แนวทางการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในบริบทของประเทศไทย*

The Protection of Reproductive Health Rights of Women and LGBTQIAN+ Persons in the Context of Thailand

ฉัตรฑริกา นภาธนาพงศ์

Chattrika Napatanapong

อาจารย์ประจำ
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
Lecturer
Faculty of Law, The University of the Thai Chamber of Commerce,
Khwang Din Daeng, Khet Din Daeng, Bangkok 10400
Corresponding author E-mail: n.chattrika@gmail.com

ณิชากร ขอนทอง

Nichakorn Khonthong

อาจารย์ประจำ
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
Lecturer
Faculty of Law, The University of the Thai Chamber of Commerce,
Khwang Din Daeng, Khet Din Daeng, Bangkok 10400
Corresponding author E-mail: Nichakorn_kho@utcc.ac.th

(Received: September 25, 2025; Revised: December 8, 2025; Accepted: January 28, 2026)

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งศึกษาถึงการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศในบริบทประเทศไทย ภายใต้พันธกรณีระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน เช่น อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (CEDAW) หลักการยอกยาการ์ตา และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อที่ 5 ซึ่งต่างยืนยันถึงสิทธิในการเข้าถึงสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเสมอภาคและปราศจากการเลือกปฏิบัติ

* บทความนี้สรุปจากโครงการวิจัยเรื่อง “จ้างรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำนโยบาย มาตรการ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์” เสนอต่อ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อปี พ.ศ. 2568

จากการศึกษาพบว่า แม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในเชิงกฎหมายและนโยบาย แต่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญ อาทิ อคติจากผู้ให้บริการ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและภูมิศาสตร์ ตลอดจนข้อจำกัดทางกฎหมายที่ยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล

การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาพัฒนาการและปัญหาทางกฎหมายและนโยบายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง เช่น การยุติการตั้งครรภ์ การขยายสิทธิประโยชน์ด้านการคุมกำเนิด การบริการอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการยาฮอร์โมนและการยืนยันเพศสภาพ โดยศึกษาเปรียบเทียบกับการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในสหราชอาณาจักร เยอรมนี และอินเดีย อันเป็นตัวอย่างการพัฒนากลไกกฎหมายและนโยบายที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างระบบบริการที่เป็นมิตร เพื่อยกระดับกลไกทางกฎหมายและนโยบายสาธารณะของไทยให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เกิดขึ้นจริง ภายใต้พันธกรณีระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ต่อไป

คำสำคัญ: สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์, ความเสมอภาคทางเพศ, ความหลากหลายทางเพศ, สิทธิมนุษยชน, การพัฒนาที่ยั่งยืน

Abstract

This article examines the protection of sexual and reproductive health rights (SRHR) of women and gender-diverse persons in Thailand within the framework of international human rights obligations. Core instruments such as the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), the Yogyakarta Principles, and Sustainable Development Goal 5 affirm the right to equal and non-discriminatory access to sexual and reproductive health.

According to the study, despite these developments, significant challenges remain. Structural and legal barriers, persistent biases among healthcare providers, and socio-economic as well as geographical disparities continue to limit effective access to SRHR services, which are inconsistent with the universal human rights standards.

The study, therefore, explores the development and legal problems of Thai laws and policies, including safe abortion, expansion of contraceptive benefits under the Universal Health Coverage Scheme, and welfare measures related to reproductive health, and recognition of transgender persons' rights to access hormone therapy and gender-affirming healthcare. To identify possible approaches for improvement, the study compares Thailand's laws and policies with foreign laws, policies, and practices, particularly those

in the United Kingdom, Germany, and India. According to the comparative study, more comprehensive legal and policy frameworks provide stronger and amicable safeguards to bridge the mechanism of Thailand's laws and public policies for promoting and supporting reproductive autonomy and equality under international human rights standards and to enable the accomplishment of sustainable development goals.

Keywords: Reproductive Health Rights, Gender Equality, Gender Diversity, Human Rights, Sustainable Development

1. บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในตราสารระหว่างประเทศหลายฉบับที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศและการขจัดการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ อันรวมถึงการสร้างหลักประกันว่าสตรีและบุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศสามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ หรือ CEDAW ได้กำหนดพันธกรณีให้รัฐภาคีจัดให้ผู้หญิงได้รับสิทธิเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนบุตรโดยปราศจากการบังคับ ขณะที่หลักการยอกยาการ์ตา แม้จะมิได้มีสถานะเป็นกฎหมายที่มีผลผูกพัน แต่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในฐานะมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล ก็ได้ยืนยันถึงสิทธิในการได้รับมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ รวมถึงสิทธิด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวิถีทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ

อย่างไรก็ดี แม้ประเทศไทยจะได้ประกาศเจตนารมณ์และพยายามดำเนินมาตรการให้สอดคล้องกับพันธกรณีระหว่างประเทศ แต่ในทางปฏิบัติยังคงเผชิญกับอุปสรรคสำคัญหลายประการ ทั้งในเชิงโครงสร้างทางกฎหมายและนโยบายที่ยังไม่รองรับสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุม เช่น กรอบกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ที่แม้ได้รับการแก้ไขแต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดเงื่อนไขการเข้าถึง อีกทั้งอคติและทัศนคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่สะท้อนถึงความไม่เข้าใจในประเด็นความหลากหลายทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ จนก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ ขณะเดียวกัน ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและภูมิศาสตร์ก็ยังคงทำให้ผู้หญิงและบุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ชายขอบไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และราคาเหมาะสมได้อย่างแท้จริง อีกทั้งการขาดมาตรการเชิงสวัสดิการ เช่น การสนับสนุนด้านสุขอนามัยสตรีหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ฮอร์โมนและการเตรียมความพร้อมก่อนการแปลงเพศก็สะท้อนถึงช่องว่างที่ยังดำรงอยู่ในระบบบริการสุขภาพของรัฐ

บทความนี้เป็นการศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันในการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรี โดยครอบคลุมประเด็นแนวทางการจัดเก็บภาษีผ้าอนามัย ด้านการคุมกำเนิด และด้านการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ในส่วนผู้มีความหลากหลายทางเพศครอบคลุมประเด็นด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสวัสดิการด้านการเปลี่ยนแปลงสรีระทางเพศกำเนิด รวมถึงศึกษานโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบกฎหมายประเทศไทย รวมทั้งเปรียบเทียบกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กในประเทศไทยเปรียบเทียบกับต่างประเทศจำนวน 3 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร เยอรมนี และอินเดีย เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์ถึงปัญหา และผลกระทบของการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศตลอดจนแนวทางการสร้างกลไกที่ทำให้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เกิดขึ้นได้จริงในทางปฏิบัติและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยตามสภาพเศรษฐกิจ สังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

2. สถานการณ์และพัฒนาการเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านกฎหมายและนโยบาย เช่น การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาเพื่อสิทธิยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัย และการขยายสิทธิประโยชน์คุมกำเนิด อย่างไรก็ดี อุปสรรคจากอคติทางสังคม ความเหลื่อมล้ำ และข้อจำกัดทางกฎหมายยังคงทำให้การเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศไม่เสมอภาคอย่างแท้จริง

2.1 สถานะทางสุขภาพและผลกระทบในการมีชีวิตของบุคคลข้ามเพศจนถึงในปัจจุบัน

สถานะทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลข้ามเพศประการหนึ่ง เนื่องจากสถานะทางสุขภาพจะส่งผลต่อการรับรองสถานะต่าง ๆ ของบุคคลข้ามเพศในการดำเนินชีวิต ตัวอย่างเช่น การรับรองเพื่อนำไปสมัครงาน การเกณฑ์ทหาร เป็นต้น ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลกได้ถอดการเป็นบุคคลรักเพศเดียวกันและบุคคลรักสองเพศออกจากภาวะผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม โดยเห็นว่าเป็นเพียงความแตกต่างของวิถีทางเพศเท่านั้น แต่การเป็นบุคคลข้ามเพศและการเป็นบุคคลอินเตอร์เซ็กส์ยังถือว่าเป็นอัตลักษณ์ทางเพศที่จัดอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (gender identity disorders)[1] โดยได้กำหนดเงื่อนไขในการเข้ารับบริการสุขภาพสำหรับความผิดปกติดังกล่าว ซึ่งนักเพศศาสตร์ด้านการแพทย์และจิตเวชศาสตร์ได้มีการแถลงร่วมกันที่สถาบันแพทยศาสตร์ ประเทศนิวยอร์กเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม ค.ศ. 1953 โดยแถลงว่าการข้ามเพศถือเป็น

[1] World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10): Diagnoses for Psychological and Behavioral Disorders Associated with Sexual Development and Orientation (F64 and F66)* (Geneva: World Health Organization, 1990), 4.

พฤติกรรมที่เกิดจากการเบี่ยงเบนทางเพศ ซึ่งเป็นโรคชนิดหนึ่งที่ยังไม่พบวิธีการรักษานอกจากการผ่าตัดแปลงเพศและการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยความผิดปกติของอัตลักษณ์ทางเพศ สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 รูปแบบ ได้แก่ การเป็นบุคคลแปลงเพศ (transsexualism), การแต่งกายข้ามเพศ (dual-transvestism), ความผิดปกติด้านอัตลักษณ์ในวัยเด็ก (gender identity disorder childhood), ความผิดปกติด้านอัตลักษณ์อย่างอื่น (other gender identity disorders) และความผิดปกติด้านอัตลักษณ์ที่ไม่สามารถระบุได้ (gender identity disorders unspecified)[2]

จะเห็นได้ว่า ข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกนั้น ยิ่งเป็นการตอกย้ำชุดความคิดที่ว่า “บุคคลข้ามเพศและการเป็นบุคคลอินเตอร์เซ็กเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต” อันนำไปสู่การตกเป็นเหยื่อหรือกลุ่มเป้าหมายหลักในการใช้ความรุนแรง และหมายรวมถึงการถูกตีตรา และการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมจากภาครัฐและเอกชนซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางไปทั่วโลกในกลุ่มบุคคลดังกล่าวทุกวัย

นอกจากนี้ รายงานเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของบุคคลข้ามเพศยังพบข้อมูลในปริมาณน้อย[3] และข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของผู้หญิงข้ามเพศนั้นถูกดึงมาจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อีกทั้งทั่วภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ยังไม่มีหลักฐานเชิงปริมาณเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ชายข้ามเพศ แม้ว่าในเครือข่ายผู้ชายข้ามเพศเองจะรู้ว่าขนาดของเครือข่ายกำลังมีขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งข้อมูลบุคคลข้ามเพศที่เข้าถึงได้ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มประชากรในเขตเมือง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นตัวแทนมากเกินไปภายในชุมชนบุคคลข้ามเพศ[4]

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ปรับแก้บัญชีจำแนกโรคสากล ICD-11 ฉบับใหม่[5] โดยถอดถอนภาวะการข้ามเพศ ออกจากหมวดความบกพร่องทางจิตและพฤติกรรมรอการรับรองจากสมัชชาอนามัยโลก (world health assembly)[6] และได้บรรจุภาวะการข้ามเพศในหมวดใหม่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ (sexual health) ซึ่งจะบรรจุอยู่ในบทที่ 17 ของบัญชีจำแนกโรคสากล ICD-11

---

[2] อารยา สุขสม, “สิทธิมนุษยชนในเรื่องวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศในระบบกฎหมายไทย” (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559), 42-43.

[3] Asia Pacific Transgender Network, “แนวทางต้นแบบการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมแก่บุคคลข้ามเพศและชุมชนบุคคลข้ามเพศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก,” สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2568, http://www.weareaptn.org/wp-content/uploads/2018/11/rbap-hhd-2018-trans-health-blueprint-thai.pdf.

[4] ฉัตรฑริกา นภาธนาพงศ์, “การคุ้มครองบุคคลข้ามเพศในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทย: ศึกษากรณีกระบวนวิธีพิจารณาความอาญาชั้นสอบสวน” (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2563), 5-6.

[5] World Health Organization, “WHO/Europe Brief – Transgender Health in the Context of ICD-11 (2020),” accessed 30 September 2025, https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11

[6] Susan D. Cochran et al., “Proposed Declassification of Disease Categories Related to Sexual Orientation in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11),” *Bulletin of the World Health Organization* 92, no. 9 (2014): 672–679, https://doi.org/10.2471/BLT.14.135541

ฉบับใหม่นี้ โดยจะมีการใช้คำใหม่ในการจำแนกภาวะการข้ามเพศกับกลุ่มประชากรสองกลุ่มคือ เพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิดในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (gender Incongruence of adolescence and adulthood) และเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิดในวัยเด็ก (gender incongruence of childhood)

2.2 การพัฒนาสิทธิการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ

ประเทศไทยได้ขยายสิทธิประโยชน์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างครอบคลุมและสะดวกยิ่งขึ้น รัฐได้กำหนดสิทธิให้สามารถรับอุปกรณ์คุมกำเนิดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย และการฉีดยาคุม ผ่านร้านขายยาคู่สัญญา คลินิก หน่วยบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมถึงการจองผ่านแอปพลิเคชันของรัฐบาลอย่าง “เป๋าตัง” หรือ “เป๋าสุขภาพ” สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการยกระดับระบบให้คำปรึกษาและสร้างช่องทางบริการที่หลากหลาย เช่น ถุงยางอนามัยมีการกำหนดเพดานสิทธิไม่เกิน 10 ชิ้นต่อสัปดาห์ และไม่เกิน 52 ครั้งต่อคนต่อปี พร้อมขยายช่องทางการรับบริการผ่านร้านขายยาคู่สัญญา หน่วยบริการตู้อัตโนมัติในการจำหน่ายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สระบุรี และเมืองพัทยา สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดกำหนดสิทธิให้แก่ผู้หญิงสัญชาติไทยอายุ 15–59 ปี ภายใต้เงื่อนไขจำนวนไม่เกิน 3 แผงต่อครั้งและไม่เกิน 13 แผงต่อปี นอกจากนี้ ยังมีสิทธิประโยชน์ด้านการใส่ห่วงอนามัย การฉีดยาคุม และการฝังยาคุม ซึ่งเปิดให้ผู้หญิงไทยอายุ 10–59 ปี เข้ารับบริการใส่ห่วงอนามัยได้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี เป็นต้น สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการออกแบบมาตรการที่มีเงื่อนไขชัดเจน ควบคู่กับการเพิ่มช่องทางและแพลตฟอร์มดิจิทัลในการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึงและเป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวัน

ประเด็นการคุ้มครองด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิมนุษยชนและเป็นหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืนตามเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) เพื่อลดอุปสรรคเชิงโครงสร้าง ความไม่เสมอภาค ความรุนแรงทางเพศ และการเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการและข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาส หลักการสิทธินี้**ได้รับการยืนยันในอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี (CEDAW)** ข้อเสนอทั่วไปฉบับที่ 24 ซึ่งกำหนดให้รัฐมีหน้าที่เคารพ ปกป้อง และส่งเสริมสิทธิผู้หญิงในการดูแลสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่การวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด ไปจนถึงช่วงหลังคลอดพร้อมจัดบริการที่ปลอดภัย เป็นส่วนตัว และไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อจำเป็น โดยต้องไม่มีข้อจำกัด

3. ผลการทบทวนนโยบาย มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศในต่างประเทศ

การศึกษานโยบายและกฎหมายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศในต่างประเทศมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิผลซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทไทย หลายประเทศได้พัฒนากลไกทางกฎหมายและนโยบายที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน การส่งเสริม

และการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการเลือกปฏิบัติและสร้างความเท่าเทียมทางเพศ ในระดับสากล ประเทศที่มีระบบคุ้มครองที่เข้มแข็งมักกำหนดมาตรการสำคัญ เช่น การบรรจุบริการสุขภาพทางเพศในระบบประกันสุขภาพ การตรากฎหมายขจัดการเลือกปฏิบัติ และการตั้งหน่วยงานเฉพาะสำหรับให้คำปรึกษาและสนับสนุน ตัวอย่างจากสหราชอาณาจักร เยอรมนี และอินเดีย จึงสะท้อนกรอบแนวคิดและเครื่องมือเชิงนโยบายที่ไทยสามารถเรียนรู้และนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

3.1 นโยบาย มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องของประเทศสหราชอาณาจักร

กฎหมายสหราชอาณาจักรด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์มีจุดเด่นสำคัญคือการคุ้มครองสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกาย (bodily autonomy) และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดย Abortion Act 1967 อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ภายใต้เงื่อนไขทางการแพทย์และสังคม และรัฐให้บริการผ่าน NHS โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังจัดตั้ง “เขตปลอดภัย” เพื่อป้องกันการคุกคามผู้รับบริการ ในด้านสิทธิของผู้มีความหลากหลายทางเพศ รัฐได้ขยายการเข้าถึงบริการรักษาภาวะมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์สำหรับคู่รักเพศเดียวกัน รวมถึงสนับสนุนการดูแลสุขภาพการสืบพันธุ์ของบุคคลข้ามเพศอย่างเหมาะสมตามเพศสภาพ แผนปฏิบัติการด้านความเสมอภาคของ LGBTQIAN+ ยังผลักดันมาตรการเชิงระบบ เช่น การแต่งตั้งที่ปรึกษาระดับชาติด้านสุขภาพ และการจัดบริการศัลยกรรมยืนยันเพศภายใต้ NHS ตาม Service Specification ซึ่งสะท้อนการบูรณาการสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เข้ากับหลักสิทธิมนุษยชนและการไม่เลือกปฏิบัติอย่างแท้จริง

3.1.1 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรี

ประเทศสหราชอาณาจักรได้มีการดำเนินนโยบายเกี่ยวกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Sexual and Reproductive Health and Rights – SRHR) โดยกำหนดไว้ว่าทุกคนมีสิทธิในการควบคุมร่างกายของตนเองและได้รับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และไม่เลือกปฏิบัติ โดยครอบคลุมบริการที่หลากหลาย ถือว่าเป็นการเล็งเห็นถึงความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการอนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อันเป็นสิทธิมนุษยชนและควรมีให้ทุกคนตลอดช่วงชีวิต ภายใต้กรอบกฎหมายและ มาตรการ นโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของสหราชอาณาจักร เพื่อให้สตรีสามารถเข้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การคุมกำเนิดสามารถเข้าถึงได้โดยให้บริการผ่านร้านขายยา การให้ยาคุมฉุกเฉินแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายการยกเลิกภาษีผลิตภัณฑ์ประจำเดือน รวมถึงการกำหนดเขตคุ้มครองรอบคลินิกยุติการตั้งครรภ์[7]

[7] GOV.UK, “Policy Paper: Women’s Health Strategy for England,” accessed 23 September 2025, https://www.gov.uk/government/publications/womens-health-strategy-for-england/womens-health-strategy-for-england

(1) ประเด็นการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

การยุติการตั้งครรภ์ในสหราชอาณาจักรได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมาย Abortion Act 1967 สามารถดำเนินการได้อย่างถูกกฎหมาย โดยมีเพียงผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้นที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ดำเนินการหัตถการยุติการตั้งครรภ์จะต้องกรอกแบบฟอร์มแจ้งการทำแท้ง (Abortion Notification Form - HSA4)[8] และยื่นต่อหัวหน้าเจ้าหน้าที่การแพทย์ (Chief Medical Officer) ภายใน 14 วันหลังจากการทำหัตถการ โดยจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด[9] และการเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์สามารถทำได้ในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ได้รับอนุญาต ภายใต้การดูแลของ National Health Service หรือ NHS เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยและมาตรฐานทางการแพทย์[10] รวมถึงมีนโยบาย ได้แก่ นโยบาย Telemedical EMA หรือ Pills-by-Post ซึ่งรับรองสิทธิให้สามารถเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ ผ่านการรับยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในระยะแรกผ่านการปรึกษาแพทย์ทางไกลได้ และสามารถรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนด ณ ที่พักอาศัยได้ ทั้งนี้จะต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์และกรอบจริยธรรม[11] รวมทั้งนโยบาย Safe Access Zones กล่าวคือ เป็นนโยบายสร้างเขตพื้นที่ปลอดภัย (safe access zone) คุ้มครองรอบคลินิกภายในรัศมี 150 เมตร ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้ ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2024 โดยถือเป็นพื้นที่ในการป้องกันการขัดขวาง หรือการคุกคามผู้ใช้บริการ เช่น การโน้มน้าว การตัดสินใจของบุคคลใด ๆ ให้เข้ารับหรืออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น ถือว่ามีความผิดในทางอาญา โดยผู้ใดกระทำการละเมิดอาจถูกปรับ ภายใต้ Public Order Act 2023 และ Public Order Act 2023 (Commencement No. 5) (England and Wales) Regulations 2024

(2) ประเด็นการคุมกำเนิด

สหราชอาณาจักรให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดฟรีสำหรับสตรีทุกคนผ่าน NHS ไม่ว่าจะเป็นยาเม็ดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย (IUDs), การฉีดยาคุมกำเนิด หรือการฝังยาคุม โดยบริการเหล่านี้มีให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้สตรีสามารถวางแผนครอบครัวและควบคุมอนาคตทางสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ การคุมกำเนิดสามารถขอรับบริการได้ที่ คลินิกสุขภาพทางเพศ (sexual health clinics), สำนักงานแพทย์ทั่วไป (GP surgeries) หรือ ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ[12] เช่น Pharmacy

---

[8] GOV.UK, "Abortion Notification Forms for England and Wales," accessed 25 September 2025, https://www.gov.uk/government/publications/abortion-notification-forms-for-england-and-wales

[9] GOV.UK, "Guidance Documents for Abortions in England and Wales," accessed 25 September 2025, https://www.gov.uk/government/collections/guidance-documents-for-abortions-in-england-and-wales

[10] John Joseph Reynolds-Wright et al., "Telemedicine Medical Abortion at Home under 12 Weeks' Gestation: A Prospective Observational Cohort Study during the COVID-19 Pandemic," *BMJ Sexual & Reproductive Health* 47, no. 4 (2021): 246–251, https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2020-200976

[11] Gov.Scot, "Abortion – Updated Approval on Taking Abortion Medications Out with the Hospital or Clinic," accessed 28 September 2025, https://www.publications.scot.nhs.uk/files/cmo-2024-21.pdf

[12] Contraception, "Contraception Services," accessed 28 September 2025, https://thepracticeofhealth.nhs.wales/clinics-services/contraception/;

Contraception Service (PCS) บริการของ NHS England ให้ร้านขายยาสามารถสั่งและจ่ายยาคุมชนิดรับประทานได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อลดความไม่เท่าเทียมของพื้นที่ (postcode lottery) และให้เข้าถึงยาคุมฉุกเฉินได้ทั่วถึง[13]

(3) ประเด็นการยกเลิกภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ผ้าอนามัย

การยกเลิกภาษีผ้าอนามัย หรือ Tampon Tax ของสหราชอาณาจักรถือเป็นหนึ่งในความเคลื่อนไหวสำคัญที่ส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรี และลดความเหลื่อมล้ำทางเพศในระดับนโยบายด้านภาษี โดยมีการยกเลิกการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ผ้าอนามัย (อัตราร้อยละ 0) รวมถึงผลิตภัณฑ์อนามัยของผู้หญิง เช่น ผ้าอนามัยแบบสอด (tampons), แผ่นอนามัย, menstrual cups, sanitary towels ฯลฯ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2021[14] โดยมีอัตราเดิมในการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม ได้แก่ อัตราร้อยละ 5 โดยถือเป็นอัตราลดหย่อน (reduced rate) ที่ต่ำสุดที่สหภาพยุโรปนั้นอนุญาต ต่อมาได้ถูกยกเลิกเพื่อให้สินค้าลักษณะนี้เป็นสินค้าอุปโภคพื้นฐาน การเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นหนึ่งในมาตรการแรกภายหลังจากสหราชอาณาจักรได้ออกจากกลุ่มสหภาพยุโรป หรือ Brexit

3.1.2 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ

ในสหราชอาณาจักรตามรายงานของ National Institute of Economic and Social Research (NIESR) พบว่า กลุ่มคน LGBTQIAN+ มีความไม่พอใจต่อบริการด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มคนทั่วไป ซึ่งอาจรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดความรู้เกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มคน LGBTQIAN+ ความกังวลเฉพาะเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตและสุขภาพทางเพศ และความกังวลเกี่ยวกับบริการด้านอัตลักษณ์ทางเพศที่ NHS ให้บริการในกลุ่มคนข้ามเพศ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการเปิดเผยข้อมูลพบว่า 80% ของผู้ตอบแบบสอบถามได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยกลุ่มที่เข้าใช้บริการสูงสุดได้แก่ กลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ (87%) และผู้ชายข้ามเพศ (89%)[15]

NHS, “Find Contraception Services,” accessed 27 September 2025, https://www.nhs.uk/nhs-services/sexual-health-services/find-contraception-services;

National Institute for Health and Care Excellence, “Clinical Guideline: Long-Acting Reversible Contraception,” accessed 27 September 2025, https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/resources/longacting-reversible-contraception-pdf-975379839685

[13] NHS England, “NHS Pharmacy Contraception Service,” accessed 27 September 2025, https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/pharmacy-services/nhs-pharmacy-contraception-service

[14] HM Treasury, “Tampon Tax Abolished from Today,” accessed 27 September 2025, https://www.gov.uk/government/news/tampon-tax-abolished-from-today.

[15] Government Equalities Office, “LGBT Survey Summary Report (2018),” 17, accessed 6 October 2025, https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b3cb6b6ed915d39fd5f14df/GEO-LGBT-Survey-Report.pdf

จากการศึกษา ทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศพบว่าสหราชอาณาจักรมีแผนปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ **LGBT Action Plan 2018: Improving the lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender people** ซึ่งเป็นแผนภายใต้การกำกับดูแลของ Minister for Women and Equalities โดยรัฐบาลมีวิสัยทัศน์ว่าทุกคนไม่ว่าจะมีรสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือลักษณะทางเพศใด สามารถมีชีวิตที่ปลอดภัย มีความสุขและมีสุขภาพดี ปราศจากความกลัวต่อการเลือกปฏิบัติ

สำหรับแนวทางการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ อย่างน้อยประกอบด้วยภารกิจที่สำคัญ ได้แก่[16] การแต่งตั้งที่ปรึกษาระดับชาติด้านสุขภาพของผู้มีความหลากหลายทางเพศ การยกระดับความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับประเด็น LGBTQIAN+ และการปรับปรุงระบบบริการด้านอัตลักษณ์ทางเพศสำหรับบุคคลข้ามเพศ นอกจากนี้ ยังมีมาตรการเสริมสร้างสุขภาพจิตเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่ม LGBTQIAN+ การขยายการเข้าถึงบริการเจริญพันธุ์และการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการตั้งครรภ์แทน รวมถึงการทบทวนเกณฑ์การบริจาคโลหิตและพัฒนาระบบติดตามข้อมูลด้านเพศสภาพเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพโดยรวม

นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรได้กำหนดบทบัญญัติที่มุ่งคุ้มครองการห้ามเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งเพศซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคลข้ามเพศ มีกฎหมายที่สำคัญ ได้แก่ The Equality Act 2010 หรือพระราชบัญญัติความเท่าเทียมกัน พ.ศ. 2553 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองบุคคลจากการถูกเลือกปฏิบัติ อันเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมบนพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลบางประการ[17] ได้แก่ อายุ เพศ ความพิการ ศาสนาหรือความเชื่อ การแต่งงานหรือการเป็นคู่ชีวิต การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร และรสนิยมทางเพศ นอกจากนี้ บทบัญญัติดังกล่าวยังให้ความคุ้มครองในกรณีที่บุคคลได้รับความเสียหายจากการถูกเลือกปฏิบัติเพราะเหตุที่ได้ “กำหนดเพศใหม่ของตน” (gender reassignment)

อย่างไรก็ดี Equality Act จะกำหนดให้ “gender reassignment” เป็นลักษณะที่ได้รับการคุ้มครอง แต่ก็ยังมีข้อถกเถียงทางกฎหมาย เช่น ในปี 2024–2025 ศาลสูงสุดแห่งสหราชอาณาจักรได้ตัดสินในคดีสำคัญ[18] โดยคำว่า “sex” ตามที่ปรากฏใน Equality Act หมายถึงเพศทางชีวภาพเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้หญิงข้ามเพศ แม้ว่าจะได้รับ Gender Recognition Certificate แล้วก็ตาม

---

[16] Ibid., 9-10.

