรือหน่วยงานดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ด้วยวิธีใดที่ เห็นเหมาะสม เพื่อป้องกันมิให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในลักษณะทำนองเดียวกันอีกได้”

¹⁷⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 257 (7) “ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานหน่วย ราชการ องค์การเอกชน และองค์การอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน”

ทั้งนี้รวมไปถึง มาตรฐาน ASO THAILAND ที่ยังไม่มีแรงจูงใจให้นายจ้างเข้าร่วมโครงการ จำเป็นต้องเสนอแนะให้หน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมควบคุมโรค และสมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอชไอวี ดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยเฉพาะฝ่ายลูกจ้าง หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้ามามีบทบาทในการร่วมผลักดันให้มากขึ้น

- (5) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้หน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในเรื่องการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการประกอบอาชีพ หรือสิทธิมนุษยชนในภาพรวม เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เพื่อให้องค์กรเหล่านี้สามารถคุ้มครองสิทธิของประชาชนและผู้ติดเชื้อได้อย่างแท้จริง
- (6) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ควรเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากกฎหมายที่มีอยู่แล้วอย่างเคร่งครัด เช่น ใช้กลไกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กับสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและเปิดเผยผลการตรวจต่อผู้อื่น เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฎ ก.ตร.ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ.2547. **ราชกิจจานุเบกษา**. [online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cophailand.com/law/pollicereg/polreg0101.pdf>. 2547.

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ. **แผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2552 – 2556)**. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก: <http://www.rlpd.moj.go.th/rlpdnew/index.php/2012-07-24-08-21-31/1589-2013-11-5-10-47>

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ. **รายงานประจำปี 2555**. [online]. เข้าถึงได้จาก: http://www.rlpd.moj.go.th/rlpdnew/images/AnnualReport/annual_report_55.pdf. 2555.

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1, 17 ตุลาคม 2555

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ครั้งที่ 1, 14 มกราคม 2556

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ครั้งที่ 2, 27 มกราคม 2556

การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี, 1 มีนาคม 2556

การสนทนากลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ, 8 มีนาคม 2556

การสนทนากลุ่มนายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ, 14 มีนาคม 2556

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล, วันที่ 24 ตุลาคม 2556

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษา, 16 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. **รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคมปี พ.ศ. 2552**. เชียงใหม่: ดารารวรรณการพิมพ์, 2553.

คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอช/เอดส์ (ประเทศไทย), **วาระเอดส์ภาคประชาชน พ.ศ. 2555-2559**. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก: <http://www.tncathai.org/activity/act15.pdf>

คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. **เกี่ยวกับคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์**. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก: <http://www.tncathai.org/aboutus.html>

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ภารกิจการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

<http://www.thailandaids.org/main/index.php/2012-06-21-06-54-48/2012-07-06-08-56-04>

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, 2555.

คณะทำงานจับตาดำเนินนโยบายคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.). รายงานการวิเคราะห์
นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม ฉบับปี
พ.ศ. 2552, เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2552.

คำวินิจฉัยศาลรัฐธรรมนูญ ที่ 15/2555 เรื่องพิจารณาที่ 30/2553, (วันที่ 13 มิถุนายน 2555). [online].
เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

http://www.constitutionalcourt.or.th/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=495&Itemid=94&lang=th&limitstart=10

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย. โครงการศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีเพื่อสนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชน, เชียงใหม่: ดาราวรรณการพิมพ์. 2553.

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย). จุดเริ่มต้นจาก “กลุ่ม” สู่ “เครือข่าย”. [ออนไลน์]. เข้าถึง
ข้อมูลได้จาก: <http://www.thaiplus.net/profilecompany.aspx>

เจ้าหน้าที่ศูนย์ 1663 สายด่วนปรึกษาปัญหาเอดส์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, สัมภาษณ์, 23 มกราคม 2556

เจ้าหน้าที่มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, สัมภาษณ์, 25 มกราคม 2556

เจ้าของตึลเลอร์ธุรกิจขายรถยนต์แห่งหนึ่ง (ไม่เปิดเผยชื่อ), สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2556

เจ้าหน้าที่กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, สัมภาษณ์, 26 กุมภาพันธ์ 2556

เจ้าหน้าที่ TBCA, สัมภาษณ์, 13 กุมภาพันธ์ 2556

นักศึกษาพยาบาลติดเอดส์-ร้องถูกไล่ออก. ข่าวสด. (28 สิงหาคม 2555). [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

http://www.khaosod.co.th/view_news.php?newsid=TUROd01ERXhNVEk0TURnMU5RPT

นิฮาพิชา หะยิวาเงาะ. ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัด
ปัตตานี, สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา) วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.

ประกาศกองบัญชาการศึกษาวันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2555. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

<http://www.policeadmission.com>

ประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เรื่อง แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วย
การป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

<http://www.thailandaids.org/main/index.php/2012-06-21-06-54-48/2012-07-06-06-59-44?limitstart=0>

Productivity: ผลิตภาพและการเพิ่มผลผลิต. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

<http://www.topofquality.com/sproductivity/indexprod.html>

ผู้จัดการฝ่ายบุคคลของบริษัทมหาชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, 17 กรกฎาคม 2556

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, สัมภาษณ์, 27 พฤษภาคม 2556

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2556

ผู้อำนวยการศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2556

ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2556

มติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ 8/2549 มติที่ 156/2549. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

http://www.mahathera.org/uploaded_pdf/CCF01092551_00052.pdf

ม.คริสเตียนไวย กสม.ให้ข่าวไล่ นศ. ติดเอดส์. **เดลินิวส์.** (28 สิงหาคม 2555). [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

<http://www.dailynews.co.th/education/152148>

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์. [online]. เข้าถึงข้อมูลได้จาก:

http://www.aidsaccess.com/09/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=27

ศูนย์เครือข่ายข้อมูลอาหารครบวงจร. **Good Manufacturing Practice/GMP.** [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลได้

จาก: <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/0352/good-manufacturing-practice-gmp>

หนังสือ ตช 0036.312/3162 วันที่ 21 ตุลาคม 2551

หนังสือ ศคส. 022/2551 วันที่ 11 เมษายน 2551

หนังสือ สม 0001.04/1802 วันที่ 2 ตุลาคม 2551

ภาษาอังกฤษ

Bayefsky, Anne. *The Principle of Equality and Non-Discrimination in International Law*, 11 HRLJ. 1990.

Charter of the United Nations Preamble, Art.1(2), 3, 13 (1)(b), 55 (c) and 77 (C). 1945.

Discrimination (Employment and Occupation) Convention. (No.111), Art.1 (1) (a)-(b), (2) – (3), 2 and 5. 1958.

Fishkin, James and Farrar, Cynthia. *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century.* San Francisco: Jossey-Bass. 2005.

Fredman, Sandra. *Discrimination Law*, Second Edition, Oxford University Press, 2011.

- Goffman, Erving. **Stigma: Note on the Management of Spoiled Identity**. Harmondsworth: Penguins Book. 1963.
- UNAIDS. **UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemics**. Geneva: UNAIDS. 2012.
- Global Commission on HIV and the Law. **Risk, Rights and Health**. UNDP, HIV/AIDS Group. 2012.
- General's Department. **Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws - Discussion Paper**. [online]. Available: <http://www.ag.gov.au/Consultations/Documents/ConsolidationofCommonwealthanti-discriminationlaws/Consolidation%20of%20Commonwealth%20Anti-Discrimination%20Laws.pdf> 2011.
- Global AIDS Progress Report. **Country Progress Report: The Philippines 2010 -2011**, (Geneva: UNAIDS). [online]. Available: http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_172919/lang--en/index.htm
- Hepple, Bob. **The New Single Equality Act in Britain**. The Equal Right Review, 11, 2010.
- HIV/AIDS Legal Centre. **Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws**. [online]. Available: <http://halc.org.au/wp-content/uploads/2013/04/Consolidation-of-Discrimination-legislation.pdf> 2012.
- HIV/AIDS Legal Centre. **Consolidation of Commonwealth Anti-Discrimination Laws**. [online]. Available: <http://halc.org.au/wp-content/uploads/2013/04/Consolidation-of-Discrimination-legislation.pdf> 2012.
- HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Horizons Program. [online]. Available: <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf> 2002.
- Lisk F. **A Rights-based approach in addressing HIV/AIDS in the workplace: the Role and contribution of the ILO and its constituent**. [online]. Available: http://www.go.warwick.ac.uk/elj/lgd/2007_1/lisk 2007.
- Mann, J. Statement at an Informal Briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly. New York cited in Richard Parker et.al. **HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action**. Horizons Program, 2002. [online]. Available: <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf> 1987.
- National AIDs Trust. **Overview of UK Anti-Discrimination Law: Fact Sheet 6**. [online]. Available: www.areyouhivprejudice.org 2003.

- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (OHCHR/UNAIDS). **HIV/AIDS and Human Rights**, International Guidelines, *Consolidated version*, New York and Geneva, UN 2006.
- Parker, Richard et.al. **HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action**. Horizons Program. [online]. Available: <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf> 2002.
- Smart, R.. **HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination**. Module 1.4. [online]. Available: http://www.iiep.unesco.org/fileadmin/user_upload/Cap_Dev_Training/pdf/1_4.pdf
- Recommendation concerning HIV and AIDS and the World of Work**. 2010. 17 June 2010
- Termination of Employment Convention**, (No. 158), Art.5 (e) 1982.
- Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons)**, (No.159), Art.1 (1), 2, 3 and 4. 1983.
- The Universal Declaration of Human Rights (UDHR)**, Art. 1, 2 and Art.7 1948.
- The International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)**, Art.1 (1), (2), 2 (1),(2),3 and 26. 1966,
- The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)**, Art.1 (1),(2),2 (2),(3) and 3. /1967.
- The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD)**, Art.1 (1), (4), 2 (1) (a) –(e), (2) and 5. 1965.
- The International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)**, Art.1, 2(a)-(g), 3, and 4(1),(2). 1979.
- The Convention of the Rights of the Child (CRC)**, Art. 2 (1),(2), 5 and 30. 1989.
- The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)**, Art.2, 3(a)-(h), 4 (1) (a)-(e),5(1)-(4), 12 (1)-(3). 2006.
- UNAIDS. **Protocol for the Identification of Discrimination against People Living with HIV**, Geneva: UNAIDS. 2000.
- UN alarmed by increasing HIV-AIDS incidence in the Philippines. **Business Mirror**. [online]. available: <http://www.businessmirror.com.ph/index.php/en/news/nation/18619-un-alarmed-by-increasing-hiv-aids-incidence-in-the-philippines>
- UNAIDS. **HIV/AIDS-related Stigma, Discrimination and Human Right Violation: Cases Studies of Successful Programme**. [online]. available: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf 2005.

WHO. AIDS/HIV Programme, **Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings**. [online]. available: http://www.who.int/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf 2008.

ภาคผนวก

รายชื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มในโครงการ

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 1

วันที่ 14 มกราคม 2556 เวลา 17.30 -19.30 น. โรงแรมทีเค พาเลส นนทบุรี

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ที่ผ่านมา ท่านและเครือข่ายผู้ติดเชื้อของท่าน ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพอันเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติ น่าจะมาจากสาเหตุใดเป็นหลัก
4. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรกับตัวท่าน ครอบครัวรวมถึงผลกระทบในวงกว้าง
5. ที่ผ่านมา ท่านแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างไร
6. ท่านคิดว่า แนวทางใดจะช่วยลดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

- (1) คุณอนัญญา สดชื่น จ.กาญจนบุรี
- (2) คุณอภิวัฒน์ กวางแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ
- (3) คุณผกาพรรณ รุ่งกลาง เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เขต 9 จ.นครราชสีมา
- (4) คุณราตรี บุญพรมาจ.หนองบัวลำภู
- (5) คุณอนันต์ เมืองมูลไชย จ.ลำปาง
- (6) คุณเฉลิมชัย เพื่อนบัวผัน กรุงเทพฯ
- (7) คุณแสง เียงหนองอ่าง จ.นครราชสีมา
- (8) คุณคงศักดิ์ คำอ่อนจ.พะเยา
- (9) คุณสิทธิวัฒน์ ใจวัง จ.ลำปาง
- (10) คุณสำเร็จ นามวงศ์ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคอีสานจ.สุรินทร์
- (11) คุณปัญญา ชูศิริจ.จันทบุรี
- (12) คุณอำนาจ รุ่งสว่างจ.ฉะเชิงเทรา
- (13) คุณวินัย คำสนิทจ.น่าน

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อ ครั้งที่ 2
วันที่ 27 มกราคม 2556 เวลา 16.00 – 18.00 น.
ชมรมเพื่อนที่รู้ใจ อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรีรายชื่อผู้เข้าร่วม

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ที่ผ่านมา ท่านและเครือข่ายผู้ติดเชื้อของท่าน ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพอันเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติ น่าจะมาจากสาเหตุใดเป็นหลัก
4. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรกับตัวท่าน ครอบครัวรวมถึงผลกระทบในวงกว้าง
5. ที่ผ่านมา ท่านแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างไร
6. ท่านคิดว่า แนวทางใดจะช่วยลดการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

- (1) คุณมาลินี เวชสุข
- (2) คุณดาวรุ่ง ชูชัย
- (3) คุณอาทร หมดไศรก
- (4) คุณอัญมณี นพฤทธิ์
- (5) คุณเกตนิกา ภาษิตร์รักษ์
- (6) คุณปัญญา ชูศิริ
- (7) คุณสังวาลย์ ชนะผล
- (8) คุณสมศักดิ์ ธรรมรังษี
- (9) คุณพิกุล ขอพิมาย

การสนทนากลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ
วันที่ 27 มกราคม 2556 เวลา 16.00 – 18.00 น.
ห้องประชุมโรงพยาบาลท่าใหม่ จ.จันทบุรี

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่าน ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพอันเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไรบ้าง
3. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น น่าจะมาจากสาเหตุใดเป็นหลัก
4. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่
5. ที่ผ่านมา ครอบครัวของท่านแก้ไขปัญหาค่าการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างไร
6. ท่านคิดว่า แนวทางใดจะช่วยลดปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อผู้เข้าร่วม

- (1) คุณสิทธิพร สมตน
- (2) คุณฉวี ตาหน่วย
- (3) คุณอุทัย สร้อยกุล
- (4) คุณณภัทร ต้นวาที
- (5) คุณพรศักดิ์ สังข์ทอง
- (6) คุณอารมณี ฟ้าสุข
- (7) คุณวิไล ภาษิตร์รักษ์
- (8) คุณถาวร เหล็กเพชร
- (9) คุณสัมฤทธิ์ หมัดไศรก

การสนทนากลุ่ม
กลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการ ตัวแทนสหภาพแรงงาน
8 มีนาคม 2556
ห้องประชุมสถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ท่านทราบถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในหน่วยงานที่ท่านทำอยู่หรือไม่ ถ้าทราบสถานการณ์เป็นอย่างไร
3. ที่ผ่านมานี้ หน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ รวมทั้งสหภาพแรงงานของท่านมีนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร
4. สมาชิกในหน่วยงาน/สหภาพแรงงานของท่าน เคยประสบปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ถ้าเคยประสบปัญหา หน่วยงาน/สหภาพแรงงานจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไร
5. ท่านคิดว่า ควรมีแนวทางการแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เพราะอะไร และถ้ามี ควรเป็นอย่างไร
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. อภิปรายสรุปถึงข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง

รายชื่อผู้เข้าร่วม

- (1) คุณวุฒิชัย ชุ่มมหาวงศ์ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจ ธนาคารกรุงไทย
- (2) คุณอภิรัตน์ นุตะมาน สหภาพแรงงานรอยแยล ออกคิด
- (3) คุณสุวัฒน์ วุฒิวิทยารักษ์ สหภาพแรงงานโรงแรมฮอติเคย์อิน คราวน์ พลาซ่า กรุงเทพฯ
- (4) คุณอภันตรี เจริญศักดิ์ สหภาพแรงงานอาหารและบริการแห่งประเทศไทย
- (5) น.ส.นิศาชล รุ่งเช้า คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย
- (6) ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล
- (7) นายพลภัฏฐ์ อำไพ

การสนทนากลุ่ม
กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
1 มีนาคม 2556 เวลา 13.00 -16.30 น.
ห้อง Alumni อาคารศศนิเวศน์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ที่ผ่านมา องค์กรของท่านมีนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร
3. องค์กรของท่าน เคยได้รับข้อร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ถ้าเคยมีเป็นเรื่องอะไร และองค์กรแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร ผลการแก้ไขเป็นอย่างไร มีข้อจำกัดในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่า ปัญหาการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี น่าจะมาจากสาเหตุใดเป็นหลัก
5. ท่านคิดว่า การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอง ชุมชน และผลกระทบในวงกว้าง
6. ท่านคิดว่า แนวทางใดจะช่วยลดปัญหาการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อผู้เข้าร่วม

- (1) นพ.สุเมธ องค์กรบรรณดี สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- (2) คุณสาวิทย์ แก้วหวาน สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการรถไฟแห่งประเทศไทย
- (3) คุณชาติ ลอยสูง คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย
- (4) คุณพรหมเสก เย็นอุรา สมาคมแนวร่วมธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์
- (5) คุณอภิวัฒน์ กวางแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย
- (6) คุณวาสนา นิมวรพันธ์ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
- (7) คุณพุทธิณี โกพัฒน์ตา มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
- (8) ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี
- (9) ดร.ศยามล เจริญรัตน์
- (10) ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล
- (11) นายพลัฎฐ์ อำไพ

การสนทนากลุ่ม
กลุ่มนายจ้าง /เจ้าของสถานประกอบการ
14 มีนาคม 2556 13.00-16.00 น.
ห้องประชุมสถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ

ขั้นตอนและคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ความหมายของการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อ
2. ท่านทราบถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในหน่วยงานที่ท่านทำอยู่หรือไม่ ถ้าทราบสถานการณ์เป็นอย่างไร
3. ที่ผ่านมามีกิจกรรมที่ท่านทำงานอยู่ มีนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวกับเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร
4. สมาชิกในหน่วยงาน/สภาพแรงงานของท่าน เคยประสบปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ถ้าเคยประสบปัญหา หน่วยงานจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไร
5. ท่านคิดว่า ควรมีแนวทางการแก้ไขปัญหการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ เพราะอะไร และถ้ามี ควรเป็นอย่างไร
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่กระจายและการติดเชื้อเอชไอวีมาตรฐานสากลของการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
7. อภิปรายสรุปถึงข้อเสนอเพื่อแก้ปัญหการเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกครั้ง

รายชื่อผู้เข้าร่วม

- (1) คุณสมศักดิ์ สุรารักษ์อังกุล บ.โฮม โปรดักส์ เซ็นเตอร์ จำกัด
- (2) คุณวนิดา ท้าวราช บ.ซีพีออลล์ จำกัด (มหาชน) ศูนย์กระจายสินค้าโชคชัยร่วมมิตร
- (3) คุณปริจิตต์ บุปผาโสมตระกูล บ.อาหารยอดคุณ จำกัด
- (4) คุณผุสดี อินธิเดช บ.มินบุรีเวชกิจ จำกัด (รพ.นวมินทร์ 9)
- (5) คุณสมร ป้อมอิม บิ๊กซี ราชดำริ
- (6) ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล
- (7) นายพลภัฏ อ่ำไพ
- (8) น.ส.วาสนา ศรีจำปา

การประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 2

ห้องประชุมสถาบันวิจัยสังคม

วันที่ 24 ตุลาคม 2556 เวลา 13.00 – 16.00 น.

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. คุณสุภัทรา นาคะผิว
2. คุณวาสนา นิมรพันธุ์
3. คุณอภิวัฒน์ กองแก้ว
4. คุณพรหมเสกเย็นอุรา
5. ดร.ขวัญฤทัย ศิริพัฒนโกศล
6. ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล
7. นายพลัฐ อำไพ

**รายชื่อผู้เข้าร่วมเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็น
(ร่าง) รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง “การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี”
วันเสาร์ที่ 16 พฤศจิกายน 2556 เวลา 13.00-16.00 น.
ณ ห้องสุพรรณนิการ์ โรงแรมทีเคพาเลซ ถนนแจ้งวัฒนะ
จัดโดย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

1	อ.จอน อึ้งภากรณ์	ประธานคณะกรรมการด้านการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ
2	คุณสุนี ไชยรส	คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย
3	คุณวิสา เบ็ญจะมโน	กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
4	คุณชุลีพร เดชขำ	ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนานโยบายและมาตรการ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
5	คุณบุญเกื้อ สมนึก	ผู้อำนวยการสำนักคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
6	คุณวันรุ่ง แสนแก้ว	สำนักวิจัยและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
7	คุณเสนาะ ม่วงศิลปชัย	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
8	คุณวีรยุทธ แผ่สุวรรณ	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
9	คุณวารุณี เจนาคม	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
10	คุณวิภา แก้วสังข์ทอง	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
11	คุณนิมิตร เทียนอุดม	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
12	คุณสุภัทรา นาคะผิว	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
13	ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14	ดร.ขวัญฤทัย ศิริพัฒนโกศล	นักวิจัยอิสระ
15	ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
16	ดร.ศยามล เจริญรัตน์	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17	คุณวาสนา นิมวรพันธุ์	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
18	คุณพรหมเสก เย็นอุรา	สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์
19	คุณลาวัลย์ สาโรวาท	เครือข่ายคนทำงานลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
20	คุณวัชชา ชัยศร	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
21	คุณมนต์ธิรา กาญจนานนท์	กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
22	คุณวิรัชณี ศรีแก้ว	สำนักรับฟังและการมีส่วนร่วม ไทยพีบีเอส
23	คุณจิรภัทร์ เตชะกุลชัยนันต์	สำนักวิจัยและพัฒนา กรมชลประทาน
24	คุณสมชาย คนการ	สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
25	คุณเฉลิมรัฐ ปรีชา	มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล
26	สมฤกษ์ เจริญระบิล	-
27	คุณรัศมี เอกศิริ	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
28	คุณเกวลิณ เพชรศรีชาติ	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

29	คุณพลัฎฐ์ อำไพ	บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
30	คุณอุกฤษณ์ กาญจนเกตุ	สภาองค์การนายจ้างแห่งประเทศไทย
31	คุณปัญญา บุญทุบุญ	บมจ. ซีพีออลล์ จำกัด ศูนย์กระจายสินค้า โชคชัยร่วมมิตร
32	คุณสุวัฒน์ วุฒิวิทยารักษ์	สหภาพโรงแรมฮอริเดย์ อิน คราวน์ พลาซ่า กรุงเทพ
33	คุณเสนีย์ ปูนสระน้อย	สหภาพแรงงานโพร์โมสต์
34	คุณประยงค์ เอ็มไอษฐ์	สหภาพแรงงานโพร์โมสต์
35	คุณอภินันท์ เจริญศักดิ์	สหภาพแรงงานอาหารและบริการ
36	คุณอภิวัฒน์ กวางแก้ว	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย
37	คุณวัชพล ช่างเหล็ก	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย
38	คุณบุปผา คงสนทนา	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย
39	คุณสมศักดิ์ ธรรมรังษี	39/5 ม.6 ต.สนามชัย อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
40	คุณสังวาลย์ ชนะผล	39/5 ม.6 ต.สนามชัย อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
41	คุณอุทัย สร้อยกุล	39/8 ม.6 ต.สนามชัย อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
42	คุณจำลอง ญาณโส	51 ม.6 ต.สนามชัย อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
43	คุณอาทร หมดีศรอก	18 ม.4 ต.สีพยา อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี
44	คุณดาวรุ่ง ชูชัย	11 ม.6 ต.ตะกาดเจ้า อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี
45	คุณถาวร เหล็กเพชร	17 ม.10 ต.สีพยา อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี
46	คุณรัตติยา ประภาโส	11 ม.6 ต.ตะกาดเจ้า อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี
47	คุณวันดี ล้อมวงค์	11/2 ม.3 ต.ตะกาดเจ้า อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี
48	คุณสายจิตร์ เจียนดวง	40/8 ม.3 ต.ตะกาดเจ้า อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี