

สิทธิของคนพิการในประเทศไทย
รวมถึงคนพิการทางจิตสังคม

บทประเมินโดยสังเขปว่าด้วยการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะจากการทบทวนรอบที่ 3

ประเทศไทยให้สัตยาบันอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (CRPD) เมื่อปี 2551 ในการทบทวนรอบที่ 3 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2564 ประเทศไทยรับไว้พิจารณาข้อเสนอแนะ 23 ข้อ ที่มุ่งเน้นเรื่องคนพิการโดยตรง ซึ่งรวมถึงการเรียกร้องให้ห้ามการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการโดยไม่มีข้อยกเว้น (51.169) การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต (51.119) การศึกษา (51.172 และ 51.178) และการจ้างงาน (51.171) การคุ้มครองเด็กพิการจากความรุนแรงและการถูกส่งเข้าสถาบัน (51.179) และการเสริมสร้างการเข้าถึงความยุติธรรมของผู้หญิงพิการ (52.72) แม้มีพันธกรณีเหล่านี้ คนพิการยังคงเผชิญอุปสรรคตามที่บันทึกไว้ในเอกสารฉบับนี้

ห้าปีต่อมา โครงสร้างกฎหมายภายในประเทศยัง**ยึดโยงอยู่กับแนวคิดเชิงการแพทย์และการสงเคราะห์** พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2556 พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ดำรงอยู่ควบคู่กับรัฐธรรมนูญ (มาตรา 27) และพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ซึ่งเปิดช่องให้มีข้อยกเว้นด้วยเหตุแห่งศาสนา ความมั่นคงของชาติ หรือความปลอดภัยสาธารณะ อันบั่นทอนการคุ้มครองที่มีประสิทธิผล **ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติที่ครอบคลุม** เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2569 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะรับรองการเลือกปฏิบัติทางตรงและทางอ้อมด้วยเหตุแห่งความพิการ และจัดตั้งคณะกรรมการที่มีอำนาจพิจารณาข้อร้องเรียน สั่งคุ้มครองชั่วคราว และให้การเยียวยา อย่างไรก็ตาม ร่างดังกล่าวยังอยู่ระหว่างการตรวจพิจารณาทางกฎหมายและการพิจารณาของรัฐสภา การคุ้มครองเหล่านี้จึงยังไม่มีผลบังคับใช้

ขนาดของปัญหากำลังขยายตัว ข้อมูลปัจจุบันของกรมสุขภาพจิตระบุว่า **อย่างน้อย 1 ใน 6 ของประชากรไทยจะเผชิญปัญหาสุขภาพจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต คิดเป็นมากกว่า 13.4 ล้านคน** อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยเรียน สัดส่วนผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ในพื้นที่ชนบทยังคงอยู่ที่ประมาณ 1 ต่อ 100,000 และทรัพยากรด้านจิตเวชประมาณร้อยละ 80 กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เพียงร้อยละ 20 ของประเทศ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ รายงาน Mental Health Atlas 2024 ขององค์การอนามัยโลกระบุว่างบประมาณด้านสุขภาพจิตคิดเป็นเพียงร้อยละ 1.8 ของงบประมาณสุขภาพภาครัฐทั้งหมด

ควบคู่กันนั้น คนพิการทางร่างกาย ประสาทสัมผัส สติปัญญา และจิตสังคม ยังคงถูกกีดกันจากการจ้างงาน การศึกษา บริการสุขภาพ กระบวนการยุติธรรม และสภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ผู้หญิงและเด็กหญิงพิการเผชิญความรุนแรงทางเพศที่ซ้ำซ้อนและถูกลบเลือนเชิงโครงสร้างจากกรอบนโยบายด้านสตรีและด้านคนพิการของประเทศ และ**ประเทศไทยยังคงไม่มีกรอบการสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) โดยยังคงใช้ระบบการตัดสินใจแทน (ผู้อนุบาลและผู้พิทักษ์) ซึ่งขัดกับข้อ 12 ของ CRPD** เอกสารฉบับนี้ระบุความท้าทายสำคัญ 5 ประการ พร้อมข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทยและรัฐสมาชิก UPR





สภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ความท้าทาย | **กรณี ข้อเท็จจริง และข้อสังเกต**

ความท้าทายที่ 1: กรอบกฎหมายยึดโยงแนวคิดเชิงการแพทย์ ไม่มีกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติที่ครอบคลุม และไม่รับรองความสามารถทางกฎหมาย

กรอบรัฐธรรมนูญและกฎหมายของไทยว่าด้วยความพิการยังคงตั้งอยู่บนแนวคิดการสงเคราะห์และแนวคิดเชิงการแพทย์ ซึ่งมองความพิการเป็นเรื่องของการสงเคราะห์และความปลอดภัยสาธารณะ มากกว่าเป็นเรื่องสิทธิและความเป็นอิสระของปัจเจกบุคคล

มาตรา 27 ของรัฐธรรมนูญรับรองความเสมอภาค แต่เปิดช่องให้มีข้อยกเว้นสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

การคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญถูกบั่นทอนด้วยข้อยกเว้นเรื่อง “ความสมบูรณ์ของร่างกาย” ในกฎหมายลำดับรอง

มาตรา 27 ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม และมาตรา 15, 16 และ 17 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ห้ามการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ อย่างไรก็ตาม กฎหมายลำดับรองในด้านแรงงาน การศึกษา และการเข้ารับราชการ มักหลีกเลี่ยงการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญผ่านเงื่อนไข “ความสมบูรณ์ของร่างกาย” กฎ ก.ตร. ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ. 2566 กีดกันผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีไว้โดยชัดแจ้ง และในทางปฏิบัติกีดกันคนพิการทางจิตสังคมด้วย

เอกสารสรุปข้อเท็จจริง UPR ฉบับนี้จัดทำโดย มูลนิธิเพื่อสิทธิความหลากหลาย (FAIR), สหภาพไรเดอร์ (Freedom Rider Union), สมาคมสายใยครอบครัว, เครือข่ายประชาชนขจัดการเลือกปฏิบัติ (MovED), ศิริศักดิ์ โชยเทศ, เชียงใหม่ไพรด์ (Chiang Mai Pride), มูลนิธิมนุษยะ, ภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมไทยเพื่อกระบวนการ UPR และกลไกสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

สภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ความท้าทาย | **กรณี ข้อเท็จจริง และข้อสังเกต**

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ห้ามการเลือกปฏิบัติ แต่ถูกบั่นทอนด้วยกฎหมายลำดับรองที่กำหนดเงื่อนไข “ความสมบูรณ์ของร่างกาย”

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มุ่งเน้นการบังคับรักษามากกว่าความเป็นอิสระของบุคคล หกปีหลังการทบทวนรอบที่ 3 ยังไม่มีข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CRPD ปี 2559 ว่าด้วยความสามารถทางกฎหมายข้อใดได้รับการปฏิบัติอย่างครบถ้วน



นักปกป้องสิทธิคนพิการเรียกร้องต่อรัฐสภาให้ยุติการเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการสาธารณะ
เครือข่ายสิทธิคนพิการยื่นหนังสือต่อรัฐสภา เรียกร้องให้ประธานสภาผู้แทนราษฎรช่วยแก้ไขอุปสรรคที่เลือกปฏิบัติต่อคนพิการ รวมถึงการเข้าถึงการเดินทางทางอากาศและบริการสาธารณะอื่น ๆ อย่างไม่เท่าเทียม การเคลื่อนไหวดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังมีกรณีซ้ำหลายครั้งที่ผู้โดยสารพิการถูกปฏิเสธไม่ให้ขึ้นเครื่อง หรือถูกกำหนดให้ต้องมีผู้ช่วยเพิ่มเติมเพียงเพราะไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง

แหล่งที่มา: The Active / Thai PBS (28 กุมภาพันธ์ 2567)

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยสาธารณะเหนือความเป็นอิสระของบุคคลและข้อ 12 ของ CRPD
มาตรา 27 ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม และมาตรา 15, 16 และ 17 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการห้ามการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการ อย่างไรก็ตาม กฎหมายลำดับรองในด้านแรงงาน การศึกษา และการเข้ารับราชการ มักหลีกเลี่ยงการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญผ่านเงื่อนไข “ความสมบูรณ์ของร่างกาย” กฎ ก.ตร. ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ. 2566 กีดกันผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีไว้โดยชัดแจ้ง และในทางปฏิบัติกีดกันคนพิการทางจิตสังคมด้วย

ไม่มีกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติที่ครอบคลุม และพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 เปิดช่องข้อยกเว้น
พระราชบัญญัติสุขภาพจิตยังคงมุ่งเน้นการรับไว้รักษาและการบำบัดโดยบังคับ มิได้บรรจุหลักการสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบกฎหมายไทยยังคงพึ่งพาระบบผู้อนุบาลและผู้พิทักษ์ ซึ่งพรากความสามารถทางกฎหมายของคนพิการทางจิตสังคมและสติปัญญา อันขัดโดยตรงต่อข้อ 12 ของ CRPD ระเบียบด้านสุขภาพของสำนักงาน ก.พ. มักจัดให้ความพิการทางจิตสังคมเป็น “ลักษณะที่ไม่เหมาะสม” ต่อการเข้ารับราชการ

การปฏิรูปกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการยังรอการประกาศใช้ เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2569 คณะรัฐมนตรีอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ร่างดังกล่าวจะนิยามการเลือกปฏิบัติทางตรงและทางอ้อมด้วยเหตุแห่งความพิการ และจัดตั้งคณะกรรมการขจัดการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ ซึ่งมีอำนาจวินิจฉัยข้อร้องเรียน สั่งคุ้มครองชั่วคราว และให้การเยียวยา ทั้งยังขยายนิยามความพิการตามกฎหมายให้ครอบคลุมบุคคลออทิสติก ทั้งนี้ ร่างยังต้องผ่านการตรวจพิจารณาทางกฎหมายและการพิจารณาของรัฐสภา การคุ้มครองที่เสนอไว้จึงยังไม่มีผลบังคับใช้

ความท้าทายที่ 2: การเลือกปฏิบัติที่ยังคงอยู่ในการจ้างงานและการศึกษา รวมถึงต่อคนพิการทางจิตสังคม

ระบบโควตาการจ้างงานตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (คนพิการ 1 คนต่อลูกจ้าง 100 คน) ถูกหลีกเลี่ยงเป็นปกติโดยนายจ้างที่เลือกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแทน

สิทธิทางการศึกษายังไม่บรรลุผลสำหรับเด็กพิการจำนวนมาก คนพิการทางจิตสังคมเผชิญการกีดกันเพิ่มเติมผ่านเงื่อนไขความสมบูรณ์ของร่างกายและการลดทอนจากการตีตรา ส่วนผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ซึ่งการกีดกันถูกบัญญัติไว้ในกฎหมาย เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุ “สภาพร่างกายหรือสุขภาพ” ซ้อนทับกับการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการอย่างไร

นายจ้างเลือกจ่ายค่าปรับแทนการจ้างงาน และใช้นักเรียนพิการเพื่อเลี่ยงระบบโควตา คนพิการส่วนใหญ่ถูกปฏิเสธการจ้างงานในตลาดแรงงานทั่วไป และกระจุกตัวอยู่ในงานที่ถูกดีกรอบด้วยภาพเหมารวม ไร้ทักษะ และค่าตอบแทนต่ำ บริษัทต่าง ๆ เลือกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแทนการจ้างคนพิการเป็นปกติ บริษัท ABC Donuts ประเทศไทย จ้างนักเรียนพิการแบบไม่เต็มเวลาในอัตราเดือนละ 600 บาท แต่ขึ้นทะเบียนเป็นลูกจ้างเต็มเวลาที่อัตราเดือนละ 9,000 บาท เพื่อเลี่ยงการจ่ายเงินสมทบและได้รับสิทธิลดหย่อนภาษีเต็มจำนวน บริษัทถูกปรับ แต่ค่าจ้างส่วนที่ขาดไปมิได้รับการชดเชย

ความพิการทางจิตสังคมถูกจัดเป็น “ลักษณะที่ไม่เหมาะสม” ต่อการเข้ารับราชการ คนพิการทางจิตสังคมถูกกีดกันจากการเข้ารับราชการผ่านระเบียบของสำนักงาน ก.พ. ที่จัดให้ความพิการทางจิตสังคมเป็น “ลักษณะที่ไม่เหมาะสม” กรณีที่บันทึกไว้โดยเครือข่ายขบวนการประชาชนเพื่อขจัดการเลือกปฏิบัติ (MovED) ระบุถึงบุคคลที่มีภาวะไบโพลาร์ซึ่งถูกปฏิเสธการจ้างงานด้วยเหตุผลว่าผู้ที่จัดอยู่ใน “ประเภทที่ 4” (ความพิการทางจิตสังคม) ไม่ได้รับการรับเข้าทำงาน และต่อมาถูกเลิกจ้างหลังนายจ้างทราบถึงการวินิจฉัยโรค

ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเผชิญการกีดกันด้านการจ้างงานและการศึกษาที่ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมาย ผู้หญิงคนหนึ่งซึ่งอยู่ร่วมกับเอชไอวี ผ่านการสอบคัดเลือกและการสัมภาษณ์ และได้รับแจ้งให้ไปรายงานตัวเป็นลูกจ้างรายวัน ต่อมากลับได้รับแจ้งว่าไม่ผ่านการตรวจสุขภาพเนื่องจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวี บุคคล LGBTQ+ คนหนึ่งซึ่งอยู่ร่วมกับเอชไอวีถูกสั่งพักงานและถูกเลิกจ้างโดยปริยายจากบริษัทที่ทำงานมานาน 7 ปี และเด็กหญิงคนหนึ่งซึ่งไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎรและอยู่ร่วมกับเอชไอวี ถูกปฏิเสธการรับเข้าเรียนหรือถูกขอให้ลาออกจากโรงเรียนถึง 4 แห่ง

สภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ความท้าทาย | กรณี ข้อเท็จจริง และข้อสังเกต

สิทธิในการศึกษาแบบเรียนรวมยังไม่บรรลุผล
ตามการสำรวจความพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2565 เด็กอายุ 5–17 ปีที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ร้อยละ 14 ไม่ได้เข้าเรียนในระบบการศึกษา อุปสรรคด้านการช่วยเหลือที่สมเหตุสมผลและการสนับสนุนที่เข้าถึงได้ยังคงจำกัดการมีส่วนร่วมทางการศึกษาของพวกเขา

นอกจากนี้ ข้อมูลของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ณ วันที่ 30 เมษายน 2568 บันทึกว่ามีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนทุกช่วงอายุจำนวน 431,727 คน (ร้อยละ 19.25) ที่ไม่ได้รับการศึกษ

ความท้าทายที่ 3: อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสุขภาพจิต ความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท และบัญชียาหลักที่จำกัด

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นความสำเร็จสำคัญ แต่สุขภาพจิตยังคงเป็นลำดับความสำคัญ “ชั้นรอง” โดยบริการในชุมชนขาดทรัพยากรเชิงโครงสร้าง มีความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท บัญชียาหลักแห่งชาติที่ล้าสมัย และการแทรกแซงโดยไม่สมัครใจที่ยังคงดำเนินอยู่

คนพิการทางประสาทสัมผัสเผชิญอุปสรรคซ้ำซ้อนจากการขาดแคลนล่ามภาษามือ และคนพิการยังคงถูกบังคับให้รับการรักษาทางการแพทย์โดยไม่สมัครใจ รวมถึงการทำหมันโดยบังคับและการยุติการตั้งครรภ์โดยบังคับ สำหรับอุปสรรคเฉพาะด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ โปรดดูเอกสารข้อมูล UPR รอบที่ 4 ฉบับว่าด้วยการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย





เยาวชนในประเทศไทยช่วยเหลือและประคับประคองกันท่ามกลางความท้าทายด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งรุนแรงขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด-19

วัยรุ่นในประเทศไทยยังคงเผชิญแรงกดดันด้านสุขภาพจิตอย่างมาก ขณะที่การเข้าถึงบริการที่ทันท่วงที เหมาะสมกับวัย และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญยังคงไม่ทั่วถึง

แหล่งที่มา: Metee Thuentap / UNICEF Thailand (2565)

ความต้องการด้านสุขภาพจิตกับการลงทุนภาครัฐที่จำกัด
หน่วยบริการปฐมภูมิระดับตำบลขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับการคัดกรองด้านสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลจิตเวชระดับจังหวัดหรือระดับเขต สัดส่วนผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ในชนบทยังคงอยู่ที่ประมาณ 1 ต่อ 100,000 และทรัพยากรด้านจิตเวชประมาณร้อยละ 80 กระจุกตัวในพื้นที่เพียงร้อยละ 20 ของประเทศ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ ยังมีภาวะขาดแคลนนักจิตวิทยาโรงเรียนอย่างวิกฤตในกรอบของกระทรวงศึกษาธิการ และวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะวิกฤตเฉียบพลันมักถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่หรือห้องฉุกเฉินทั่วไป

ความเหลื่อมล้ำเมือง-ชนบท: สัดส่วนผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ 1 ต่อ 100,000 และทรัพยากรร้อยละ 80 กระจุกในพื้นที่ร้อยละ 20 ของประเทศ
หน่วยบริการปฐมภูมิระดับตำบลขาดการฝึกอบรมเฉพาะทางที่จำเป็นสำหรับการคัดกรองด้านสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลจิตเวชระดับจังหวัดหรือระดับเขต สัดส่วนผู้ป่วยต่อจิตแพทย์ในชนบทยังคงอยู่ที่ประมาณ 1 ต่อ 100,000 และทรัพยากรด้านจิตเวชประมาณร้อยละ 80 กระจุกตัวในพื้นที่เพียงร้อยละ 20 ของประเทศ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ ยังมีภาวะขาดแคลนนักจิตวิทยาโรงเรียนอย่างวิกฤตในกรอบของกระทรวงศึกษาธิการ และวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะวิกฤตเฉียบพลันมักถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่หรือห้องฉุกเฉินทั่วไป

การเข้าถึงยาและบริการสุขภาพจิตในชุมชนยังคงจำกัด สมาคมสายใยครอบครัวและ MovED รายงานว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเมืองใหญ่อาจต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือระดับเขต เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ขาดการสนับสนุนเฉพาะทาง ทั้งยังรายงานว่าผลข้างเคียงของยาอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ขณะที่จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยเพื่อนได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ แม้บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2569 จะบรรจุยาต้านโรคจิตและยาปรับอารมณ์ไว้ แต่การอยู่ในบัญชีมิได้เป็นหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับการรักษาที่เหมาะสมในพื้นที่ของตน

วัยรุ่นขาดบริการดูแลภาวะวิกฤตที่เหมาะสมกับวัย สมาคมสายใยครอบครัวและ MovED รายงานว่าโรงเรียนมักพึ่งพาครูที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตในการรับมือกับนักเรียนที่อยู่ในภาวะทุกข์ใจ และรายงานว่าวัยรุ่นที่ประสบภาวะวิกฤตเฉียบพลันอาจถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่หรือแผนกฉุกเฉินทั่วไป ซึ่งไม่มีการดูแลที่เหมาะสมกับวัยและคำนึงถึงบาดแผลทางใจ

คนพิการยังคงถูกบังคับให้รับการรักษาทางการแพทย์โดยไม่สมัครใจ
คนพิการ โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็กหญิงที่มีความพิการทางสติปัญญาและจิตสังคม ยังคงถูกบังคับให้รับการรักษาทางการแพทย์โดยไม่สมัครใจ รวมถึงการทำหมันโดยบังคับและการยุติการตั้งครรภ์โดยบังคับ อันขัดต่อข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CRPD ปี 2559 และข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CEDAW ปี 2568 ต่อประเทศไทย การขาดแคลนล่ามภาษามือวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพยังคงสร้างความยากลำบากแก่ผู้ใช้ภาษามือในการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น

สภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ความท้าทาย | กรณี ข้อเท็จจริง และข้อสังเกต

ความท้าทายที่ 4: ผู้หญิงและเด็กหญิงพิการเผชิญการเลือกปฏิบัติซ้ำซ้อนและความรุนแรงทางเพศ

ผู้หญิงและเด็กหญิงพิการ รวมถึงผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญาและจิตสังคม ถูกลบเลือนเชิงโครงสร้างจากกรอบนโยบายด้านสตรีและด้านคนพิการของประเทศ และเผชิญความรุนแรงทางเพศที่ซ้ำซ้อนโดยมีช่องทางเข้าถึงความยุติธรรมอย่างจำกัด

ทั้งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 มิได้กล่าวถึงผู้หญิงพิการไว้โดยชัดแจ้ง ผู้หญิงและเด็กหญิงพิการยังคงไม่ปรากฏอยู่ในสภาสตรีแห่งชาติ สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกรอบสตรีนิยมเชิงอัตลักษณ์ทับซ้อนและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ โปรดดูเอกสารประกอบฉบับอื่น

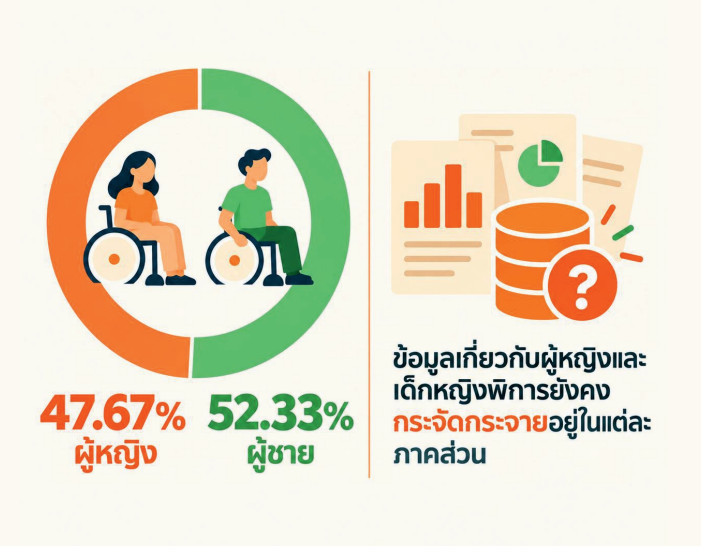
ผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญามีความเปราะบางเป็นพิเศษต่อความรุนแรงทางเพศ

ผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญามีความเปราะบางเป็นพิเศษต่อการถูกข่มขืนโดยผู้ชายในชุมชนหรือในครอบครัว การล่วงละเมิดทางเพศเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย แต่ผู้กระทำจำนวนมากไม่ถูกลงโทษ และไม่มีการจัดเก็บบันทึกอย่างเป็นทางการและเป็นระบบเกี่ยวกับความผิดฐานล่วงละเมิดทางเพศและข่มขืนต่อผู้หญิงพิการ เนื่องจากผู้นำชุมชนและครอบครัวของผู้เสียหายมักลังเลที่จะแจ้งเหตุ ในปี 2563 ผู้หญิงที่มีความพิการทางสติปัญญาคนหนึ่งถูกข่มขืนและฆาตกรรมในจังหวัดชลบุรี กรณีดังกล่าวยังคงเป็นเพียงกรณีที่ได้รับความสนใจเป็นการเฉพาะ มิได้นำไปสู่การปฏิรูปเชิงระบบ

อุปสรรคในการเข้าถึงความยุติธรรมของผู้หญิงพิการที่แจ้งเหตุความรุนแรงทางเพศ

การเข้าถึงการคุ้มครองของผู้เสียหายถูกซ้ำเติมด้วยการเข้าไม่ถึงทางกายภาพ การขาดการสนับสนุนที่สอดคล้องทางวัฒนธรรมและเข้าถึงได้ และการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงพิการภายในกระบวนการยุติธรรม กรณีของ “หญิง” (นามสมมติ) สะท้อนผลกระทบของระบบกฎหมายที่เข้าไม่ถึง เธอไม่ได้รับการจัดหาล่ามภาษามือ ไม่สามารถสื่อสารโดยตรงกับศาลในการพิจารณาคดีของตนเอง และต้องรับฟังการบรรยายเหตุการณ์ข่มขืนซ้ำแล้วซ้ำเล่าตลอดการพิจารณาคดี

ความท้าทายที่ 5: การเข้าไม่ถึงกระบวนการยุติธรรม สภาพแวดล้อมสาธารณะ และบริการดิจิทัล การถูกส่งเข้าสถาบัน และการไม่มีกรอบการสนับสนุนการตัดสินใจ



คนพิการยังคงเผชิญการเข้าไม่ถึงเชิงโครงสร้างทั้งในกระบวนการยุติธรรม สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ระบบขนส่งสาธารณะ บริการทางการเงินและดิจิทัล ตลอดจนข้อมูลข่าวสารสาธารณะ

ปรากฏการณ์ “ประตูหมุน” ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยปราศจากตาข่ายรองรับในชุมชน ประเทศไทยยังคงไม่มีกรอบกฎหมายว่าด้วยการสนับสนุนการตัดสินใจ ที่อยู่อาศัยในชุมชน และบ้านกึ่งวิถี อันขัดโดยตรงต่อข้อ 12 และข้อ 19 ของ CRPD

การถูกลบเลือนเชิงโครงสร้างจากกรอบนโยบายด้านสตรีและด้านคนพิการของประเทศ

ทั้งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 มิได้กล่าวถึงผู้หญิงพิการไว้โดยชัดแจ้ง ผู้หญิงและเด็กหญิงพิการไม่ปรากฏอยู่ในสภาสตรีแห่งชาติ ตามรายงานประจำปี 2561 ผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 47.67 และผู้ชายร้อยละ 52.33 ของประชากรคนพิการที่ขึ้นทะเบียน แต่ข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงและเด็กหญิงพิการที่เข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในระบบปกติยังไม่ได้รับการเผยแพร่ และข้อมูลจำแนกในทุกภาคส่วนยังคงกระจัดกระจาย

ข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CEDAW ปี 2568 ระบุว่าผู้หญิงพิการเผชิญการเลือกปฏิบัติเชิงอัตลักษณ์ทับซ้อน

ข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CEDAW ต่อรายงานฉบับที่ 8 ของประเทศไทย (CEDAW/C/THA/CO/8 รับรองเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2568) รับรองว่าผู้หญิงพิการเช่นเดียวกับผู้หญิงในชนบท ผู้หญิงชนเผ่าพื้นเมือง และผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์ เผชิญการเลือกปฏิบัติที่ทับซ้อนกันในการเข้าถึงความยุติธรรม บริการสุขภาพ การจ้างงาน และการคุ้มครองจากความรุนแรง ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการว่าด้วยความรุนแรงด้วยเหตุแห่งเพศ การไกล่เกลี่ย และบริการสุขภาพ สามารถนำมาปรับใช้ได้โดยตรง

ร้อยละ 90 ของคนพิการไม่ยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติ

เมื่อเกิดกรณีการเลือกปฏิบัติ คนพิการมีช่องทางเข้าถึงการเยียวยาทางกฎหมายอย่างจำกัด ด้วยความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิผลของกระบวนการ ร้อยละ 90 ของคนพิการไม่ยื่นเรื่องร้องเรียนต่อหน่วยงานของรัฐ กระบวนการทั้งหมดมีค่าใช้จ่ายสูง และใช้เวลานาน ล่ามภาษามือขาดแคลนในศาลและหน่วยงานราชการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และการจัดให้มีความช่วยเหลือในกระบวนพิจารณายังไม่สม่ำเสมอ

สภาพความเป็นจริงในพื้นที่

ความท้าทาย | **กรณี ข้อเท็จจริง และข้อสังเกต**



นักปกป้องสิทธิคนพิการเรียกร้องการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะอย่างเท่าเทียม

เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 นักปกป้องสิทธิคนพิการรวมตัวกันที่กระทรวงคมนาคม เพื่อเรียกร้องให้ยุติการปฏิบัติที่เลือกปฏิบัติต่อผู้โดยสารพิการ และเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะและการเดินทางทางอากาศอย่างเท่าเทียม

แหล่งที่มา: The Active / Thai PBS (28 กุมภาพันธ์ 2567)

บริการดิจิทัลและการเงินเข้าไม่ถึง รวมถึงการบังคับใช้ระบบจดจำใบหน้า
ธนาคารแห่งหนึ่งในจังหวัดลพบุรีไม่สามารถให้บริการธุรกรรมทางการเงินแก่คนตาบอดได้ เนื่องจากระบบจดจำใบหน้าที่จำเป็นต่อการโอนเงินผ่านแอปพลิเคชันไม่สามารถใช้งานได้กับบุคคลดังกล่าว บริการสาธารณะและการชำระเงินที่ใช้ระบบดิจิทัลเป็นหลักตั้งอยู่บนสมมติฐานเรื่องความสามารถทางประสาทสัมผัส การรับรู้ และการเคลื่อนไหว ซึ่งคนพิการจำนวนมากไม่มี และยังไม่มีกฎหมายว่าด้วยการเข้าถึงที่ครอบคลุมซึ่งกำกับบริการดิจิทัลของภาคเอกชน

สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้นและระบบขนส่งสาธารณะยังคงเข้าไม่ถึง
ระบบขนส่งสาธารณะส่วนใหญ่ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ ในกรุงเทพมหานคร มีเพียงบางสถานีของรถไฟฟ้า BTS ที่มีลิฟต์ใช้งานได้ และลิฟต์ที่เชื่อมสู่ระดับพื้นดินมักมีเพียงฝั่งเดียวของถนน ทางเท้ายังคงแคบ ไม่เรียบ และมักถูกตัดขาดด้วยสะพานลอยที่มีแต่บันได ข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CRPD ปี 2559 เสนอแนะให้จัดทำแผนการเข้าถึงที่ครอบคลุมระหว่างกระทรวงตามความเห็นทั่วไปที่ 2 (2557) ซึ่งยังไม่ได้รับการจัดทำ

การถูกส่งเข้าสถาบันและปรากฏการณ์ “ประตูหมุน” ยังคงอยู่ และไม่มีกรอบการสนับสนุนการตัดสินใจ
การคุ้มครองทางสังคมสำหรับคนพิการทางจิตสังคมมักสิ้นสุดลงเมื่ออาการทางคลินิกคงที่ ปรากฏการณ์ “ประตูหมุน”

ที่ฝังลึกทำให้ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกโดยปราศจากตาข่ายรองรับในชุมชน ประเทศไทยไม่มีกรอบกฎหมายว่าด้วยการสนับสนุนการตัดสินใจ และยังคงพึ่งพาระบบผู้อนุบาลและผู้พิทักษ์ที่พรากความสามารถทางกฎหมายและความเป็นอิสระของบุคคล อันขัดโดยตรงต่อข้อ 12 ของ CRPD ที่อยู่อาศัยในชุมชนและบ้านกึ่งวิถียังแทบไม่มี ส่งผลให้เกิดการอยู่ในสถาบันระยะยาวที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

คนไร้บ้านที่มีความพิการทางจิตสังคมเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา
คนไร้บ้านที่มีความพิการทางจิตสังคมเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา เนื่องจากการส่งต่อมักต้องอาศัยการรับรองโดยจิตแพทย์และกระบวนการที่อิงโรงพยาบาล ยังไม่มีโครงการระดับชาติที่ครอบคลุมจุดตัดระหว่างภาวะไร้บ้าน ความพิการทางจิตสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในชุมชนโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทย

1. ต่อความท้าทายที่ 1: ยุติการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีและประชากรกลุ่มเฉพาะ

1.1 ตรา**กฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติที่ครอบคลุม** ซึ่งห้ามการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุทุกประการ รวมถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การใช้สารเสพติด วิถีทางเพศ และอัตลักษณ์ทางเพศสภาพ โดยครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ การจ้างงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย และบริการสาธารณะ

1.2 แก้ไข**พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน** ให้ระบุผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ผู้ใช้สารเสพติด และประชากรกลุ่มเฉพาะไว้โดยชัดแจ้งในกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติในการทำงาน และห้ามการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีทั้งในขั้นตอนการรับสมัครงานและระหว่างการจ้างงาน

สำหรับข้อมูล หลักฐาน และสถิติเพิ่มเติม โปรดดูรายการอ้างอิง และ/หรือติดต่อ:
วีรการ โพธิ์เจริญ, สมาคมสายใยครอบครัว (Thai Familylink Association). อีเมล: nuyniramol@gmail.com

ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทย

1.3 ดำเนินการตาม**ความร่วมมือประเทศไทยเพื่อการไม่เลือกปฏิบัติเป็นศูนย์** ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง พร้อมติดตามผลโดยจำแนกข้อมูลการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ประชากรกลุ่มเฉพาะ และผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีอายุน้อยต้องเผชิญ

1.4 ทบทวน แก้ไข หรือยกเลิกกฎระเบียบและแนวปฏิบัติทางปกครองของรัฐที่จำกัดสิทธิด้วยเหตุแห่งสถานะสุขภาพ รวมถึง**กฎ ก.ตร. ว่าด้วยคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของการเป็นข้าราชการตำรวจ พ.ศ. 2566** ซึ่งกำหนดให้การติดเชื้อเอชไอวีเป็นลักษณะต้องห้ามในการบรรจุแต่งตั้ง

2. ต่อความท้าทายที่ 2: ยกเลิกโทษทางอาญาสำหรับการใช้และการครอบครองสารเสพติดเพื่อการเสพส่วนตัว

2.1 **ยกเลิกโทษทางอาญาสำหรับการใช้และการครอบครองสารเสพติดเพื่อการเสพส่วนตัว** รวมถึงการทบทวนเกณฑ์ 1 หน่วยการใช้ที่กำหนดเมื่อเดือนมิถุนายน 2567 และทำให้การเสพส่วนตัวแยกออกจากการค้าและความผิดร้ายแรงอื่นเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างชัดเจน

2.2 ทำให้มั่นใจว่าผู้ใช้สารเสพติด**ไม่ถูกจับกุม ดำเนินคดี หรือจำคุกเพียงเพราะการใช้หรือการครอบครองเพื่อเสพส่วนตัว** และกำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจนในการแก้ไขมาตรา 162 และมาตรา 164 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

2.3 ตามหลักการที่มุ่งเน้นการบำบัดรักษาว่า **“ผู้เสพคือผู้ป่วย” ให้ขยายการใช้มาตรการทางเลือกแทนการคุมขังในชั้นศาล** และจำแนกข้อมูลการจับกุมตามลักษณะการเสพส่วนตัว การครอบครอง การจำหน่าย และการค้า

2.4 ในกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติที่ครอบคลุมนั้น ให้**นิยามการเลือกปฏิบัติให้รวมถึงการเลือกปฏิบัติทางตรง ทางอ้อม และการเลือกปฏิบัติซ้ำซ้อน** และจัดให้มีกลไกร้องเรียน คุ้มครอง และเยียวยาที่เข้าถึงได้ มีประสิทธิผล และเป็นอิสระ โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการเลือกปฏิบัติซ้ำซ้อนต่อผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี บุคคล LGBTIQ+ ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี และเด็กไร้รัฐไร้สัญชาติที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

3. ต่อความท้าทายที่ 3: ยกเลิกโทษประหารชีวิตในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

3.1 ตาม**ข้อ 6(2) ของกติกา ICCPR และความเห็นทั่วไปที่ 36** ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ให้**ยกเลิกโทษประหารชีวิตในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งปวง**

3.2 **ลดโทษประหารชีวิตในคดียาเสพติดที่มีอยู่ทั้งหมด** และประกาศ**พักการประหารชีวิตอย่างเป็นทางการ**ในระหว่างรอการยกเลิก โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผลกระทบที่ไม่ได้สัดส่วนของโทษประหารชีวิตต่อผู้หญิงที่ถูกตัดสินในคดียาเสพติด

3.3 ทำให้มั่นใจว่าผู้ต้องขังประหารชีวิต**เข้าถึงโครงการบำบัดยาเสพติดและโครงการอื่นที่ผู้ต้องขังทั่วไปเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม** ตามข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการต่อต้านการทรมาน ปี 2567

3.4 ทำให้กระบวนการ**ทะเบียนราษฎรและการรับรองสถานะทางกฎหมายเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิผลกับการเข้าถึงการศึกษาและบริการสุขภาพ** เพื่อมิให้เด็กที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร รวมถึงเด็กที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ถูกกีดกันจากการศึกษาหรือบริการสุขภาพ

\สำหรับข้อมูล หลักฐาน และสถิติเพิ่มเติม โปรดดูรายการอ้างอิง และ/หรือติดต่อ:
วีรการ โพธิ์เจริญ, สมาคมสายใยครอบครัว (Thai Familylink Assocation). อีเมล: nuyniramol@gmail.com

ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลไทย

4. ต่อความท้าทายที่ 4: ยุติการควบคุมตัวโดยพลการ การบังคับตรวจหาสารเสพติด และการปฏิบัติที่โหดร้ายในสถาน “บำบัด”

4.1 ทำให้มั่นใจว่า**การควบคุมตัวชั่วคราวตามมาตรา 115 แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด** จะใช้เฉพาะกรณีที่ชอบด้วยกฎหมาย จำเป็น และได้สัดส่วน พร้อมหลักประกันที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การกำหนดสถานที่ควบคุมตัวที่มีกล้องวงจรปิด การกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน และการเข้าถึงที่ปรึกษากฎหมาย

4.2 ทำให้มั่นใจว่า**การบำบัดผู้ติดยาเสพติดเป็นไปโดยสมัครใจอย่างแท้จริงและตั้งอยู่บนความยินยอมที่เป็นอิสระและได้รับข้อมูลครบถ้วน** รวมถึง**สิทธิที่จะปฏิเสธหรือยุติการบำบัดโดยไม่ถูกลงโทษ** และปรับปรุงแบบฟอร์มและแนวทางของสำนักงาน ป.ป.ส. ให้สอดคล้อง

4.3 **กำกับดูแลและตรวจสอบโดยอิสระอย่างมีประสิทธิผลต่อสถานบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกแห่ง** ปิดสถานบำบัดที่ไม่ได้จดทะเบียนซึ่งใช้เครื่องพันธนาการ โซ่ล่าม หรือการปฏิบัติที่โหดร้ายอื่น ๆ และจัดให้มีการเยียวยาและฟื้นฟูที่มีประสิทธิผลแก่ผู้รอดชีวิต

4.4 **ห้ามการตรวจหาสารเสพติดแบบเหมารวมหรือโดยบังคับ** ที่ปราศจากฐานทางกฎหมาย ความจำเป็น ความได้สัดส่วน และความยินยอมที่แท้จริง และทำให้มั่นใจว่าข้อมูลสุขภาพจะไม่ถูกนำไปใช้เป็นปกติเพื่อวัตถุประสงค์ทางอาญา ทางวินัย หรือการเลือกปฏิบัติ

5. ต่อความท้าทายที่ 5: ธำรงและขยายงานลดอันตรายอย่างครอบคลุมและการตอบสนองต่อเอชไอวี

5.1 ตาม**ข้อเสนอแนะปี 2569 ของผู้รายงานพิเศษแห่งสหประชาชาติด้านสิทธิในสุขภาพ**ต่อประเทศไทย ให้**ขยายบริการลดอันตรายที่ครอบคลุม ตั้งอยู่บนฐานวิทยาศาสตร์ และนำโดยชุมชนทั่วประเทศ** รวมถึงโครงการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา การบำบัดด้วยสารทดแทนกลุ่มโอปิออยด์ การป้องกันภาวะใช้ยาเกินขนาดและยานาล็อกโซน การป้องกันและรักษาเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบ ตลอดจน**บริการที่เทียบเท่ากันในเรือนจำและสถานที่ควบคุมตัวอื่น ๆ**

5.2 จัดทำและดำเนินการตาม**แผนที่นำทางความยั่งยืนของการตอบสนองต่อเอชไอวี** พร้อมงบประมาณภายในประเทศที่เพียงพอ เพื่อปกป้องบริการที่นำโดยชุมชนสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะจากผลกระทบของการระงับความช่วยเหลือจากต่างประเทศของสหรัฐฯ ปี 2568 โดยประสานงานกับ UNAIDS และเครือข่ายภาคประชาสังคม

5.3 **ทำให้การมีส่วนร่วมโดยตรงและอย่างมีความหมายของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ผู้ใช้สารเสพติด และองค์กรที่นำโดยพวกเขาเป็นสถาบัน** ในการพัฒนา ดำเนินการ และทบทวนกฎหมายยาเสพติด มาตรฐานการบำบัด นโยบายลดอันตราย และนโยบายเอชไอวีทั้งปวง ตามข้อเสนอแนะของผู้รายงานพิเศษด้านสิทธิในสุขภาพ

SCAN HERE

สแกนเพื่อเข้าถึง
ข้อเสนอร่วมต่อกลไก UPR ว่าด้วย สิทธิของคนพิการในประเทศไทย

สำหรับข้อมูล หลักฐาน และสถิติเพิ่มเติม โปรดดูรายการอ้างอิง และ/หรือติดต่อ:
วีรการ โพธิ์เจริญ, สมาคมสายใยครอบครัว (Thai Familylink Association). อีเมล: nuyniramol@gmail.com

บันทึกเพิ่มเติม