[17] Age UK, “What Is the Equality Act?,” accessed 25 January 2026, https://www.ageuk.org.uk/information-advice/work-learning/discrimination-rights/the-equality-act

[18] For Women Scotland Ltd v. Scottish Ministers [2025] UKSC 16, decided 16 April 2025 (UK Supreme Court).

คำตัดสินดังกล่าวมีผลทำให้สถานที่หรือบริการที่จำกัดเฉพาะเพศ เช่น ห้องน้ำหญิง หรือกิจกรรมกีฬา อาจกำหนดข้อจำกัดตามเพศกำเนิดได้โดยไม่ผิดกฎหมาย หากมีเหตุผลด้านความปลอดภัยหรือความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม บุคคลข้ามเพศยังคงได้รับความคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติในฐานะผู้แปลงเพศ

นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรตรา National Health Service Act 2006 (NHS) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2007 เพื่อรวบรวมและจัดระบบกฎหมายหลายฉบับเกี่ยวกับ NHS เข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ และกำหนดกรอบโครงสร้างทางกฎหมายที่ชัดเจน ทั้งนี้รวมถึงบทบาทของรัฐต่อสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การเข้าถึงบริการ sexual health และการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)[19] สิ่งที่โดดเด่นในกฎหมายฉบับนี้ คือการเน้นว่า บริการเหล่านี้ต้องเป็นบริการ “ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย” แก่ประชาชนทุกคน เว้นแต่จะมีบทบัญญัติกฎหมายอื่นที่กำหนดไว้เป็นกรณีพิเศษ[20] หลักการนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดของ “universal health coverage” และ “health as a right” ที่ฝังรากอยู่ในระบบ NHS มายาวนาน

3.2 นโยบาย มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องของประเทศเยอรมนี

สหพันธรัฐเยอรมนี หรือประเทศเยอรมนี ได้มีการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยอาศัยกฎหมายหรือกฎระเบียบ ข้อบังคับ นโยบาย เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยการวางกรอบกฎหมายที่ผสมผสานทั้งการคุ้มครองสิทธิของบุคคลและการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อสร้างสมดุล

3.2.1 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรี

ประเทศเยอรมนีมุ่งเน้นในการกำกับดูแลสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีครอบคลุมทั้งด้านการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ และการลดภาษีมูลค่าเพิ่มผ้าอนามัย ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อสตรีทุกคน โดยอาศัยการกำกับดูแลสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์โดยใช้กฎหมาย โดยจากการศึกษาทบทวนแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ประเด็นการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ถูกจัดให้อยู่ในกรอบของกฎหมายที่เข้มงวด อย่างไรก็ตามกฎหมายได้เปิดช่องให้สตรีสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้อย่างปลอดภัยและถูกกฎหมาย แม้การยุติการตั้งครรภ์จะถือเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญาของเยอรมนี ภายใต้ Strafgesetzbuch (StGB) (German Criminal Code) ประเทศเยอรมนีมีนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในการกำกับดูแลโดยดำเนิน

[19] Mental Health Law Online, “National Health Service Act 2006,” accessed 2 September 2025, https://www.mentalhealthlaw.co.uk/National_Health_Service_Act_2006

[20] National Health Service Act 2006, c. 41, §1.

นโยบายโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการ Abortion at home (Schwangerschaftsabbruch zuhause) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ผ่านทางไกล เช่น การให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอ และจัดส่งยาไปให้ผู้รับบริการถึงบ้าน[21] โครงการ Women on Web (WoW) โดยเป็นบริการการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ทางไกลระดับโลกที่ดำเนินการอยู่นอกระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ มีการเปิดศูนย์ช่วยเหลือสำหรับสตรีในประเทศเยอรมนี

การดำเนินการที่สำคัญของประเทศเยอรมนี ได้แก่ การกำหนดขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ไว้เกี่ยวกับ “ข้อกำหนดเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงบังคับ (Beratungspflicht)” หากเข้าเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดครบถ้วน หากมีการยุติการตั้งครรภ์ไม่ว่ากรณีใดจะไม่ถูกลงโทษ อย่างไรก็ตามในส่วนนี้ผู้รับบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจาก การยุติการตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นบริการที่บริษัทประกันสุขภาพตามกฎหมาย (Gesetzliche Krankenversicherung) จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายโดยอัตโนมัติแต่รัฐจะให้การสนับสนุนออกค่าใช้จ่ายให้ผู้มีรายได้ต่ำดำเนินการยื่นผ่านกองทุน/กองทุนของรัฐที่ตนพำนัก โดยยื่นคำขอผ่านบริษัทประกันสุขภาพก่อนรับบริการ[22]

นโยบายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ การกำหนดพื้นที่เขตคุ้มครองการเข้าถึงศูนย์ปรึกษาหรือสถานพยาบาล[23] เพื่อเพิ่มมาตรการป้องกันการรุกล้ำพื้นที่ของกลุ่มผู้ประท้วง หรือกลุ่มคนที่อาจสร้างความไม่สะดวก หรือกดดันผู้รับคำปรึกษา หรือผู้ใช้บริการทางการแพทย์หรือการยุติการตั้งครรภ์[24] โดยกำหนดเขตคุ้มครองในรัศมีระยะ 100 เมตร รอบทางเข้า-ออกของศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์ หรือสถานพยาบาลหรือคลินิกที่ทำการยุติการตั้งครรภ์ หากมีการฝ่าฝืนภายในเขตดังกล่าวอาจถูกปรับทางแพ่ง (Ordnungswidrigkeit) สูงสุด 5,000 ยูโร

(2) ประเด็นการคุมกำเนิด

ระบบสุขภาพสาธารณะของเยอรมนี (Germany’s public healthcare system) หรือระบบประกันสังคม (Social Security system) ของประเทศเยอรมนีได้มีนโยบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับคุมกำเนิดได้อย่างเต็มรูปแบบ โดยกำหนดให้ยาคุมกำเนิดส่วนใหญ่

---

[21] World Health Organization, “Introducing Telemedicine Medical Abortion in Germany,” accessed 14 September 2025, https://www.who.int/europe/news/item/14-06-2022-introducing-telemedicine-medical-abortion-in-germany

[22] Familienplanung.de, “Die Kosten Eines Schwangerschaftsabbruchs,” accessed 20 August 2025, https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/die-kosten-eines-schwangerschaftsabbruchs

[23] Federal Republic of Germany, Bundestag, *Drucksache 20/10861: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes* (Deutscher Bundestag, 2024), 1-2, https://dserver.bundestag.de/btd/20/108/2010861.pdf

[24] Federal Council of Germany, “BundesratKOMPAKT – Schwangerschaftskonfliktgesetz (1047th Session),” accessed 27 September 2024, https://www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/24/1047/04.htm

ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ (Prescription only) และรวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพบังคับของรัฐ ประเทศเยอรมนีได้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจ่ายยาคุมฉุกเฉิน (morning-after pill) ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงและซื้อยาคุมฉุกเฉินได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยา[25]

ตารางที่ 1 ค่าใช้จ่ายของสตรีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการยาคุมฉุกเฉิน

ช่วงอายุ	อัตราค่าใช้จ่าย
อายุต่ำกว่า 18 ปี	ไม่เสียค่าใช้จ่าย
อายุ 18–19 ปี *กำหนดนโยบายต้องจ่ายร่วม (Co-pay)	ไม่เกิน €10
อายุ 20 ปีขึ้นไป *กำหนดนโยบายต้องจ่ายร่วม (Co-pay)	€17–35

(3) ประเด็นการยกเลิกภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ผ้าอนามัย

ประเทศเยอรมนีได้มีการกำหนดแนวทางหรือมาตรการนโยบายการจัดเก็บอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) สำหรับผ้าอนามัย และผลิตภัณฑ์อนามัย (Menstrual products) เช่น แผ่นอนามัย ถ้วยประจำเดือน เป็นต้น เดิมประเทศเยอรมนีถูกจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ในอัตราปกติร้อยละ 19 เนื่องจากกฎหมายจัดให้เป็น “สินค้าฟุ่มเฟือย (Luxusgüter)” ซึ่งเป็นข้อถกเถียงในสังคมว่าไม่เหมาะสม เนื่องจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเป็นของจำเป็นต่อสุขอนามัยของผู้หญิง[26] ภายหลังจึงได้มีการปรับเปลี่ยนการจัดเก็บภาษีเป็นอัตราร้อยละ 7 เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการว่าเป็น “ความจำเป็นในชีวิตประจำวัน”[27] ถือว่าเป็นการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราสินค้าเทียบเท่ากับสินค้าจำเป็น (Reduced rate) เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของสตรีเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น[28]

---

[25] Federal Ministry of Health (Germany), “Healthy in Germany: Everything You Need to Know about the Healthcare System in Germany,” accessed 5 October 2025, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Broschueren/BMG_Ratgeber_Gesund_in_Deutschland_EN_bf.pdf

[26] Abi Carter, “Germany Scraps ‘Luxury Tax’ on Tampons,” accessed 16 September 2025, https://www.iamexpat.de/expat-info/germany-news/germany-scraps-luxury-tax-tampons

[27] Taynie Marketing, “‘Tamponsteuer’: So hoch ist die Steuer auf Periodenprodukte in der EU,” accessed 16 September 2025, https://taynie.de/blogs/news/tamponsteuer-so-hoch-ist-die-steuer-auf-periodenprodukte-in-der-eu

[28] พลอยรุ้ง ศิษย์พลาง, “#FreePeriod สำรวจนโยบายเรื่องผ้าอนามัย แต่ละประเทศเขาทำอะไรบ้าง?,” สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2568, https://thematter.co/social/tampon-tax-policy-around-the-world/92311;

The Active, “หลายประเทศ เก็บภาษีผ้าอนามัยต่ำกว่าสินค้าทั่วไป แต่ไทยยังเท่ากัน,” สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2568, https://theactive.thaipbs.or.th/news/gender-20220307-2;

Valentine Fourreau, “Where the Tampon Tax is Highest and Lowest in Europe,” accessed 18 September 2025, https://www.statista.com/chart/18192/sales-tax-rates-on-tampons-in-europe;

3.2.2 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่มี

ความหลากหลายทางเพศในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทนำในเวทีโลกด้านการส่งเสริมสิทธิของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ LGBTQIAN+ ผ่านการออกแบบนโยบายที่มีโครงสร้างชัดเจน ยึดหลักสิทธิมนุษยชน และตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักความเท่าเทียมอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2021 รัฐบาลเยอรมนีได้ประกาศใช้นโยบาย “LGBTI Inclusion Strategy for Foreign Policy and Development Cooperation” อย่างเป็นทางการ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อบูรณาการประเด็นความหลากหลายทางเพศเข้าไว้ในนโยบายต่างประเทศและการให้ความช่วยเหลือระหว่างประเทศของตน[29]

อีกทั้ง ในด้านสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ รัฐบาลเยอรมนีได้ผลักดันให้เกิดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและเป็นมิตรกับผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การให้คำปรึกษาทางเพศอย่างครอบคลุม การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) บริการฉีดวัคซีน HPV การสนับสนุนกระบวนการยืนยันเพศผ่านระบบสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และความไวต่อความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดการตีตราในระบบบริการสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง[30]

นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี 1987 ศาลสังคมเยอรมัน (Bundessozialgericht) กำหนดให้บริการด้าน transgender เช่น ฮอร์โมนและการผ่าตัดยืนยันเพศ ต้องได้รับการคืนทุนจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (gesetzlichen Krankenversicherung : GKV)[31] หนึ่งในจุดเด่นของระบบนี้คือการเข้าถึงการบำบัดด้วยฮอร์โมน (Hormone Therapy) โดยไม่จำเป็นต้องขออนุมัติล่วงหน้าจากประกันสุขภาพ หากมีจดหมายรับรองจากนักจิตบำบัดหรือจิตแพทย์ที่วินิจฉัยภาวะสับสนทางเพศสภาพ (Gender Dysphoria) โดยแพทย์ทั่วไปหรือผู้เชี่ยวชาญต่อมไร้ท่อจะเป็นผู้ให้ฮอร์โมนและติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ระบบนี้ช่วยลดขั้นตอนทางราชการและเปิดโอกาสให้ผู้ข้ามเพศสามารถเริ่มต้นกระบวนการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมกับสุขภาวะเฉพาะบุคคล[32]

Period Tax, “CASE STUDY – GERMANY,” accessed 11 September 2025, https://periodtax.org/case-studies/casestudy1.html

[29] German Federal Foreign Office and Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, “LGBTI Inclusion Strategy: Foreign Policy and Development Cooperation,” 6, accessed 11 September 2025, https://www.auswaertiges-amt.de/resource/blob/2445310/f2e5b24810f9c8870ce9ad2602b34bea/210226-inklusionskonzept-pdf-data.pdf

[30] Ibid.

[31] Nora Guethlein et al., “Healthcare for Trans*Gender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives,” *Frontiers in Neuroscience* 15 (2021): 3-4, https://doi.org/10.3389/fnins.2021.718335

[32] Ibid.

สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศที่สำคัญ ได้แก่ **Sozialgesetzbuch V – Statutory Health Insurance Act (SGB V)** ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเยอรมนี ซึ่งมีผลบังคับใช้โดยรวมมาตรการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (Statutory Health Insurance – SHI หรือ GKV) ที่ครอบคลุมประชากรกว่า 85–90% ของชาติ กฎหมายฉบับนี้ไม่เพียงกำหนดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น[33] แต่ยังปลูกฝังหลักการ “ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว” โดยให้ผู้มีรายได้สูงร่วมจ่ายสมทบผู้ด้อยโอกาส และหลัก “benefits in kind” ซึ่งหมายถึงบริการชดเชยการรักษาที่ไม่ต้องจ่ายล่วงหน้าจากผู้รับบริการ

ภายใต้ SGB V ผู้ที่อยู่ในระบบ SHI มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทางการแพทย์โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ซึ่งรวมถึงการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยนอก การตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีน และยาโรคเรื้อรัง การกำหนดรายการบริการถูกกำกับโดย Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA) ซึ่งเป็นองค์กรที่ก่อตั้งจากผู้แทนของผู้ให้บริการและกองทุนประกันสุขภาพ และมีอำนาจวินิจฉัยว่าบริการใดมีประสิทธิผลและเหมาะสมจึงควรได้รับการชดเชย[34]

นอกจากนี้ SGB V ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผ่านมาตรา 20–20b ที่เปิดทางให้มาตรการ health promotion และ preventive services ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงเรียน ชุมชน และสถานประกอบการได้รับการสนับสนุนจากกองทุนประกันสุขภาพ[35] ซึ่งรวมถึงบริการสำหรับกลุ่ม LGBTQIAN+ เช่น โปรแกรมให้คำปรึกษาทางเพศ การให้วัคซีน HPV และการเข้าถึง PrEP/PEP ภายใต้เงื่อนไขที่มีความคุ้มค่าและปกป้องความเป็นส่วนตัว

ทั้งนี้ มาตราใหม่ล่าสุดของ SGB V ใน Section 393 เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2024 กำหนดข้อบังคับสำคัญเกี่ยวกับการใช้ cloud computing ในการประมวลผลข้อมูลสุขภาพ โดยกำหนดมาตรฐานด้านความปลอดภัย เช่น การประมวลผลข้อมูลภายใน EU/Bundesrepublik และการใช้ใบรับรอง C5 สำหรับผู้ให้บริการ cloud[36] ข้อกำหนดนี้มีความสำคัญเพราะเชื่อมโยงกับการวิจัยด้านสุขภาพและ telemedicine รวมถึงการให้บริการ sexual health แบบออนไลน์ที่ตกลงกับประกันสุขภาพ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบเพื่อ bảo vệ ข้อมูลกลุ่ม LGBTQIAN+ ที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเปิดเผยตัวตน

---

[33] German Federal Ministry of Health, “Statutory Health Insurance (SHI),” accessed 20 September 2025, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/statutory-health-insurance-shi.html.

[34] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), “Responsibilities and benefits catalogue under SGB V,” accessed 20 September 2025, https://www.g-ba.de/english/responsibilities-methods.

[35] Techniker Krankenkasse (TK), “Guide and pilot project provisions under Sections 20–63 of SGB V,” accessed 20 September 2025, https://www.tk.de/leistungserbringer/personengruppen/en/innovations/healthcare-system-2104106?tkcm=ab

[36] Till Contzen, Nikola A. F. Werry, and Juliane Franze, “Use of cloud services in the healthcare sector,” accessed 21 September 2025, https://www.deloittelegal.de/dl/en/services/legal/perspectives/einsatz-von-cloud-diensten-im-gesundheitswesen.html.

3.3 นโยบาย มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องของประเทศอินเดีย

จากการศึกษารัฐบาลของประเทศอินเดียได้ดำเนินนโยบายและมาตรการในมิติของการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การคุมกำเนิด และการลดความเหลื่อมล้ำด้านภาษีผ้าอนามัยหรือผลิตภัณฑ์อนามัยของผู้หญิงอย่างครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรี

ประเทศอินเดียเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่มีความก้าวหน้าในการบัญญัติกฎหมายรองรับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ไว้โดยเฉพาะ ซึ่งเปิดโอกาสให้สตรีเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ซึ่งถือว่าก้าวหน้ากว่าหลายประเทศในเอเชีย อีกทั้งยังมีนโยบายสาธารณสุขที่ครอบคลุมบริการคุมกำเนิดฟรีและโครงการสุขภาพแม่และเด็ก ทำให้เกิดการขยายโอกาสเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเป็นระบบ

(1) ประเด็นการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

ประเทศอินเดียกำหนดเกี่ยวกับประเด็นการยุติการตั้งครรภ์เป็นการกระทำโดยชอบด้วยกฎหมายภายใต้ Medical Termination of Pregnancy - MTP Act 1971 ซึ่งอนุญาตให้สตรียุติการตั้งครรภ์ได้ หากมีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ โดยจะต้องได้รับความยินยอมจากสตรีเท่านั้น หากสตรีมีสติสัมปชัญญะและมิได้อยู่ในสถานะผู้เยาว์ ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากคู่สมรสหรือบุคคลอื่น อย่างไรก็ตาม หากสตรีนั้นเป็นผู้เยาว์อายุต่ำกว่า 18 ปีหรือเป็นผู้ป่วยทางจิต จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง รวมถึงกฎเกณฑ์อื่น ๆ ที่กฎหมายกำหนด โดยจะกล่าวถึงต่อไป ทั้งนี้ ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ ประเทศอินเดียได้มีการกำหนดนโยบาย มาตรการ ในการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริม หรือสร้างการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ ได้แก่ Comprehensive Abortion Care (CAC) Training and Service Delivery Guidelines, 2023 แนวทางการปฏิบัติฉบับนี้ของประเทศอินเดียต้องอยู่บนหลักการของสิทธิในการเลือก (Choice) การเข้าถึงบริการ (Access) และรวมถึงคุณภาพของบริการ (Quality) สตรีนั้นสามารถที่จะเข้าถึงบริการโดยความสมัครใจ[37] CAC ครอบคลุมทั้งการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (Medical Abortion - MA) และการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเครื่องมือ เช่น vacuum aspiration เป็นต้น

---

[37] Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, “Comprehensive Abortion Care,” accessed 11 September 2025, https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/maternal-health/guidelines/CAC-Providers-Manual.pdf;

Priya Karna et al., “Landscape Assessment of the Availability of Medical Abortion Medicines in India,” accessed 11 September 2025, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11151496

(2) ประเด็นการคุมกำเนิด

ประเทศอินเดียได้มีการดำเนินการโครงการต่าง ๆ ซึ่งกำหนดนโยบายที่เป็นมาตรการเชิงรุกที่ต้องการสร้างสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุม ได้แก่ **โครงการ Basket of Choices** หรือตะกร้าทางเลือกของประเทศอินเดีย ภายใต้โครงการ Mission Parivar Vikas (MPV) สตรีสามารถเลือกรูปแบบคุมกำเนิดที่หลากหลายตามความเหมาะสมกับตนเอง ภายใต้โครงการวางแผนครอบครัวระดับชาติของประเทศอินเดีย โดยมีแนวคิดทางเลือกการคุมกำเนิดอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้งวิธีการชั่วคราวและถาวร เช่น ให้บริการเวชภัณฑ์โดยไม่มีค่าใช้จ่ายผ่านสถานพยาบาลของรัฐและเครือข่ายชุมชน **โครงการ Home Delivery of Contraceptives by ASHA** กำหนดให้ Accredited Social Health Activist (ASHA) หรือ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านของอินเดีย นำเวชภัณฑ์ หรือผลิตภัณฑ์ในการคุมกำเนิด เช่น ถุงยาง ยาคุมรายเดือน ยาคุมฉุกเฉินไปส่งถึงบ้านตามหลักเกณฑ์และติดตามประเมินผลของโครงการ[38]

(3) ประเด็นการยกเลิกภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ผ้าอนามัย

นโยบายหรือมาตรการเกี่ยวกับการจัดเก็บ ลดหรือเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่มผ้าอนามัยมีการพัฒนามาจากการเคลื่อนไหวหรือเรียกร้องของภาคประชาสังคม และขบวนการสิทธิสตรีสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่เดิมผ้าอนามัยและผลิตภัณฑ์อนามัยสตรี ถูกจัดเก็บภาษีสินค้าและบริการ หรือภาษี GST (Goods and Services Tax หรือ GST) จัดเก็บอัตราร้อยละ 12 ซึ่งเทียบเท่ากับกลุ่มสินค้าฟุ่มเฟือย โดยภายหลังจากที่มีการรณรงค์และประท้วงอย่างหนักจากทั่วประเทศ[39] ส่งผลให้คณะกรรมาธิการร่างกฎหมาย (GST Council) ของประเทศอินเดียประกาศยกเว้นภาษีสินค้าและบริการ สำหรับผ้าอนามัยโดยสมบูรณ์

---

[38] Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, “Home Delivery of Condoms,” accessed 18 September 2025, https://nhm.gov.in/images/pdf/guidelines/nrhm-guidelines/family-planning/home-delivery-of-condems.pdf

[39] Maya Oppenheim, “India Scraps 12% Tax on Sanitary Pads after Protests,” accessed 19 September 2025, https://www.independent.co.uk/news/world/asia/india-sanitary-pads-12-tax-protests-period-poverty-piyush-goyal-a8459801.html;

New Delhi, “Sanitary Pads Exempt from GST; Rates Cut for Appliances,” accessed 19 September 2025, https://www.theweek.in/news/biz-tech/2018/07/21/Govt-slashes-GST-rate-on-several-products.html;

Annie Banerji, “India Scraps Tax on Sanitary Pads in Boost for Girls’ Education,” accessed 19 September 2025, https://www.reuters.com/article/world/india-scraps-tax-on-sanitary-pads-in-boost-for-girls-education-idUSKBN1KE1YL/

3.3.2 นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในอินเดียยังคงเผชิญกับเส้นทางแห่งการยอมรับที่หลากหลาย ในอินเดีย และยังคงเผชิญกับความซับซ้อนของปัจจัยทางกฎหมาย สังคม และวัฒนธรรม แม้จะมีการยกเลิกกฎหมายอาญาสำหรับความสัมพันธ์เพศเดียวกันในปี 2561 แต่ตราบาปและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและโอกาสต่าง ๆ ของบุคคลจำนวนมาก การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การจ้างงาน และที่อยู่อาศัยยังคงเป็นความท้าทาย ซึ่งมักทวีความรุนแรงขึ้นจากอคติทางสังคมและการขาดการคุ้มครองทางกฎหมาย ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและความยากลำบากทางเศรษฐกิจสำหรับหลาย ๆ คน แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในด้านการมองเห็นและการสนับสนุน รวมถึงการเดินขบวนไพรด์และเครือข่ายสนับสนุน แต่กลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศยังคงเผชิญกับอุปสรรคสำคัญต่อการยอมรับและความเท่าเทียมอย่างเต็มที่[40]

คำตัดสินสำคัญในปี 2018 ศาลฎีกาของอินเดียได้ยกเลิกการเป็นอาชญากรรมต่อกิจกรรมทางเพศในรูปแบบเพศเดียวกัน[41] ศาลโต้แย้งว่าการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของรสนิยมทางเพศและการทำให้การมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจระหว่างผู้ใหญ่ในที่ส่วนตัวเป็นอาชญากรรมนั้นละเมิดสิทธิของบุคคลในการมีความเท่าเทียมและสิทธิในการมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยรัฐธรรมนูญของอินเดีย[42] อย่างไรก็ดี ในวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ศาลฎีกาได้ออกคำตัดสินที่ไม่สอดคล้องกันอย่างสิ้นเชิง โดยศาลฎีกาปฏิเสธการรับรองทางกฎหมายสำหรับการแต่งงานของคนเพศเดียวกัน[43]

ในด้านนโยบายและมาตรการในด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ จากการศึกษาพบว่า ประเทศอินเดียยังไม่มียุทธศาสตร์ระดับชาติเฉพาะโดยตรงสำหรับอนามัยเจริญพันธุ์ผู้มีความหลากหลายทางเพศ อย่างไรก็ตาม ประเทศอินเดียได้จัดทำนโยบายที่สำคัญในหลายประเด็นที่ครอบคลุมถึงการคุ้มครองกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศในทางอ้อม เช่น **National Strategic Plan for HIV/AIDS and STI 2017 – 2024** ยุทธศาสตร์ดังกล่าวจัดทำขึ้นโดย National AIDS Control Organisation (NACO) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการครอบครัวของอินเดีย ยุทธศาสตร์ฉบับดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ในการบรรลุเป้าหมาย “อินเดียปลอดเอดส์” โดยมุ่งเน้นการป้องกัน

---

[40] Mist LGBTQ Foundation and ZS, “Uniting Diversity: Shaping the Future of Legal Equality for LGBTQ+ in India (Policy Brief, 2024),” accessed 18 September 2025, https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-11/uniting_diversity-policy_brief-final_version.pdf

[41] Navtej Singh Johar v. Union of India, Writ Petition (Criminal) No. 76 of 2016 (Supreme Court of India, September 6, 2018).

[42] Anindya Kar et al., “PrEP in India’s HIV Prevention Policy in the Era of Social Media and Sex Positivity,” *Central Asian Journal of Global Health* 9, no. 1 (2020): 6, https://doi.org/10.5195/cajgh.2020.407

[43] Supriyo a.k.a. Supriya Chakraborty and Abhay Dang v. Union of India, Writ Petition (Civil) (Supreme Court of India 2023).

การรักษา และการขจัดตราบาปและการเลือกปฏิบัติแผนนี้มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มสำคัญโดยเฉพาะ รวมถึงกลุ่มบุคคล LGBTQIAN+ และมีเป้าหมายเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงบริการป้องกัน การตรวจ การรักษา และการดูแลเอชไอวีที่ครอบคลุม แผนนี้ยังรวมถึงกลยุทธ์ในการจัดการกับโรคร่วมต่าง ๆ เช่น วัณโรคไวรัสตับอักเสบและมะเร็งปากมดลูก[44]

สำหรับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ได้แก่ **Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019** ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของคำพิพากษา NALSA ปี 2014 ของศาลสูงสุดอินเดียที่ได้วางหลักการสำคัญว่า “อัตลักษณ์ทางเพศเป็นเรื่องการรับรู้ของปัจเจก” และรัฐมีหน้าที่รับรองความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการสาธารณะของบุคคลข้ามเพศโดยไม่เลือกปฏิบัติ[45] หลักการนี้ผลักดันให้รัฐสภาตรากฎหมาย Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019 ซึ่งมีขอบเขตครอบคลุมทั้งการห้ามเลือกปฏิบัติ การยอมรับอัตลักษณ์ทางกฎหมาย กลไกการออก “ใบรับรองอัตลักษณ์” สิทธิด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา การจ้างงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สิทธิด้านสุขภาพ” ที่สอดคล้องกับเป้าหมายของอนามัยเจริญพันธุ์สมัยใหม่ ทั้งในมิติการดูแลสุขภาพทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs/HIV) และบริการยืนยันเพศ (gender-affirming care) อย่างเป็นระบบ[46]

สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ ได้กำหนดคำนิยาม “transgender person” ว่าเป็นบุคคลที่เพศสภาพไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิด รวมทั้ง trans man/trans woman (ไม่ว่าจะเคยผ่าตัดหรือรับฮอร์โมนหรือไม่), genderqueer, บุคคลที่มีความแปรผันทางกายวิภาค (intersex variations) เป็นต้น นิยามนี้มีผลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะแยก “สถานะทางกฎหมาย” ออกจาก “หัตถการแพทย์” อย่างชัดเจน ไม่ผูกสิทธิกับการผ่าตัด[47] นอกจากนี้ ยังได้กำหนดคำนิยามของหลัก “ห้ามเลือกปฏิบัติ” ที่กว้างขวางครอบคลุมการศึกษา การจ้างงาน การเคลื่อนย้าย ที่อยู่อาศัย การถือครอง/เช่าทรัพย์สิน การเข้าสำนักงานสาธารณะ รวมไปทั้ง “การบริการสุขภาพ” โดยตรง การประกาศห้ามเลือกปฏิบัติในบริการสุขภาพทำให้รัฐและสถานพยาบาลต้องยกระดับมาตรฐานการดูแลโดยไม่ตั้งเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของบุคคลข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ[48]

---

[44] National AIDS Control Organisation, *National Strategic Plan for HIV/AIDS and STI 2017–2024* (India: National AIDS Control Organisation), 38–45, accessed 22 September 2025, https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/06/India-National-HIVAIDSSTIs-Strategic-Plan-2017-24.pdf

[45] National Legal Services Authority v. Union of India, Writ Petition (Civil) No. 400 of 2012 (Supreme Court of India decided Apr. 15, 2014).

[46] Shamayeta Bhattacharya, Debarchana Ghosh, Bandana Purkayastha, “‘Transgender Persons (Protection of Rights) Act’ of India: An Analysis of Substantive Access to Rights of a Transgender Community,” *Journal of Human Rights Practice* 14, no. 2 (2022): 7-10, https://doi.org/10.1093/jhuman/huac004, esp. discussion on substantive access gaps.

[47] Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019, Section 2.

[48] Ibid., Section 3.

สำหรับประเด็นมาตรการสวัสดิการและพันธกรณีของหน่วยงาน กฎหมายฉบับดังกล่าวได้กำหนดให้รัฐบาลกลางหรือในระดับมลรัฐต้องดำเนินมาตรการสวัสดิการเพื่อลดการตีตรา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลข้ามเพศ และอำนวยความเข้าถึงโครงการรัฐด้านการยังชีพ การศึกษา และสุขภาพ การมีบทบัญญัติเชิงบวกนี้ช่วยรองรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์เชิงรุก เช่น โปรแกรมคัดกรองมะเร็งที่ปรับตามเพศกำเนิด/อวัยวะที่มีอยู่ หรือบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตร[49]

นอกจากนี้ ประเทศอินเดียยังมีการประกาศ **HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, 2017** ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในประวัติศาสตร์ด้านสิทธิมนุษยชนและสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นกฎหมายฉบับแรกที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ได้รับผลกระทบ (affected persons) ไว้อย่างชัดเจน พร้อมวางมาตรการป้องกันการเลือกปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการอยู่อาศัย โดยมีเจตนารมณ์เพื่อยุติการตีตรา (stigma) และขจัดอุปสรรคทางสังคมที่กีดกันผู้ติดเชื้อออกจากระบบบริการ[50] ภายใต้ HIV/AIDS Prevention Act, 2017 ได้กำหนดแนวทางห้ามเลือกปฏิบัติบุคคลที่ติดเชื้อหรือได้รับผลกระทบจาก HIV ในบริการด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา การทำงาน บริการสุขภาพ ประกันภัย หรือการเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะโดยเด็ดขาด เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้างและเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเท่าเทียม[51] นอกจากนี้ ยังบัญญัติให้เป็นความผิดหากมีการปลุกปั่นหรือเผยแพร่ข้อความที่ก่อให้เกิดความเกลียดชังหรือความรุนแรงต่อผู้ติดเชื้อ[52] ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถนำมาใช้กับกรณีสื่อหรือบุคคลสาธารณะที่เผยแพร่ข้อมูลเชิงตีตรากลุ่ม LGBTQIAN+ ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV[53]

4. ปัญหาทางกฎหมายและผลกระทบของการดำเนินนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศของประเทศไทย

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการหลายด้านเพื่อสนับสนุนการบรรลุ SDG เช่น การตรากฎหมายคุ้มครองสิทธิของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศ การกำหนดนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสตรีในตลาดแรงงานและตำแหน่งผู้นำ รวมถึงการขยายบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการวางแผนครอบครัว อีกทั้งประเทศไทยยังให้การรับรองหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี (CEDAW) และได้มีการปรับปรุง

---

[49] Ibid., Section 8.

[50] Ministry of Health & Family Welfare, *National Strategic Plan for HIV/AIDS & STI 2017–24* (New Delhi: National AIDS Control Organisation (NACO), 2017), iii–iv.

[51] The HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, 2017, Gazette of India (2018).

[52] HIV and AIDS Act, Section 4.

[53] Tzy-Yu Yao et.al, "Disclosure Concerns and the Correlation Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men Living With HIV Receiving Antiretroviral Therapy in Taiwan," *Health Services Insights* no. 17 (2024): 2-5, https://doi.org/10.1177/11786329231224620

กฎหมายและนโยบายให้สอดคล้องกับพันธกรณีระหว่างประเทศ อย่างไรก็ตาม แม้ความก้าวหน้าจะเห็นได้ชัดในบางด้าน แต่ยังมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการรับรองสิทธิของผู้มีความหลากหลายทางเพศในระบบกฎหมายและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียม การวิเคราะห์ในบทนี้จึงมุ่งประเมินทั้งมิติของปัญหาและผลกระทบโดยอ้างอิงข้อมูลจากบริบทประเทศไทยและการเปรียบเทียบกับนโยบายและแนวปฏิบัติของต่างประเทศ เพื่อให้เห็นถึงช่องว่างและความท้าทายในการดำเนินงาน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากข้อจำกัดเชิงนโยบาย กฎหมาย และการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อยกระดับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศในอนาคต

4.1 ความสำคัญของ SDGs ด้านเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

การพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ได้กำหนดเป้าหมายที่ 5 ว่าด้วยความเท่าเทียมทางเพศ ซึ่งครอบคลุมทั้งการขจัดความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติ ไปจนถึงการรับรองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในฐานะสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เป้าหมายนี้ไม่เพียงเน้นความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย แต่รวมถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วย โดยสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นหัวใจสำคัญที่เชื่อมโยงกับมิติสุขภาพ ความยุติธรรมทางสังคม และการลดความเหลื่อมล้ำ สำหรับประเทศไทย แม้ได้ประกาศยึดมั่นต่อกรอบ SDGs และบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่ความก้าวหน้ายังจำกัดเพราะขาดยุทธศาสตร์และกฎหมายเฉพาะด้าน ทำให้มาตรการต่าง ๆ กระจัดกระจายอยู่ในหลายหน่วยงาน เช่น การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และยาเพร็พ (PrEP) และเป๊ป (PEP) ที่ถูกกำหนดในนโยบายเฉพาะด้านเอดส์โดยไม่มีกรอบเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการของผู้หญิงในพื้นที่ชนบทและผู้มีความหลากหลายทางเพศยังถูกจำกัดจากการตีตราและทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขที่มองปัญหาในเชิงศีลธรรมมากกว่าการคุ้มครองสิทธิ แม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้า เช่น การให้สิทธิการคุมกำเนิดและการรักษาภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบายเอดส์ที่ครอบคลุมการตรวจและการรักษาฟรี แต่เมื่อเทียบกับประเทศที่มียุทธศาสตร์สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์โดยตรง เช่น สหราชอาณาจักรหรือเยอรมนี ยังพบว่าไทยขาดโครงสร้างที่บูรณาการ ดังนั้น หากต้องการบรรลุ SDG 5 อย่างแท้จริง ประเทศไทยจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์เฉพาะด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อเชื่อมโยงมาตรการที่กระจัดกระจาย ลดการตีตรา และสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพทุกระดับ

4.2 การมียุทธศาสตร์และนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักรู้และการเข้าถึงบริการสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศ

การมียุทธศาสตร์และนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกฎหมาย มาตรการ ระเบียบข้อบังคับ สิทธิ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดระบบที่สอดคล้องกันและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การขาดยุทธศาสตร์กลางยังทำให้การสร้างความตระหนักรู้ของสังคมและบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ยังมีอคติหรือการเลือกปฏิบัติต่อสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศปรากฏอยู่ในหลายระดับ

จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายบางประการที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะและการเข้าถึงสิทธิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งยังมี ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 ที่ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 6 ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัย ตลอดจน ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ที่จัดทำขึ้นภายใต้ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งล้วนสะท้อนให้เห็นความพยายามของรัฐในการสร้างกลไกเพื่อคุ้มครองสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์

อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์และนโยบายดังกล่าวยังคงเผชิญข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะในด้านการบังคับใช้และการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่สามารถกระจายอย่างทั่วถึงไปยังกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ชนบท อีกทั้งการกำหนดนโยบายเฉพาะประเด็น เช่น เน้นไปที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือการควบคุมการแพร่ระบาดของเอชไอวี อาจทำให้ละเลยมิติอื่น ๆ ของสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การเข้าถึงบริการยืนยันเพศสภาพของบุคคลข้ามเพศ หรือการเข้าถึงยาฮอร์โมนที่ยังไม่มีการกำหนดงบประมาณรองรับโดยตรง

นอกจากนี้ การไม่มีแผนยุทธศาสตร์เฉพาะด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ยังสะท้อนถึงความไม่เป็นเอกภาพเชิงนโยบาย ซึ่งส่งผลกระทบทั้งเชิงโครงสร้างและเชิงสังคม การจัดสรรงบประมาณอาจกระทำแบบกระจัดกระจายและไม่ตอบสนองต่อความต้องการจริง ขณะที่ภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศยังคงต้องพึ่งพาโครงการจากองค์กรระหว่างประเทศหรือภาคประชาสังคมมากกว่าการสนับสนุนจากรัฐโดยตรง

ทั้งนี้ หากศึกษาเปรียบเทียบกับการดำเนินงานผ่านยุทธศาสตร์และนโยบายของต่างประเทศที่มีเป้าหมายมุ่งสร้างการตระหนักรู้ หรือการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์เช่นเดียวประเทศไทย แต่อาจมีมาตรการเชิงรุกที่ช่วยให้เกิดการตระหนักรู้ หรือการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ กรณีประเทศอินเดีย สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เป็นหนึ่งในหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสตรี โดยเฉพาะในประเทศที่มีประชากรจำนวนมากและมีความหลากหลายทางเศรษฐกิจ และสังคมอย่างดังเช่นประเทศอินเดีย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศอินเดีย ซึ่งเผชิญสภาพสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงเช่นเดียวกัน พบว่าความสำเร็จของอินเดียเกิดจาก มาตรการเชิงรุกและการบูรณาการระดับพื้นที่ เช่น โครงการ Basket of Choices ภายใต้ Mission Parivar Vikas ที่เปิดโอกาสให้สตรีเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง และการใช้เครือข่ายอาสาสมัคร ASHA ในรูปแบบ “คลังย่อยด้านอนามัยเจริญพันธุ์” ที่กระจายยาคุม ถุงยาง และคำปรึกษาถึงครัวเรือนโดยตรง ตัวอย่างดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า เมื่อยุทธศาสตร์และนโยบายถูกกำหนดให้มีเครื่องมือเชิงรุก การเข้าถึงบริการและความตระหนักรู้สามารถถูกผลักดันได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนจริง[54]

ดังนั้น ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์และนโยบายของประเทศไทยเพื่อลดข้อจำกัด หรือช่องว่าง ประเทศไทยจะต้องเพิ่มมาตรการเชิงรุกมุ่งเน้นการขับเคลื่อนให้ชัดแจ้งและเป็นรูปธรรม เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันถือว่าไม่พบความชัดแจ้ง ทั้งในด้านการติดตามประเมินผล ความครอบคลุมของบริการ (โดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ปลอดภัย) การสื่อสารสิทธิในภาษาที่เข้าใจง่าย การสอนเพศวิถีที่ยังไม่ครอบคลุม และการลดอคติในระบบบริการ การประสานงานร่วมกับภาคเอกชน หรือภาคประสังคมถือเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถบรรลุยุทธศาสตร์และนโยบาย ประการสำคัญจะช่วยสร้างเสริมสิทธิการมีสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์อย่างดีเยี่ยม ดังเช่นการดำเนินงานของประเทศอินเดีย ฉะนั้นยุทธศาสตร์หรือนโยบายจะต้องมีการบูรณาการทำให้หน่วยงานรัฐ องค์กรท้องถิ่น โรงเรียน โรงพยาบาล ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน มีพื้นที่การทำงานร่วมกัน ซึ่งการบูรณาการนี้ช่วยให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ การศึกษา และสังคม โดยไม่เพียงแต่ปกป้องสุขภาพกายและจิตใจของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศเท่านั้น แต่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม สร้างโอกาสที่เท่าเทียม และส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในระดับประเทศ หรือสร้างการเข้าถึงภายใต้กฎหมาย หรือระเบียบ ข้อบังคับ แนวการปฏิบัติอย่างชัดให้สามารถนำไปสื่อสาร และครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ

---

[54] FHI 360, “Contraceptives to Doorsteps in India: Rapid Evaluation Provides Recommendations for National Scale-up (prepared at the request of the Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2012),” accessed 20 September 2025, https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/contraceptives-doorsteps-india-brief.pdf

4.3 การวิเคราะห์แนวทางดำเนินการในมิติกฎหมายและนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรี

ในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์แนวทางดำเนินการในมิติกฎหมายและนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สตรีซึ่งประกอบไปด้วยแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

4.3.1 แนวทางการจัดเก็บภาษีผ้าอนามัย

ผ้าอนามัยเป็นผลิตภัณฑ์สุขอนามัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อสตรีเพื่อรักษาความสะอาด ป้องกันการติดเชื้อ และลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ แต่ประเทศไทยยังคงจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ในอัตราร้อยละ 7 เนื่องจากผ้าอนามัยถูกจัดอยู่ในหมวด “เครื่องสำอาง” ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2517 และ 2535 แม้จะมีการปรับนิยามใน พ.ศ. 2558 ก็ตาม การตีความดังกล่าวทำให้ผ้าอนามัยมีสถานะใกล้เคียงกับสินค้าฟุ่มเฟือย ทั้งที่กรมสรรพสามิตยอมรับว่าผ้าอนามัยเป็น “สินค้าจำเป็นต่อการดำรงชีวิต” และไม่ควรถูกจัดเก็บในอัตราภาษีสินค้าฟุ่มเฟือย ปัจจุบันผ้าอนามัยยังถูกกำหนดเป็น “สินค้าควบคุม” และอยู่ในรายการเฝ้าระวังราคา แต่ยังไม่มีมาตรการปรับลดภาษีเพื่อบรรเทาภาระผู้บริโภค

กรณีศึกษาจากต่างประเทศชี้ให้เห็นแนวทางที่ประเทศไทยสามารถนำมาปรับใช้ได้ เช่น ประเทศอินเดียซึ่งยกเลิกภาษีสินค้าและบริการ (GST) สำหรับผ้าอนามัยตั้งแต่ปี 2018 ภายหลังการรณรงค์ภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง และประเทศเยอรมนีที่ปรับลดภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับผลิตภัณฑ์อนามัยประจำเดือนจากร้อยละ 19 เหลือร้อยละ 7 ตั้งแต่ปี 2020 เพื่อเน้นย้ำว่าสินค้าเหล่านี้เป็นของจำเป็นด้านสุขภาพ มิใช่สินค้าฟุ่มเฟือย แสดงให้เห็นว่าการปรับลดหรือยกเลิกภาษีผ้าอนามัยไม่เพียงช่วยลดต้นทุนและเพิ่มการเข้าถึงของผู้มีรายได้น้อย แต่ยังส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ ลดปัญหา “period poverty” ภายใต้บริบทของประเทศไทย คณะผู้วิจัยเห็นว่าหากรัฐยังคงเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้หญิง กระทบต่อการเข้าถึงสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน และไม่สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ เช่น การปรับลดอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มผ้าอนามัยจะช่วยลดราคาสินค้าที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตของผู้มีประจำเดือน จะช่วยลดภาวะที่ผู้หญิงและผู้ที่มีประจำเดือนไม่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการจัดการอนามัยประจำเดือนได้อย่างเพียงพอ (Period poverty) ที่เชื่อมโยงกับการขาดเรียน หรือขาดงานและความกังวลด้านศักดิ์ศรี

4.3.2 แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายด้านการคุมกำเนิด

ประเทศไทยดำเนินนโยบายคุมกำเนิดภายใต้กรอบสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และส่งเสริมสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีและประชาชนทั่วไป สิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการคุมกำเนิดหลากหลาย เช่น ยาคุมกำเนิดรายเดือน ยาคุมฉุกเฉิน ถุงยางอนามัย และวิธีคุมกำเนิดระยะยาว (LARC) ภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม พ.ศ. 2560–2570 ของ

กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น การจำกัดสิทธิหรือจำนวนปริมาณชิ้นของถุงยางอนามัย ซึ่งเพิ่มภาระการเดินทางและเสี่ยงต่อการเกิดช่องว่างการใช้ (Method gap) การศึกษาเปรียบเทียบพบว่าการดำเนินนโยบายของประเทศเยอรมนีมีการกำหนดสิทธิให้เข้าถึงยาคุมฉุกเฉินเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ส่วนประเทศอินเดียใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ASHA) กระจายถุงยาง ยาคุมรายเดือน และยาคุมฉุกเฉินถึงครัวเรือนในราคาต้นทุนต่ำ ทำให้เข้าถึงพื้นที่ชนบทได้ลึกและลดอุปสรรคด้านเวลาและสังคมตีตรา

ดังนั้น ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับไทยควรยกเลิกข้อจำกัดการเบิกยาคุมฉุกเฉินและอนุญาตให้รับยาคุมรายเดือนล่วงหน้าได้หลายเดือน รวมถึงกำหนดกลุ่มเป้าหมายการอุดหนุนที่ชัดเจนเน้นเยาวชนและวัยรุ่น พร้อมพัฒนาแนวทางเชิงรุกโดยใช้เครือข่าย อสม. เป็นกลไกหลักในการกระจายผลิตภัณฑ์คุมกำเนิด ส่งเสริมช่องทางใหม่ เช่น ตู้จำหน่ายอัตโนมัติหรือการสั่งออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ที่ต้องได้มาตรฐานเครื่องมือแพทย์ และการเฝ้าระวัง เป็นต้น

4.3.3 แนวทางการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

ประเทศไทยได้ปรับปรุงกฎหมายและนโยบายเพื่อรองรับสิทธิการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในฐานะสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรี โดยแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา (พ.ศ. 2564–2565) ให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่ผิดกฎหมายภายใน 12 สัปดาห์ และในบางกรณีได้ถึง 20 หรือ 24 สัปดาห์ตามเงื่อนไขทางการแพทย์ ภายใต้การดูแลของบุคลากรสุขภาพที่มีความชำนาญ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล หรือกลุ่มชาติพันธุ์การพึ่งพาวิธีคุมกำเนิดที่มีความล้มเหลวสูง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการนโยบาย หรือมาตรการของต่างประเทศจะทำให้ได้แนวทางที่จะช่วยส่งเสริมหรือทำให้แนวทางการส่งเสริมหรือคุ้มครองสตรีได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ สหราชอาณาจักรภายใต้ Abortion Act 1967 (แก้ไข 1990) การยุติการตั้งครรภ์สามารถดำเนินได้แต่จะต้องดำเนินการภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายได้กำหนดไว้ ได้แก่ มีแพทย์ 2 คนรับรอง สำหรับการให้การรับรองยืนยันว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นมีเหตุผลตามที่กฎหมายกำหนด เช่น เพื่อปกป้องชีวิตหรือสุขภาพทั้งกายและใจของมารดา หรือเนื่องจากความผิดปกติร้ายแรงของทารก ซึ่งการกำหนดการตรวจสอบโดยแพทย์นี้ สะท้อนแนวทางการรักษาสมดุลระหว่างการคุ้มครองสิทธิผู้หญิงกับการป้องกันการทำแท้งอย่างไร้เหตุผล แม้จะอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ภายใน 24 สัปดาห์ ซึ่งถือว่าค่อนข้างผ่อนปรนเมื่อเทียบกับประเทศยุโรปหลายประเทศ รวมถึงการกำหนด “เขตพื้นที่ปลอดภัย (Safe Access Zones)” รอบสถานบริการ เพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เพื่อป้องกันการคุกคาม การประท้วง หรือการก่อกวนรอบสถานบริการ ทำแท้ง เขตปลอดภัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัย และเป็นส่วนตัวสำหรับผู้หญิงที่ เข้ารับบริการ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน

ดังนั้น ข้อเสนอสำหรับไทยคือเสริมเครื่องมือเชิงรุกควบคู่กฎหมาย ได้แก่ บูรณาการเพศศึกษาเชิงองค์รวม (CSE) กับระบบการศึกษา จัดตั้ง/ขยายกองทุนช่วยเหลือแม่วัยรุ่นเพื่อคงการเรียนและการรักษา ลดอุปสรรคด้านระยะทางด้วยเครือข่ายชุมชนและบริการส่งต่อรวดเร็ว และพิจารณากฎหมาย “เขตพื้นที่ปลอดภัย” รอบคลินิก โรงพยาบาล หรือศูนย์ให้คำปรึกษา กำหนดรัศมีและพฤติกรรมต้องห้ามอย่างชัดเจน ทั้งหมดนี้จะช่วยยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยลดผลกระทบทางกายและใจจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ขยายความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และทำให้เป้าหมายเชิงสุขภาพสาธารณะของประเทศเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

4.4 การวิเคราะห์แนวทางดำเนินการในมิติกฎหมายและนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

ในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์แนวทางดำเนินการในมิติกฎหมายและนโยบายด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยสามารถวิเคราะห์ออกได้ตามประเด็นดังนี้

4.4.1 การวิเคราะห์ช่องว่างทางกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แม้ประเทศไทยจะมียุทธศาสตร์และมาตรการระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อ แต่การแพร่ระบาดของโรคบางชนิด เช่น ซิฟิลิส หนองใน และ HPV ยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ตรวจวินิจฉัยเร็ว และการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณาช่องว่างในมิตินโยบาย แม้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และบริการฟรีบางส่วน เช่น การตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) การให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) และหลังการสัมผัสเชื้อ (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) แต่การเข้าถึงบริการ STIs สำหรับโรคอื่นยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและในกลุ่มชายขอบ เช่น แรงงานข้ามชาติ และผู้ให้บริการทางเพศที่ไม่มีเอกสารสิทธิ อีกทั้งในปัจจุบันแม้ว่าบริการอนามัยเจริญพันธุ์และบริการป้องกัน STIs จะมีอยู่ในหลายหน่วยงาน แต่ระบบยัง ขาดการบูรณาการข้อมูลและการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยต้องเริ่มกระบวนการตรวจใหม่เมื่อต้องย้ายสถานบริการ และบางครั้งการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาต่อไปถึงช่องว่างในมิติทางด้านกฎหมาย พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยยัง ไม่มี “กฎหมายเฉพาะ” ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่กำหนดสิทธิ การคุ้มครอง การป้องกัน และการรักษาแบบองค์รวมสำหรับโรคทุกชนิดและทุกกลุ่มประชากร แม้จะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันเป็นเพียงกรอบทั่วไปที่ไม่เจาะจงต่อ STIs

ในเชิงเศรษฐกิจ การไม่มีกรอบกฎหมายเฉพาะที่ชัดเจนทำให้การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อป้องกันและควบคุมโรคขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ชี้ว่า ประเทศที่ขาดระบบกฎหมายและนโยบายบูรณาการด้าน STIs มีต้นทุนทางเศรษฐกิจสูงกว่าประเทศที่มีกฎหมายเฉพาะ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[55] สำหรับในมิติทางสังคม การไม่มีเครื่องมือทางกฎหมายเฉพาะทำให้การกำหนดสิทธิและหน้าที่ของทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และหน่วยงานรัฐไม่ชัดเจน ก่อให้เกิดช่องว่างในมาตรการป้องกันการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ต่อผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงสูง[56]

อย่างไรก็ดี หากจะพิจารณาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า ในประเทศอินเดียมีการกำหนดกรอบนโยบายด้าน STIs ที่ชัดเจนผ่าน National AIDS Control Organisation (NACO) ซึ่งบูรณาการการป้องกันและรักษาเอชไอวีควบคู่กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ภายใต้ National Health Mission สำหรับประเทศเยอรมนีก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือ ประเทศเยอรมนีมีกรอบกฎหมายที่ครอบคลุมด้าน STIs อย่างชัดเจน โดย Protection Against Infection Act (Infektionsschutzgesetz: IfSG) เป็นกฎหมายที่กำหนดให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดอยู่ในขอบเขตการเฝ้าระวัง การรายงาน และการควบคุมของรัฐ ประชาชนทุกคน

4.4.2 การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล

การขจัดการเลือกปฏิบัติ (Elimination of Discrimination) ถือเป็นหลักการพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ซึ่งสำหรับประเทศไทยมีบทบัญญัติว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติปรากฏอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ โดยเฉพาะในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายเฉพาะ เช่น พระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 มาตรา 3 และมาตรา 17 ที่ระบุห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ รวมถึงเพศสภาพและรสนิยมทางเพศ รวมทั้งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่ให้สิทธิคนพิการในการเข้าถึงบริการและโอกาสในสังคมอย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตาม แม้จะมีบทบัญญัติด้านความเสมอภาคระหว่างเพศ แต่ประเทศไทยยังไม่มี “กฎหมายเฉพาะด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์” ที่กำหนดมาตรการห้ามการเลือกปฏิบัติในบริบทของบริการสุขภาพทางเพศโดยตรง

กรณีศึกษาที่สะท้อนปัญหาการขาดกฎหมายเฉพาะด้านนี้อย่างชัดเจน คือ สถานการณ์การเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดชายแดน แรงงานเหล่านี้แม้จะอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติกลับถูกปฏิเสธการให้บริการเนื่องจากไม่มีเอกสารสิทธิ์หรือถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเกินควร ปัญหานี้ไม่เพียงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษา แต่ยังส่งผลกระทบต่อการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงการบังคับใช้หลักความเท่าเทียมที่ยังไม่ทั่วถึง

---

[55] Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health, *Cost of Inaction on STIs in Southeast Asia* (APCOM, 2019), 5–6

[56] Human Rights Watch, *Discrimination and Health Access in Thailand* (Human Rights Watch, 2020), 9–10.

อย่างไรก็ดี จากข้อสังเกตของ CEDAW การกำหนดยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องไม่เป็นเพียงกรอบเชิงนามธรรมระดับชาติ แต่ควรระบุกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่และเชิงอัตลักษณ์อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงในชนบท ผู้หญิงที่เป็นชนกลุ่มน้อย หรือกลุ่มมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ที่เผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ คลอดอย่างปลอดภัย และบริการคุมกำเนิดมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์ควรประกอบด้วยมาตรการเชิงพื้นที่ เช่น การจัดบริการสุขภาพระยะไกล (telehealth) หน่วยบริการเคลื่อนที่ การเพิ่มบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ขาดแคลน และการจัดสรรงบประมาณเฉพาะพื้นที่ เพื่อทำให้ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์มีความเป็นธรรมและสอดคล้องกับหลักการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังตามพันธกรณีระหว่างประเทศ[57]

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาประเด็นดังกล่าวเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า **ประเทศที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสารตั้งต้นหรือจุดเริ่มต้นจากการมีกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการห้ามเลือกปฏิบัติเอาไว้อย่างชัดเจน** เพื่อรองรับสิทธิและความเสมอภาคของบุคคล รวมทั้งเป็นหลักประกันมิให้บุคคลในประเทศได้รับการเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่างทุกประการในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการจ้างงาน การได้รับสวัสดิการของรัฐ รวมทั้งในประเด็นด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ดังจะเห็นได้จากประเทศเยอรมนีมีการออกกฎหมาย General Equal Treatment Act (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz – AGG) ค.ศ. 2006 ซึ่งเป็นกฎหมายกลางที่ห้ามการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ ชาติกำเนิด เพศ ศาสนา ความพิการ อายุ หรือรสนิยมทางเพศในทุกมิติของชีวิตทางสังคม กฎหมายนี้ครอบคลุมทั้งการจ้างงาน การให้บริการสาธารณะ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการบังคับใช้โดยหน่วยงานอิสระ เช่น Federal Anti-Discrimination Agency ซึ่งมีอำนาจตรวจสอบและให้คำปรึกษากับผู้ที่ถูกเลือกปฏิบัติ อีกทั้งเยอรมนียังมีกฎหมาย Protection Against Infection Act (IfSG) ที่กำหนดมาตรการป้องกันโรคติดต่อ รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเน้นหลักความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ

ทั้งนี้ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล พ.ศ. .... ซึ่งมีเจตนารมณ์ที่จะรวมหลักการห้ามการเลือกปฏิบัติที่กระจัดกระจายอยู่ในหลายกฎหมายให้มาอยู่ในกฎหมายกลางฉบับเดียว ร่างกฎหมายนี้มีเนื้อหาครอบคลุมการห้ามการเลือกปฏิบัติในทุกมิติ ทั้งการจ้างงาน การให้บริการ และการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิด้านสาธารณสุข โดยจะมีการกำหนดกลไกการร้องเรียนและบทลงโทษสำหรับผู้กระทำการเลือกปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น[58] หากร่างกฎหมายนี้ผ่านความเห็นชอบและมีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะเป็นการเสริมสร้างกรอบกฎหมายที่ครอบคลุมเพื่อลดช่องว่างด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มเปราะบาง

---

[57] UN, *Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding Observations on the Combined Sixth and Seventh Periodic Reports of Thailand, CEDAW/C/THA/CO/6–7* (Geneva: United Nations, July 24, 2017), 6-13.

[58] สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, ร่างพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล พ.ศ. .... (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมาธิการ, 2567).

4.4.3 การวิเคราะห์ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะด้านความหลากหลายทางเพศ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามสนองรับนโยบายกฎหมายสมรสเท่าเทียมของรัฐบาล โดยให้ความสำคัญกับสิทธิการดูแลสุขภาพทางใจให้กับประชาชนผู้มีสิทธิบัตรทองฯ ด้วย รวมถึงประชากรในกลุ่มบุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศนี้ ในการพิจารณางบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2568 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้เห็นชอบให้ สปสช. ดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการสิทธิประโยชน์ใหม่ คือ “บริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มคนข้ามเพศ” จำนวน 145.63 ล้านบาท โดยรวมถึงบริการยาฮอร์โมน[59] นอกจากนี้ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นกรอบสำคัญล่าสุด ได้กำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิบัตรทอง โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดแปลงเพศโดยตรง กล่าวคือ หากแพทย์ผู้รักษาประเมินว่าการผ่าตัดนั้นมีความจำเป็นเพื่อแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตสามารถเบิกจ่ายได้เช่นกัน[60] ดังนั้น ในกรณีของการผ่าตัดแปลงเพศ หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสับสนทางเพศสภาพ (Gender Dysphoria) การผ่าตัดเพื่อให้ร่างกายสอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศจึงถูกตีความว่าเป็น “ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์” ที่สามารถเบิกได้

อย่างไรก็ดี แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งครอบคลุมบริการทางการแพทย์หลายประเภทโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่เมื่อลงลึกในประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ กลับพบว่าการเข้าถึงบริการยังมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนชายขอบ เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ให้บริการทางเพศที่ไม่มีเอกสารสิทธิ บริการบางประเภทแม้จะถูกรวมไว้ในนโยบาย เช่น การให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP), การให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง (Post-Exposure Prophylaxis: PEP) และบริการด้านยาฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ แต่ในทางปฏิบัติกลับยังไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่ศูนย์ให้บริการมีจำนวนน้อยและกระจุกตัวในเขตเมืองใหญ่

ในมิติเปรียบเทียบกรณีศึกษาต่างประเทศ จากการศึกษาพบว่า ประเทศอินเดียมีลักษณะการป้องกันเชิงรุกและครอบคลุมกว่าของประเทศไทย กล่าวคือ ประเทศอินเดียได้จัดตั้ง ศูนย์ให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ (Integrated Counselling and Testing Centres: ICTC) ครอบคลุมทุกอำเภอ รวมทั้งรูปแบบประจำสถานพยาบาล (Facility-ICTC) และแบบแยกอิสระ (Stand

---

[59] รัฐบาลไทย, “รัฐบาลเดินหน้านโยบายรองรับบริการด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มคนข้ามเพศ เตรียมจัดสรรงบประมาณ 145.63 ล้านบาท เพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ ‘ยาฮอร์โมน’ ดูแลกลุ่มคนข้ามเพศจำนวน 200,000 ราย,” สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2568, https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/33/iid/358718

[60] ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขที่เป็นสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565, ข้อ 5.

Alone-ICTC) โดยมีจำนวนกว่า 22,000 แห่งทั่วประเทศ บริการเหล่านี้ไม่เพียงให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองเท่านั้น แต่ยังเชื่อมต่อผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการรักษาและติดตามผลต่อเนื่อง รวมถึงมีคลินิกเคลื่อนที่เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทาง ซึ่งมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรในชนบทและกลุ่มเปราะบาง การมีระบบเครือข่ายเช่นนี้ทำให้ข้อมูลระบาดวิทยาถูกส่งกลับไปยังส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณและวางมาตรการเชิงนโยบายที่แม่นยำ[61] ในขณะที่สหราชอาณาจักรใช้กลไกทางกฎหมายเป็นฐานในการจัดบริการสุขภาพทางเพศ โดยบัญญัติไว้ใน พระราชบัญญัติบริการสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2006 (National Health Service Act 2006) ให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและปราศจากการเลือกปฏิบัติ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS)

บทเรียนสำคัญที่ประเทศไทยสามารถนำมาปรับใช้จากโมเดลของทั้งสองประเทศ มีดังนี้

(1) การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการเข้าถึงบริการ PrEP, PEP และฮอร์โมนในทุกอำเภอ โดยอาจใช้โครงสร้างโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพตำบลเป็นฐาน

(2) การกำหนดบริการเหล่านี้ไว้ในสิทธิประโยชน์ถาวรของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมกำหนดกรอบงบประมาณหลายปี (multi-year budgeting) เพื่อความต่อเนื่อง

(3) การจัดทำเอกสารมาตรฐานบริการระดับชาติคล้ายกับ service specification ของสหราชอาณาจักร เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับปฏิบัติสอดคล้องกัน และ

(4) การขยายบริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาล เช่น คลินิกเคลื่อนที่หรือจุดบริการในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างการเข้าถึงในพื้นที่ชนบท

4.4.4 ความวิเคราะห์ประเด็นสวัสดิการด้านการเปลี่ยนแปลงสรีระทางเพศกำเนิด

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางด้านการแพทย์แปลงเพศที่มีชื่อเสียงระดับโลก ทั้งในด้านคุณภาพฝีมือแพทย์และต้นทุนที่ต่ำกว่าในหลายประเทศ อย่างไรก็ตาม จุดแข็งในด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (medical tourism) ไม่ได้สะท้อนถึงความพร้อมหรือการเข้าถึงของพลเมืองไทยเอง โดยเฉพาะในประเด็นการบรรจุการผ่าตัดแปลงเพศ (gender-affirming surgery) และบริการที่เกี่ยวข้องไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายหรือมาตรการรองรับ ผู้ต้องการแปลงเพศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ซึ่งมักมีมูลค่าสูงเกินกว่ารายได้เฉลี่ยต่อปีของประชากรส่วนใหญ่

[61] National AIDS Control Organisation, *Annual Report 2021–22* (Ministry of Health and Family Welfare, 2022), 45–47.

ทั้งนี้ ข้อจำกัดเชิงนโยบายส่วนหนึ่งเกิดจากกรอบความคิด (mindset) ที่ยังมองว่าการแปลงเพศเป็นเพียง “ศัลยกรรมความงาม” (cosmetic surgery) ไม่ใช่การรักษาที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และสมาคมวิชาชีพสากล เช่น World Professional Association for Transgender Health (WPATH) จัดให้การแปลงเพศและการบำบัดด้วยฮอร์โมน (Hormone Replacement Therapy: HRT) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสิทธิสุขภาพ[62]

อนึ่ง แม้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565 จะขยายสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบบัตรทองให้ครอบคลุมบริการสำคัญด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่สิทธิของผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยเฉพาะการแปลงเพศและบริการยืนยันเพศสภาพกลับยังไม่ถูกกำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์โดยตรง และขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เท่านั้น ส่งผลให้กลุ่มบุคคลข้ามเพศจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ เนื่องจากระบบยังมองว่าการแปลงเพศเป็นบริการเสริมความงาม เว้นแต่กรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น ภาวะเพศกำกวม จึงย่อมสะท้อนถึงช่องว่างในการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเท่าเทียมสำหรับผู้มีความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย

เมื่อพิจารณากรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่า สหราชอาณาจักรมีการจัดบริการผ่าตัดแปลงเพศภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ครอบคลุมทั้งกระบวนการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ การให้คำปรึกษาทางจิตสังคม การบำบัดด้วยฮอร์โมน และการผ่าตัด รวมถึงการติดตามดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ยังมีศูนย์อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity Clinics) ที่กระจายอยู่หลายภูมิภาคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านพื้นที่ การมีระบบดังกล่าวช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้เข้ารับบริการ และทำให้บุคคลข้ามเพศสามารถวางแผนชีวิต การทำงาน และการศึกษาต่อได้อย่างมั่นคงขึ้น

อย่างไรก็ดี ในบางประเทศเช่น ประเทศอินเดียแม้ระบบสาธารณสุขโดยรวมจะเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่รัฐบาลได้ออกกฎหมายที่สำคัญสำหรับกลุ่มบุคคลข้ามเพศ ได้แก่ **Transgender Persons (Protection of Rights) Act 2019** และกำหนดให้บริการผ่าตัดยืนยันเพศสภาพและการบำบัดด้วยฮอร์โมนอยู่ในโครงการประกันสุขภาพบางประเภท เช่น Ayushman Bharat Scheme ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่ง รวมทั้งจัดตั้งศูนย์เฉพาะทางและให้เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่บุคคลข้ามเพศโดยตรง[63]

---

[62] World Health Organization, *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)* (Geneva: World Health Organization, 2019), 6–7.

[63] Ministry of Health and Family Welfare, “Government of India, Ayu,” accessed 21 September 2025 https://mohfw.gov.in/en.

จากการวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการยืนยันเพศสภาพและการบำบัดด้วยฮอร์โมน พบว่ามีจุดร่วมสำคัญคือ **การยอมรับว่าบริการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิด้านสุขภาพ** และจัดให้มีการครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการครอบคลุมเต็มจำนวนหรือบางส่วน พร้อมมาตรการเสริมตั้งแต่ต้นน้ำยันปลายน้ำเพื่อให้เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ดังนั้น การบรรจุบริการยืนยันเพศสภาพ เช่น การผ่าตัดแปลงเพศและการบำบัดด้วยฮอร์โมนเข้าไว้ในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย เป็นประเด็นที่มีนัยสำคัญทั้งในเชิงสิทธิขั้นพื้นฐานและในเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ บริการดังกล่าวมีความจำเป็นต่อการรับรองอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลข้ามเพศ ซึ่งถือเป็นสิทธิด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิต ความเท่าเทียม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ การยอมรับว่าบริการยืนยันเพศสภาพเป็นสิทธิด้านสุขภาพจะช่วยลดการตีตรา (stigma) และอคติทางสังคม ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมที่เคารพความหลากหลายทางเพศอย่างแท้จริง[64]

5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวโยงกับคุณภาพชีวิต ความเสมอภาคทางเพศ และการพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคมไทย แม้ประเทศไทยจะมีพัฒนาการ เช่น การขยายสิทธิด้านการคุมกำเนิด การตรากฎหมายคุ้มครองสตรีและเยาวชน และการยอมรับหลักการระหว่างประเทศอย่าง CEDAW และ SDG 5 แต่ยังคงเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง นโยบาย และงบประมาณ รวมถึงอคติของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ดี การศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศอินเดีย สหราชอาณาจักร และเยอรมนี สะท้อนให้เห็นว่า การกำหนดนโยบายเชิงรุก การบูรณาการเพศวิถีศึกษา และมาตรการสนับสนุนต่าง ๆ สามารถทำให้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เกิดผลในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องปรับนโยบายและกลไกให้สอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อมุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน จึงนำมาสู่ข้อเสนอแนะตามแผนการดำเนินงานในระยะสั้น กลาง ยาว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างเป็นรูธรรม ดังนี้

5.1 แผนการดำเนินงานระยะสั้น

ในระยะเริ่มต้น รัฐจำเป็นต้องดำเนินมาตรการที่สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการและการตีตราได้อย่างรวดเร็ว เพื่อปกป้องสิทธิผู้หญิงและผู้มีความหลากหลายทางเพศในสถานการณ์ที่มีผลกระทบเชิงมนุษยธรรมสูง ประเด็นเร่งด่วนสำคัญ ได้แก่

[64] World Health Organization, Gender and Health (2020).

5.1.1. การจัดทำยุทธศาสตร์และกฎหมายเฉพาะด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

ประเทศไทยควรพิจารณาจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติและกฎหมายเฉพาะที่ว่าด้วยสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์โดยตรง เพื่อยกระดับการคุ้มครองสิทธิของสตรีและผู้มีความหลากหลายทางเพศให้มีเอกภาพและมีผลบังคับใช้จริง เนื่องจากมาตรการที่มีอยู่เกี่ยวกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ยังคงกระจัดกระจายภายใต้กฎหมายและแผนงานหลายฉบับที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะประเด็นแต่ไม่เชื่อมโยงกันเป็นระบบ ยุทธศาสตร์เฉพาะด้านจะช่วยบูรณาการมาตรการเหล่านี้และสร้างหลักประกันว่าการคุ้มครองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ได้เป็นเพียงนโยบายชั่วคราว หากเป็นสิทธิที่สามารถอ้างสิทธิ์ได้จริงในทางปฏิบัติ

นอกจากนี้ การจัดทำยุทธศาสตร์ควรเรียนรู้จากกรณีของอินเดียที่สามารถยกระดับความตระหนักรู้ด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ได้ผ่านการบูรณาการเพศวิถีศึกษาในหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับ การประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคม และการให้บริการสุขภาพในโรงเรียนซึ่งเป็นพื้นที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตรต่อเยาวชน

5.1.2 การปรับปรุงสิทธิประโยชน์และกลไกในการใช้บังคับนโยบายการคุมกำเนิด

แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยครอบคลุมบริการคุมกำเนิดหลายประเภท เช่น ยาคุมกำเนิดรายเดือน ยาคุมฉุกเฉิน ห่วงอนามัย และถุงยางอนามัย แต่ยังมีข้อจำกัดในแง่ของการกำหนดเพดานจำนวนครั้ง และการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้น ข้อเสนอเชิงนโยบายคือการปรับเพิ่มเพดานการใช้สิทธิให้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากล ยกเลิกข้อจำกัดที่ไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เช่น จำนวนครั้งของยาคุมฉุกเฉิน และอนุญาตให้ผู้ใช้ประจำสามารถรับยาได้ล่วงหน้าหลายเดือน เพื่อลดภาระการเดินทางและเพิ่มความต่อเนื่องในการใช้วิธีคุมกำเนิด นอกจากนี้ ควรเพิ่มช่องทางการรับรู้ การสร้างการเข้าถึงหรือมาตรการเชิงรุก เช่น การใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกกระจายยาคุมกำเนิดและถุงยางอนามัยในระดับชุมชน สร้างการเข้าถึงให้แก่สตรีในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มรายได้น้อย คล้ายกับโครงการ Home Delivery of Contraceptives ของอินเดีย ควบคู่กับการติดตั้งตู้แจกอัตโนมัติในมหาวิทยาลัย โรงเรียน และพื้นที่สาธารณะ เพื่อสร้างความเป็นส่วนตัวและลดอุปสรรคทางวัฒนธรรม

5.1.3 การคุ้มครองสิทธิในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

แม้ประเทศไทยได้ปรับแก้ประมวลกฎหมายอาญาให้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ภายใน 12 สัปดาห์โดยไม่ผิดกฎหมาย และถึง 20 หรือ 24 สัปดาห์ในบางกรณี แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การตีตราทางสังคม การขาดแพทย์ผู้ให้บริการในพื้นที่ชนบท การไม่รู้สิทธิของผู้หญิง ตลอดจนการถูกกดดันจากกลุ่มต่อต้านการทำแท้ง ข้อเสนอสำคัญคือการจัดตั้ง เขตพื้นที่ปลอดภัย (Safe Access Zones) รอบสถานพยาบาลหรือคลินิกที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคุกคาม ข่มขู่หรือการกดดันทางจิตใจต่อผู้หญิงที่เข้ารับบริการ ตัวอย่างจากสหราชอาณาจักรและสกอตแลนด์ได้

ตรากฎหมายเฉพาะกำหนดรัศมี 200 เมตรห้ามการประท้วงหรือแจกเอกสารกดดันรอบสถานบริการ การนำแนวทางนี้มาใช้ในประเทศไทยจะช่วยคุ้มครองศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และสิทธิเสรีภาพของผู้หญิงตามหลักสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ ควรมีการบูรณาการนโยบายกับกระทรวงศึกษาธิการ เช่น การจัดหลักสูตรเพศวิถีศึกษาเชิงบูรณาการ เป็นต้น

มาตรการทั้งสามประการนี้สะท้อนว่าการขับเคลื่อนสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในระยะสั้นต้องคำนึงถึง “ความเปราะบางเชิงพื้นที่” ตามข้อเสนอของ CEDAW และดำเนินการแบบเร่งด่วนเพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ความไม่รู้สิทธิ และการตีตราในสังคมไทย หากรัฐดำเนินการได้อย่างมีเป้าหมายและสอดคล้องกับพันธกรณีระหว่างประเทศ ก็จะเป็นฐานสำคัญในการพัฒนาแผนระยะกลางและระยะยาวที่ยั่งยืนต่อไป

5.2 แผนการดำเนินงานระยะกลาง การปฏิรูปเชิงโครงสร้างและระบบบริการ

เมื่อกลไกพื้นฐานได้รับการสร้างแล้ว การยกระดับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เข้าสู่ระบบกฎหมายและระบบบริการสาธารณสุขต้องดำเนินคู่ขนานกันในระดับโครงสร้าง ซึ่งรวมถึงข้อเสนอแนะดังนี้

5.2.1 การปรับสถานะภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัยและการแก้ปัญหา Period Poverty

ประเทศไทยจัดประเภทผ้าอนามัยเป็น “เครื่องสำอาง” ตามนิยามในพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง ส่งผลให้ต้องเสียภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราร้อยละ 7 และอยู่ในพิกัดสินค้าฟุ่มเฟือยภายใต้กฎหมายศุลกากรและสรรพสามิต ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการปรับสถานะของผ้าอนามัยให้เป็นสินค้าจำเป็นด้านสุขภาพ และยกเว้นหรืออย่างน้อยลดอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้หญิง โดยเฉพาะกลุ่มรายได้น้อยหรือเยาวชน ตัวอย่างประเทศอินเดียที่ยกเลิกภาษี GST สำหรับผ้าอนามัยภายหลังการรณรงค์ของภาคประชาสังคม และประเทศเยอรมนีที่ปรับลด VAT จากร้อยละ 19 เหลือร้อยละ 7 ล้วนแสดงให้เห็นว่ามาตรการภาษีเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำทางเพศและแก้ปัญหา “period poverty” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

5.2.2 การพิจารณาจัดทำกฎหมายเฉพาะด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs)

แม้ประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านเอดส์ แต่ยังไม่มี “กฎหมายเฉพาะ” ที่ครอบคลุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดในมิติของสิทธิ การป้องกัน การรักษา และการไม่เลือกปฏิบัติ ส่งผลให้การควบคุมโรคบางชนิด เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือ HPV ยังไม่เป็นระบบ ขาดการบูรณาการข้อมูลและบริการในหลายพื้นที่ และกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ หรือผู้ให้บริการทางเพศ ยังไม่สามารถเข้าถึงการตรวจและรักษาได้อย่างเท่าเทียม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการพิจารณาตรากฎหมายเฉพาะด้าน STIs ที่รับรองสิทธิการตรวจ การรักษา การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ และห้ามการเลือกปฏิบัติ พร้อมทั้งจัดทำระบบบูรณาการข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถส่งต่อและติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องทั่วประเทศ รวมทั้งควรเร่งพัฒนาหลักสูตรเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนให้ครอบคลุมความรู้เรื่อง STIs การใช้ถุงยางอนามัย และการลดการตีตราทางสังคม

5.2.3 การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงเพศสภาพ (Gender Affirmation)

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ยังเป็นพื้นที่ที่กฎหมายและนโยบายไทยขาดความชัดเจน ปัจจุบันแม้ประเทศไทยจะได้รับการยอมรับว่าเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศ แต่ในเชิงกฎหมายและระบบบริการสุขภาพ ยังไม่มีกลไกที่รับรองสิทธิในการยืนยันเพศสภาพอย่างครบถ้วน ตัวอย่างชัดเจนคือ การผ่าตัดแปลงเพศยังไม่ถูกรวมไว้ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่ต้องการรับบริการจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการพื้นฐานเพื่อยืนยันอัตลักษณ์ทางเพศของตน อีกทั้ง การเปลี่ยนคำนำหน้านามและการรับรองเพศสภาพทางกฎหมายก็ยังไม่สามารถทำได้ แม้บุคคลจะได้รับการผ่าตัดหรืออยู่ระหว่างการใช้ฮอร์โมนแล้วก็ตาม ทำให้บุคคลข้ามเพศยังเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การสมัครงาน การรับบริการสาธารณสุข หรือแม้กระทั่งการใช้สิทธิเลือกตั้ง

5.2.4 การพิจารณาจัดทำกฎหมายรับรองเพศสภาพ (Legal Gender Recognition)

ประเทศไทยควรมีการพิจารณาจัดทำกฎหมายเฉพาะว่าด้วยการรับรองเพศสภาพภายใต้บริบทที่เหมาะสมกับประเทศไทย เนื่องจากจากการศึกษากรณีศึกษาต่างประเทศ พบว่าในประเทศที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่มีการกำหนดกฎหมายรับรองเพศสภาพที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศสามารถเปลี่ยนเพศในเอกสารทางราชการได้ตามเจตจำนง โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการผ่าตัดหรือคำวินิจฉัยจากศาลเพียงอย่างเดียว การเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายนี้มีผลสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิในมิติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิทธิแรงงาน การศึกษา สุขภาพ หรือการทำธุรกรรมทางการเงิน และการบรรจุบริการยืนยันเพศสภาพในระบบสุขภาพ บริการด้านการเปลี่ยนแปลงเพศสภาพ เช่น การใช้ฮอร์โมน การผ่าตัด หรือการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม ควรได้รับการบรรจุในสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพ เพื่อให้บุคคลข้ามเพศสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ลดภาระค่าใช้จ่าย และป้องกันการพึ่งพาคลินิกเถื่อนหรือบริการที่ไม่ได้มาตรฐานซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ

5.3 แผนการดำเนินงานระยะยาว

การขับเคลื่อนสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทจาก “การคุ้มครองเชิงนโยบาย” ไปสู่ “การยกระดับการคุ้มครองสิทธิอย่างยั่งยืน” ซึ่งประกอบด้วยข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.3.1 การตรากฎหมายขจัดการเลือกปฏิบัติ (Anti-Discrimination Law)

แม้ประเทศไทยได้ให้การรับรอง CEDAW และ ICCPR ซึ่งกำหนดพันธกรณีในการคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติแต่ภายในประเทศยังไม่มีกฎหมายกลางว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติโดยตรง มีเพียงพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีเจตนารมณ์สำคัญแต่ยังจำกัดทั้งด้านการตีความ กลไกบังคับใช้ และบทลงโทษ ส่งผลให้ผู้หญิงและผู้มีความหลากหลายทางเพศยังถูกปฏิเสธบริการสุขภาพ ถูกเลือกปฏิบัติในสถาบันการศึกษาและสถานที่ทำงาน และถูกละเมิดความเป็นส่วนตัวในสถานพยาบาล การศึกษาต่างประเทศชี้ว่า การมีกฎหมายขจัดการเลือกปฏิบัติเป็นฐานสำคัญในการคุ้มครอง

สิทธิ จึงควรตรากฎหมายเฉพาะที่กำหนดนิยาม กลไกร้องเรียน การเยียวยา และบทลงโทษอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมการเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสร้างสังคมที่เคารพความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

5.3.2 การลดการตีตราและสร้างความตระหนักรู้ในสังคม

อุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยคือการตีตรา (stigma) และการเลือกปฏิบัติทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน การที่บุคลากรบางส่วนยังมีทัศนคติทางศีลธรรมมากกว่ามุมมองด้านสิทธิมนุษยชน ทำให้ผู้หญิงและผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวนมากลังเลที่จะเข้ารับบริการ ข้อเสนอคือการจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้เข้าใจสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในฐานะสิทธิมนุษยชน ไม่ใช่เพียงบริการทางการแพทย์ และการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ผ่านสื่อ สถานศึกษา และชุมชนให้เข้าใจสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองโดยปราศจากการตีตรา ซึ่งจากข้อสังเกตของคณะกรรมการ CEDAW ได้สะท้อนอย่างชัดเจนว่าไทยจำเป็นต้องดำเนินมาตรการเชิงรุกเพื่อลดอคติและแบบแผนทางเพศ (gender stereotypes) ที่สืบทอดในเชิงวัฒนธรรมและถูกตอกย้ำโดยสถาบันรัฐ มาตรการดังกล่าวต้องมิใช่เพียงการให้ความรู้เป็นครั้งคราว แต่ควรเป็นแนวทางปฏิรูปเชิงโครงสร้างที่ครอบคลุมการออกแบบหลักสูตรเพศวิถีศึกษาในระบบโรงเรียน การพัฒนาสื่อสาธารณะที่ยึดหลักสิทธิมนุษยชน และการสื่อสารสาธารณะที่ทำให้เรื่องอัตลักษณ์ทางเพศ สุขภาพทางเพศ และการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายไม่ถูกมองผ่านกรอบศีลธรรมแบบเลือกปฏิบัติ

5.3.3 การบูรณาการความร่วมมือหลายภาคส่วน

การขับเคลื่อนสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ไม่อาจสำเร็จได้ด้วยภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชนในระดับท้องถิ่น รัฐควรจัดทำกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดนโยบายการจัดสรรงบประมาณ การติดตามประเมินผล ไปจนถึงการรณรงค์สาธารณะ แนวทางจากสหราชอาณาจักรและอินเดียที่เปิดโอกาสให้ภาคเอกชน ภาคการศึกษา และองค์กรประชาสังคมเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการ การสื่อสาร และการให้ความรู้เรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนสามารถสร้างกลไกที่ยั่งยืนและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรได้จริง

ข้อเสนอแนะทั้งหมดข้างต้นนี้จะสะท้อนให้เห็นว่าการขับเคลื่อนสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยต้องการการปฏิรูปเชิงโครงสร้างและเชิงวัฒนธรรมไปพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำกฎหมายเฉพาะการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในระบบสุขภาพ การจัดการภาษีผลิตภัณฑ์สุขอนามัย การคุ้มครองสิทธิในการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การบูรณาการเพศวิถีศึกษา การลดการตีตรา และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งหากประเทศไทยสามารถดำเนินการตามข้อเสนอเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะไม่เพียงช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางเพศและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนเท่านั้น แต่ยังเป็นการลงทุนระยะยาวที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน สร้างความเป็นธรรมทางสังคม และนำพาประเทศไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง