รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยน นโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

กฤตยา อาชวนิจกุล
บรรณาธิการ

คณะผู้เขียน (เรียงตามตัวอักษร)
กฤตยา อาชวนิจกุล, กาญจนา ตั้งชลทิพย์,
กุลภา วจนสาระ, มาลี สันภูวรรณ์,
เบญจมาศ รอดภัย, เสาวภาค สุขสินชัย,
สุชาดา ทวีสิทธิ์, และ หทัยรัตน์ เสียงดัง

ดำเนินงานโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนโลกเพื่อต่อสู้เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย
(Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
ผ่านเครือข่าย 'ฟ้ามิตร' - ภาคีโครงการป้องกันเอดส์และแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย
(PHAMIT - Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand)
ประสานงานโดย มูลนิธิรักษ์ไทย

รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยน นโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ

ข้อมูลทางบรรณานุกรม
รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ/ กฤตยา อาชวนิจกุล ... [และคนอื่นๆ] – – พิมพ์ครั้งที่ 1. – – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 327

พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

ISBN 978-974-11-0718-6
คณะผู้วิจัย: กฤตยา อาชวนิจกุล, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, กุลภา วจนสาระ, มาลี สันภูวรรณ์, เบญจมาศ รอดภัย, เสาวภาค สุขสินชัย, สุชาดา ทวีสิทธิ์ และหทัยรัตน์ เสียงดัง

1. คนต่างด้าว 2. แรงงานข้ามชาติ 3. สุขภาวะและสิทธิ 4. โรคเอดส์. 5. อนามัยเจริญพันธุ์. I.มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. ชื่อเรื่อง. III. ชื่อชุด.

HD 8700.55 ก276ร 2550

ออกแบบปกโดย : เสาวภา บุญรอด
จัดรูปเล่มโดย : ชุติมา พึ่งสำราญ
จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์: 02 441-9666; 02 441-0201-4
โทรสาร: 02 441-9333
e-mail: directpr@mahidol.ac.th
website: http://www.ipsr.mahidol.ac.th
พิมพ์ที่: บริษัทเอดิสัน เพรส โพรดักส์ จำกัด
46/20 หมู่ที่ 5 ซอยลาดปลาเค้า 58 ถนนลาดปลาเค้า แขวงอนุสาวรีย์
เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220
โทรศัพท์: 02 971-7020; โทรสาร: 02 522-2833

คณะนักวิจัย

■ หัวหน้าโครงการ:

กฤตยา อาชวนิจกุล

■ นักวิจัย (เรียงตามตัวอักษร)

กาญจนา ตั้งชลทิพย์,
กุลภา วจนสาระ,
มาลี สันภูวรรณ์,
เบญจมาศ รอดภัย,
เสาวภาค สุขสินชัย,
สุชาดา ทวีสิทธิ์,
และ หทัยรัตน์ เสียงดัง

คำนำ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

รายงานนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากงานวิจัยในระยะแรกของรองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล กูรูด้านแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย ที่เคยประเมินนโยบายของรัฐไทยในการจัดการปัญหาสุขภาวะของแรงงงานข้ามชาติ โดยรายงานฉบับนี้มุ่งเน้นในมิติของนโยบายด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะ

การศึกษาของนักวิจัยทั้ง 8 คนในระดับพื้นที่ 6 พื้นที่ และครอบคลุม 9 จังหวัดที่มีสถานการณ์ สภาพปัญหา และการดำเนินงานที่เหมือนกัน คล้ายกัน และแตกต่างกัน ได้สะท้อนให้เห็นจุดอ่อนของความไม่ชัดเจนของนโยบายรัฐในการจัดการด้านแรงงานและสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ความสำคัญของระบบฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ตลอดจนช่องว่างและปัญหาในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวแรงงาน และคนไทยโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้ รายงานยังชี้ให้เห็นว่า ในขณะที่สถานการณ์ของแรงงานข้ามชาติมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และดูเหมือนว่านโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติของรัฐบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ดูเหมือนหยุดนิ่งนั้น กลับมีการเคลื่อนไหวอย่างก้าวหน้าของกลไกในทุกระดับของส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติอยู่ตลอดเวลา ทั้งระดับกระทรวง กรม จังหวัด องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในระดับประเทศ และในพื้นที่ที่มีภาคประชาสังคมพยายามผลักดันนโยบายภาครัฐให้มีการปรับเปลี่ยนให้ทันต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อแรงงานข้ามชาติ และคนไทย มากที่สุด พลังขับเคลื่อนเหล่านี้นับเป็นพลังสำคัญที่จะช่วยให้เกิดนโยบายที่เอื้อประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชากรข้ามชาติ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นกลไกเล็กๆ อันหนึ่งที่มีส่วนร่วม และมีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนผลักดัน ให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่มากก็น้อย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่ยังประโยชน์แก่คนทุกๆ คน และแก่ ผู้ปฏิบัติงานทุกๆ ฝ่ายในการทำงานเพื่อประชากรทุกกลุ่ม โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติใดๆ

รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

ถ้อยแถลง

ผู้แทนเครือข่าย 'ฟ้ามิตร' - ภาคีโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (PHAMIT - Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand)

รายงานการศึกษาเรื่อง "รัฐไทยกับการเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ" เป็นผลผลิตที่ต่อเนื่องจากรายงานการศึกษา เรื่องคำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทย ในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ในปี พ.ศ. 2548 และเป็นส่วนประกอบหลักหนึ่งของการประเมินผลกลางโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์แรงงานข้ามชาติประเทศไทย หรือที่รู้จักกันในชื่อ "โครงการฟ้ามิตร" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติของรัฐไทยในการจัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (ที่เน้นด้านเอชไอวี เอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์) ในประชากรข้ามชาติจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว ที่มาอาศัย และทำงานอยู่ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2547–2549

มูลนิธิรักษ์ไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการบริหารโครงการฟ้ามิตร ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์วัณโรคและมาลาเรีย เห็นว่าตลอดสามปี แม้ว่าผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ ทางด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ มีผลงานเป็นที่ประจักษ์ชัดของทั้งฝ่ายบุคคลที่ให้บริการด้านสุขภาพ และประชากรข้ามชาติที่เข้ารับบริการ ดังเช่น การรายงานจำนวนแรงงานข้ามชาติกว่า 286,051 คน ที่ได้รับความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ ด้วยภาษาถิ่น และ 399 คน ได้รับบริการส่งต่อเพื่อการรักษาเอชไอวี (รายงานโครงการฟ้ามิตร ณ เดือนกันยายน 2549) อย่างไรก็ตามในส่วนของการปฏิบัติงานด้านนโยบาย ยังไม่เคยมีการบันทึกรวบรวมข้อมูลที่ปรากฏอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ประสานสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ในแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้น

จากการศึกษารวบรวมข้อมูล ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา และกลุ่มประชากรข้ามชาติ ได้มีข้อมูลปรากฏเป็นที่ประจักษ์ว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลากหลายมิติ ของการจัดการด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนนโยบาย และการปฏิบัติในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ทั้งนี้จากข้อมูลบางส่วนในรายงานทำให้ตระหนักว่า แม้ว่าจะมีความพยายามในการขับเคลื่อนให้เกิดโยบายด้านเอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมประชากรไทย และประชากรข้ามชาติได้อย่างเสมอภาค แต่ก็มิได้หมายความว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตอบสนองได้อย่างสมบูรณ์ ตัวอย่างเช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพประชากรข้ามชาติ ที่เป็นแนวทางการปฏิบัติงานกับประชากรกลุ่มนี้ ที่ยังคงต้องรอการพิจารณา หรือแผนเอดส์ชาติที่จนถึงปัจจุบันก็ยังรอการคลอดออกมา

มูลนิธิรักษ์ไทย เห็นว่าข้อมูลและข้อเสนอแนะที่รวบรวมอยู่ในรายงานการศึกษาฉบับนี้ จะได้นำไปปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงนโยบายและพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงการบริการด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน มีแนวโน้มการตอบรับ และเอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน การอยู่ร่วมกันของประชากรข้ามชาติและประชากรไทยอย่างเท่าเทียมกันในสังคม

สุดท้ายนี้กระผม ในนามขององค์กรปฏิบัติงานโครงการฟ้ามิตร ต้องขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะนักวิจัย ที่ทำงานอย่างหนักเพื่อให้รายงานการศึกษานี้เสร็จสมบูรณ์ ตลอดจนทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการฟ้ามิตร รวมถึงหน่วยงาน เครือข่าย คนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ มา ณ โอกาสนี้ด้วย

พร้อมบุญ พานิชภักดิ์
เลขาธิการมูลนิธิรักษ์ไทย
20 มีนาคม 2549

คำจากใจคณะนักวิจัย

คณะนักวิจัยชุดนี้ มีทั้งนักวิจัยหน้าเก่าที่คลุกคลีกับประเด็นแรงงานข้ามชาติมานานกว่า 10 ปี และมีนักวิจัยหน้าใหม่ที่เพิ่งมาจับงานสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติเป็นครั้งแรกของชีวิต งานวิจัยที่ต้องประกอบไปด้วยการทำงานร่วมกันหลายชีวิตนี้ ก็เพราะว่าเรากำหนดให้มีกรณีศึกษาใน 6 พื้นที่ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้น

เราเลือกจังหวัด**ตาก**จากพื้นที่ในภาคเหนือ และจังหวัด**กาญจนบุรี**จากภาคตะวันตก เพราะทั้งสองจังหวัดชายแดนมีการใช้แรงงานจากประเทศพม่ามานานมากกว่า 30 ปี มาทางภาคตะวันออก เราเลือกจังหวัดชายแดนคือ **ตราด** และจังหวัดอุตสาหกรรมหนักอย่าง**ระยอง** เพื่อเสนอภาพการใช้แรงงานจากประเทศกัมพูชา ในทางภาคใต้ เราเลือกสองจังหวัดท่องเที่ยวติดกันที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นคือ **พังงาและภูเก็ต** ทั้งสองจังหวัดเป็นพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในประเทศและนานาชาติทำงานอยู่จำนวนมาก เหตุหนึ่งเป็นเพราะองค์กรเหล่านั้นลงไปทำงานเพื่อช่วยผู้ประสบภัยสึนามิ และพบว่าแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มผู้ประสบภัยที่ไร้การดูแล จึงหันหัวเรือขององค์กรมาทำงานช่วยเหลือประชากรชายขอบกลุ่มนี้

ส่วนภาคกลางเราตั้งใจเลือก**สมุทรปราการ**เพื่อเปรียบเทียบกับ**สมุทรสาคร** ที่เป็นเมืองชั้นในที่ได้ชื่อว่า มีแรงงานข้ามชาติมากเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร และทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เราเลือกจังหวัดชายแดนอย่าง**อุบลราชธานี** ที่แม้มีจำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานเพียงพันคนเศษ แต่ก็มีจำนวนประชากรข้ามชาติจาก 3 ประเทศ ลาว พม่า และกัมพูชาที่มาขึ้นทะเบียนราษฎร์ 38/1 และรับเลขประจำตัว 13 หลักที่ขึ้นต้น 00 มากที่สุดในภาคนี้ และแน่นอนว่าเกือบ 90 ใน 100 เป็นประชากรข้ามชาติที่มาจากลาว สถานการณ์ที่จังหวัดอุลราชธานีจึงแตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆทั้งหมด และมีมิติที่น่าสนใจหลายประการ

เมื่องานสำเร็จลง ก็ถึงเวลาที่ต้องขอบคุณ คำขอบคุณจากใจแรกสุดของพวกเรา จึงมิอาจละเลยมิกล่าวถึงการต้อนรับที่อบอุ่นจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน ทั้ง 6 พื้นที่ และการได้พูดคุย สังเกตการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชน และเข้าถึงแรงงานข้ามชาติตัวจริง เสียงจริง ในสถานการณ์จริง ช่วยทำให้เราเข้าถึงสถานการณ์ล่าสุดในด้านสุขภาวะของแรงงานเอง การสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญ คือการเข้าถึงข้อมูลในส่วนกลางและในพื้นที่ จากผู้ปฏิบัติหลากหลายฝ่าย ทำให้ข้อค้นพบของรายงานในแต่ละบทอุดมไปด้วยตารางมากกว่า 20 ตาราง คำขอบคุณจากใจที่สองของพวกเราจึงขอส่งตรงไปยังผู้อำนวยความสะดวกทุกคน ที่ทำให้คณะนักวิจัยเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการความร่วมมืออันน่าประทับใจจากเพื่อนๆในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นเรื่องที่พวกเราต้องจดจำไว้แน่นอน

คำขอบคุณจากใจสุดท้าย คือ คำขอบคุณต่อทุกๆ ความร่วมมือ และพลังสนับสนุนจากบุคคลหลากหลายในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะนักวิจัยต้องขอบคุณมูลนิธิรักษ์ไทย ผู้ประสานงานการสนับสนุนทุนวิจัยนี้ที่เคารพการทำงานของคณะนักวิจัยและสนับสนุนในทุกวิถีทางที่ทำได้ สำหรับรายงานที่เป็นรูปเล่มสวยงาม เสร็จทันแจกในวันประชุม เป็นความร่วมมือสุดจิตสุดใจจาก ชุติมา พึ่งสำราญ ผู้จัดรูปเล่ม ที่อดทนใจเย็นรอต้นฉบับและร่วมมือเร่งงานโดยเกือบไม่ได้พักผ่อน ทำให้กระบวนการจัดพิมพ์รายงานสำเร็จลงได้รวดเร็วในเวลาเหลือเชื่อ

รายงานฉบับนี้แม้อาจไม่สมบูรณ์ในเชิงวิชาการ หรือขาดความลุ่มลึกในทางทฤษฎี เพราะอุดมไปด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่เราก็หวังว่ามันจะเป็นหนึ่งในเสาหมุดประวัติศาสตร์ของการทำงานวิชาการเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ ที่อาจเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้สนใจ เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน เป็นประโยชน์ต่อประชากรข้ามชาติ และที่สุดคือยังประโยชน์ต่อสังคมไทย ท่านผู้อ่านล่ะ คิดอย่างไร เราตั้งใจรอฟังความเห็นของผู้อ่านทุกคนอย่างตั้งใจ

คณะนักวิจัย

15 มีนาคม 2550

สารบัญ

รายนามคณะนักวิจัย		(ค)
คำนำ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล		(ง)
ถ้อยแถลงผู้แทนเครือข่าย 'ฟ้ามิตร'		(จ)
คำจากใจคณะนักวิจัย		(ฉ)
สารบัญเรื่อง		(ช)
บทคัดย่อ		(ญ)
บทที่ 1 :	ความเป็นมา แนวคิดและวิธีการศึกษา	1
1.1	เกริ่นนำ	3
1.2	แนวคิดที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ย้ายถิ่นข้ามชาติ	5
1.3	สรุปข้อค้นพบในรายงานฉบับแรก	8
1.4	วัตถุประสงค์ของการศึกษา	10
1.5	วิธีวิทยา	11
	เอกสารอ้างอิง	13
บทที่ 2 :	ข้อค้นพบภาพรวมทั้งประเทศ	15
2.1	การจัดระบบทะเบียนประชากรที่หลบหนีเข้าเมืองมาทำงานจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้าน	17
2.2	สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติกับโรคในระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย	25
2.3	นโยบายรัฐกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ	29
2.4	นโยบายรัฐกับสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ	36
2.5	มาตรการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว	39
2.6	การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	41
2.7	บทบาทของภาคประชาสังคมในการปกป้องสิทธิทางสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ	44
2.8	ความก้าวหน้าของนโยบายและความหยุดนิ่งของภาคปฏิบัติ	47
2.9	ข้อท้าทายต่องานสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ	48
	เอกสารอ้างอิง	52
บทที่ 3 :	กรณีศึกษา จังหวัดตาก	53
3.1	เกริ่นนำ	55
3.2	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	56
3.3	บริบทเชิงพื้นที่ของจังหวัดตาก	57
3.4	การดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และลักลอบทำงาน	60
3.5	สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและการจ้างแรงงานข้ามชาติ	62
3.6	สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตาก	70
3.7	สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ	74
3.8	เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	79
3.9	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	84
3.10	สรุปการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	88
3.11	ข้อเสนอแนะ	90
	เอกสารอ้างอิง	92
บทที่ 4 :	กรณีศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี	95
4.1	เกริ่นนำ	97
4.2	วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	98
4.3	บริบทพื้นฐานของพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี	99
4.4	การจ้างแรงงานข้ามชาติกับเศรษฐกิจในจังหวัดกาญจนบุรี	104
4.5	สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดกาญจนบุรี	109

4.6 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 115
4.7 นโยบายรัฐกับสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 120
4.8 การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติของจังหวัดกาญจนบุรี 123
4.9 บทบาทของภาคประชาสังคม 126
4.10 สรุป 127
เอกสารอ้างอิง 129
บทที่ 5 : กรณีศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี 131
5.1 เกริ่นนำ 133
5.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา 135
5.3 บริบทของจังหวัดอุบลราชธานี 135
5.4 นโยบายการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติ 148
5.5 การให้บริการอนามัยแม่และเด็กในแรงงานต่างชาติ 156
5.6 การให้บริการรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานต่างชาติ 157
5.7 สรุปข้อค้นพบ 164
5.8 ข้อเสนอแนะ 166
เอกสารอ้างอิง 168
บทที่ 6 : กรณีศึกษา จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ 171
6.1 เกริ่นนำ 173
6.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา 174
6.3 บริบทพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการกับการใช้แรงงานข้ามชาติ 174
6.4 สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ 190
6.5 บทบาทขององค์กรประชาสังคมในการปกป้องสิทธิทางสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ 210
6.6 สรุปข้อค้นพบ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 211
เอกสารอ้างอิง 215
บทที่ 7 : กรณีศึกษา จังหวัดพังงาและภูเก็ต 217
7.1 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและการจ้างแรงงานข้ามชาติ 219
7.2 สถานการณ์ทางสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ 228
7.3 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติ 237
7.4 อนามัยแม่และเด็กในแรงงานข้ามชาติ 240
7.5 องค์กรประชาสังคมกับงานสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ 243
7.6 สรุปและข้อเสนอแนะ 247
เอกสารอ้างอิง 249
บทที่ 8 : กรณีศึกษา จังหวัดระยองและตราด 251
8.1 บริบททางสังคมและเศรษฐกิจของภาคตะวันออกกับความต้องการแรงงานข้ามชาติ 253
8.2 สถานการณ์การจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและตราด 258
8.3 สถานการณ์ทางสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ 263
8.4 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติ 272
8.5 อนามัยแม่และเด็กในแรงงานข้ามชาติ 275
8.6 บทบาทขององค์กรประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ 278
8.7 ข้อเสนอแนะ 282
เอกสารอ้างอิง 284
ภาคผนวก ก. 287
ภาคผนวก ข. 293

บทคัดย่อ
รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

การศึกษานี้ เป็นงานวิจัยต่อเนื่องจากการศึกษาระยะแรกที่ประเมินนโยบายของรัฐไทยในการจัดการปัญหาสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงมากขึ้น นั่นคือ เพื่อวิเคราะห์นโยบายด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของรัฐไทย ว่ามีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง ในช่วงปี 2547–2549 รวมถึงผลที่ติดตามมา ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ที่ถูกเลือกมาศึกษาจำนวน 6 พื้นที่ และมีข้อค้นพบสำคัญที่มาพร้อมกับข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติหลายมิติไปในทิศทางบวก เราได้เห็นทิศทางเชิงนโยบายชัดเจนหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความพยายามร่างยุทธศาสตร์สาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติ แผนเอดส์ชาติที่มีแผนแม่บทให้ความสำคัญต่อประชากรเคลื่อนย้าย ขณะที่ในด้านสถานะสิทธิบุคคล คณะรัฐมนตรีได้ประกาศ 'ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล' ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2548 ภาคปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัดก็แสดงถึงความคืบหน้า ผ่านโครงการความร่วมมือการทำงานเชิงรุกในหลายจังหวัด

(2) มีความเปลี่ยนแปลงชัดเจนในหลายพื้นที่ที่มีโครงการทำงานเชิงรุกในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การมีคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปยังชุมชนแรงงานข้ามชาติ การเชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคราชการที่เกี่ยวข้อง การจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) แต่ท่ามกลางความก้าวหน้าทางนโยบายและภาคปฏิบัติบางส่วน แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงต้องประสบกับปัญหาเดิม ๆ ที่หากบัตรสุขภาพถูกยึดไว้โดยนายจ้าง ก็ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ทัศนคติของผู้ให้บริการยังมองกลุ่มแรงงานข้ามชาติว่า คือ ภาระทับถมเพิ่มเติมเข้ามาจากงานเดิม หรือมองว่าเป็นกลุ่มที่เป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ

(3) การจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติที่ยึดแนวคิดในการคุมยอดเดิมไว้ (จากยอดรวมของปีที่เปิดจดทะเบียนครั้งแรก) ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง การปรับสถานะรับรองสัญชาติโดยรัฐบาลของประเทศต้นทาง คือ ลาวและกัมพูชา ก็คืบหน้าไปค่อนข้างช้า ในกลุ่มที่ปรับสถานะเป็นแรงงานเข้าเมืองถูกกฎหมายไปแล้วนั้น ตามกฎหมายแรงงานจะต้องเข้าระบบประกันสังคม แต่กระทรวงแรงงานยังไม่มีมาตรการรองรับแรงงานกลุ่มนี้ ขณะที่ทั้งนายจ้างและลูกจ้างต่างไม่ต้องการเข้าระบบประกันสังคม และทางสำนักงานประกันสังคมเองก็ไม่ต้องการรับประกันประชากรกลุ่มนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ควรจะคงการบังคับให้แรงงานซื้อบัตรประกันสุขภาพไว้ และใช้ชุดสิทธิประโยชน์เทียบเคียงกับบัตรทองเช่นเดิม

(4) สำหรับระบบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ มีข้อเสนอว่า ควรกำหนดมาตรการในด้านการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติระยะยาวอย่างสอดคล้องกับลักษณะของกิจการจ้างงานที่ใช้แรงงานในรูปแบบและระยะเวลาที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับทั้งแรงงานและผู้ประกอบการในการจดทะเบียนโดยคำนึงถึงทุกมิติของการดำรงชีวิตของแรงงานข้ามชาติ เช่น การขยายหรือกำหนดระยะเวลาของการจดทะเบียนให้สอดคล้องกับลักษณะงาน ทั้งภาคเกษตรและประมง รวมถึงการมีสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร และการเปลี่ยนนายจ้างที่มีขั้นตอนน้อยลง เพื่อดึงให้แรงงานที่จดทะเบียนอยู่ในระบบ

(5) ระบบรายงานและฐานข้อมูลที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติของภาครัฐไม่เท่าทันและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ฐานข้อมูลทั้งหมดเป็นระบบรายงานจากจังหวัดเข้าสู่ส่วนกลาง ไม่มีระบบการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วน และความถูกต้องของรายงานเหล่านั้น ทั้งยังไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน ขณะที่หน่วยงานระดับปฏิบัติในจังหวัด ไม่ได้ให้ความสำคัญกับฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติ มีข้อคิดว่า คนที่เก็บข้อมูลไม่ได้ใช้ข้อมูล ดังนั้น หากสามารถสร้างระบบให้ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ ประสิทธิภาพการเก็บข้อมูลที่มีอยู่อาจดีขึ้น

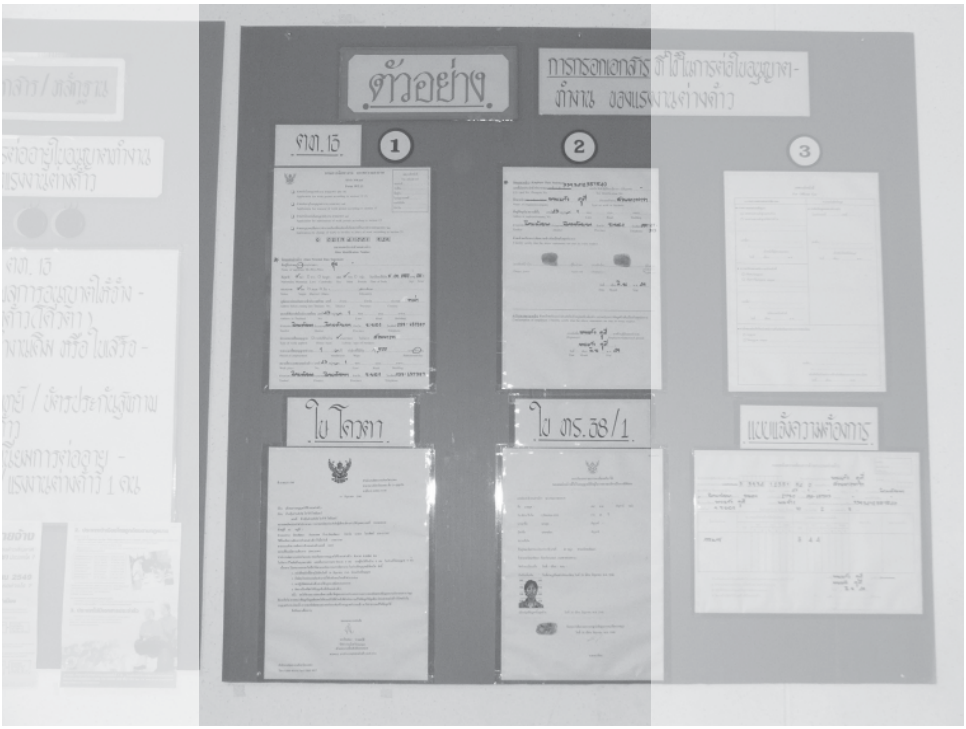
(6) ในด้านนโยบายสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ ควรมีการกำหนดนโยบายและระเบียบการใช้งบประมาณที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง ดังนี้

- การบริหารงบการเงินที่เกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (งบ p-p) เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทำงานแนวป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากขึ้น ควรมีระเบียบการใช้เงิน p-p ที่ชัดเจนและคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยควรกำหนดให้ชัดเจนว่างบนี้สามารถนำไปใช้ในลักษณะอย่างไรได้บ้าง และควรให้ CUP (สถานบริการรักษาพยาบาลขั้นต้นที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เป็นฝ่ายรับผิดชอบ
- ควรมีมาตรการในการจัดสรรเงินจากการรับประกันสุขภาพ ทั้งในกรณีที่โรงพยาบาลชายแดนหรือสถานพยาบาลบางแห่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบัตรและต้องรักษาฟรีอาจตั้งเป็นกองทุนเพื่อดูแลแรงงานกลุ่มนี้หรือกลุ่มที่เป็นโรคติดต่อที่ต้องรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งแนวทางของการนำเงินเหล่านี้ไปใช้ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย กองทุนนี้อาจเริ่มต้นจากการกันเงินค่าประกันสุขภาพในส่วนการบริหารจัดการหัวละ 120 บาท มาดำเนินการ
- ควรสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการประกันสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อดึงดูดให้แรงงานซื้อบัตรประกันฯ และใช้บริการ เช่น สิทธิประโยชน์ในการรับบริการขึ้นอยู่กับราคาบัตรประกันสุขภาพ การขายบัตรประกันสุขภาพในราคาเหมาจ่ายโดยครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว การใช้สิทธิข้ามเขตรับบริการจากสถานพยาบาลในเครือ เป็นต้น รวมถึงการสร้างทางเลือกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติ เช่น เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
- การจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขอย่างเชื่อมโยงระหว่างแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีแรงงานข้ามชาติไปรับบริการจำนวนมาก ทั้งที่เป็นของโรงพยาบาลเองและเป็นหน่วยให้บริการขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงของ (1) ศูนย์บริการแรงงานข้ามชาติในชุมชน (2) คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน (3) คลินิกกามโรค (4) คลินิกวัณโรค และ (5) คลินิกแม่และเด็ก และห้องคลอด ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการบริการ โดยเฉพาะพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อการให้ข้อมูลความรู้ ข้อแนะนำคำปรึกษาแก่ตัวแรงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบบริการด้านสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติน่าที่จะต้องพัฒนาเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและปลายทางทั้งในระดับรัฐต่อรัฐ หน่วยงานต่อหน่วยงาน เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาของแรงงานที่เดินทางข้ามไปมา
- พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลงานสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ เช่น การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยเจริญพันธุ์ด้านอื่น ๆ เป็นต้น
- ในประเด็นรูปธรรมเกี่ยวเนื่องอื่น ๆ มีข้อเสนอแนะว่า การให้ยาต้านไวรัส AZT กับหญิงต่างชาติตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ คือ งานป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกนั้น ให้ถือว่าเป็นงานส่งเสริมสุขภาพ จึงควรนำงบ p-p 206 บาทมาใช้ได้กับประชากรข้ามชาติทุกคน ทั้งมีบัตรและไม่มีบัตร เพราะตามหลักการควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพต้องทำครบถ้วน 100% คือ ต้องให้บริการนี้กับแม่ทุกคนที่ตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะมีสถานะบุคคลทางกฎหมายอย่างไรควรสร้างระบบการให้คำปรึกษาสำหรับแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อ กระตุ้นให้ทั้งเจ้าหน้าที่และตัวแรงงานข้ามชาติเห็นความสำคัญของการออกหนังสือรับรองการเกิดและการจดทะเบียนเกิด โดยเฉพาะกรณีที่ทารกคลอดที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในอนาคต พัฒนาทักษะด้านภาษาสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ และร่วมมือและผลักดันให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีบทบาทสนับสนุนการทำงานร่วมกับภาครัฐ โดยเฉพาะการเข้าถึงตัวแรงงานข้ามชาติในชุมชน และประสานงานและความร่วมมือในการทำงานระหว่างองค์กรในพื้นที่ ที่มีวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ทั้งระหว่างสำนักจัดหางานจังหวัดและสถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ และระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่น และองค์กรชุมชน

1

ความเป็นมา แนวคิด และวิธีการศึกษา

■ กฤตยา อาชวนิจกุล, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, กุลภา วจนสาระ, มาลี สันภูวรรณ์, เบญจมาศ รอดภัย, เสาวภาค สุขสินชัย, สุชาดา ทวีสิทธิ์, และ หทัยรัตน์ เสียงดัง



■ รายงานฉบับนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาระยะแรกที่ประเมินนโยบายของรัฐไทยในการจัดการปัญหาสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ เพื่อค้นหาบริบทที่สนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพของระบบการจัดการปัญหาสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความไวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และตั้งอยู่บนพื้นฐานการเคารพสิทธิของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างชาติก็ตาม สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงมากขึ้น คือ เพื่อจะเข้าถึงนโยบายด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของรัฐไทย ว่ามีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง ในช่วงปี 2547- 2549 โดยการวิเคราะห์ตัวนโยบาย มาตรการ และการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ และผลที่ติดตามมา ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ที่ถูกเลือกมาศึกษาจำนวน 6 พื้นที่ ■

1 ความเป็นมา แนวคิด และวิธีการศึกษา

■ กฤตยา อาชวนิจกุล, กาญจนา ตั้งชลทิพย์,
กุลภา วจนสาระ, มาลี สันภูวรรณ์, เบญจมาศ รอดภัย,
เสาวภาค สุขสินชัย, สุชาดา ทวีสิทธิ์, และ หทัยรัตน์ เสียงดัง

1.1 เกริ่นนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแรงงานลักลอบเข้าเมืองมากกว่าหนึ่งล้านคน รัฐบาลได้ผ่อนผันให้แรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว และกัมพูชา มาจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานได้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และทำการจดทะเบียนผ่อนผันเช่นนี้จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) เราอาจแบ่งระบบการจัดการแรงงานข้ามชาติของรัฐบาลออกเป็น 2 ช่วงคือ ก่อนปี 2547 เป็นการจัดระบบคนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย หรือคือมาตรการในการแก้ไขปัญหาคนหลบหนีเข้าเมือง (กฤตยา 2546) แต่หลังปี 2547 รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายและมาตรการหลายรูปแบบที่จะปรับสถานะของแรงงานกลุ่มนี้ จากการเป็นบุคคลที่มีสถานะเข้าเมืองผิดกฎหมายมาสู่สถานะผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย และกลายเป็นแรงงานที่มีสัญญาจ้างตามกฎหมายการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 นโยบายที่ปรับเปลี่ยนไปนี้จะอภิปรายอย่างละเอียดในบทที่สอง

หนึ่งในผลกระทบสำคัญของแรงงานข้ามชาติจำนวนเรือนล้านคนที่มีต่อสังคมไทยคือ เรื่องการสาธารณสุขในประชากรกลุ่มนี้ หากตีความอย่างกว้างก็หมายถึงสถานะทางสุขภาวะทุกด้านของตัวแรงงานและผู้ติดตาม ซึ่งมิได้เกี่ยวพันเฉพาะเรื่องการควบคุมโรคหรือการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่อาจแพร่ไปมาระหว่างแรงงานข้ามชาติและคนไทยเท่านั้น เพราะสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยนั้น นอกจากขึ้นอยู่กับพฤติกรรมทางสุขภาพ ระบบความคิดความเชื่อ วัฒนธรรม และแบบแผนการใช้ชีวิตของตัวแรงงานเอง ที่มักแตกต่างกับคนท้องถิ่นในประเทศปลายทางแล้ว ยังขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐที่จะจัดระบบบริการสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้อย่างไร เป็นที่ทราบกันดีว่า 'ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ' โดยเฉพาะกลุ่มที่เดินทางมายังประเทศปลายทางโดยวิธีที่ไม่ปกติ นับเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการถูกละเมิดสิทธิ ดังปรากฏว่ามีรายงานหลายฉบับในการประชุมเอดส์โลกครั้งที่ 15 ซึ่งจัดขึ้นในประเทศไทยเมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ที่ผ่านมา ได้กล่าวถึงปัญหานานาประการที่มีผลต่อสุขภาวะและการละเมิดสิทธิของแรงงานต่างชาติ (กฤตยา และภัสสร 2547)

กรอบแนวคิดที่มักถูกใช้อ้างอิงในหลักสากลต่อการจัดการปัญหาสาธารณสุขในกลุ่ม 'ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ' คือ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะภายใต้ระบบสุขภาพที่รัฐพึงมีหลักประกันให้กับปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนในชาติ หรือคนต่างชาติ ทั้งในฐานะบุคคลทั่วไป ฐานะคนงานที่รัฐพึงมีหลักกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และในฐานะผู้ป่วยที่พึงมีสิทธิขั้นพื้นฐาน 2 ประการคือ สิทธิทางเลือกต่างๆในการรับบริการ และการได้รับข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และสิทธิในความเป็นส่วนตัว ที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่สามารถละเมิดได้ แนวคิดทั้งหมดนี้ได้รับการบรรจุไว้แล้วในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เพิ่งผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อต้นปี 2550

รายงานฉบับนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาระยะแรกที่ประเมินนโยบายของรัฐไทยในการจัดการปัญหาสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ เพื่อค้นหาบริบทที่สนับสนุนการสร้างเสริมศักยภาพของระบบการจัดการสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความไวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างชาติก็ตาม สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเฉพาะเจาะจงมากขึ้น นั่นคือ เพื่อจะเข้าถึงนโยบายด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของรัฐไทย ว่ามีการปรับเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง ในช่วงปี 2547–2549 โดยการวิเคราะห์ตัวนโยบาย มาตรการ และปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผลที่ติดตามมา ทั้งในระดับนโยบายส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ที่ถูกเลือกมาศึกษาจำนวน 6 พื้นที่

องค์กรที่สนับสนุนงานวิจัยนี้ คือ สำนักงานกองทุนระดับโลก (Global Fund) เพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ มาเลเรีย และวัณโรค ซึ่งจัดสรรเงินทุนให้รัฐบาลในประเทศต่างๆ และจัดสรรเงินทุนส่วนหนึ่งให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจากการเผชิญหน้ากับปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการเลือกปฏิบัติ จนทำให้มีปัญหาทางสุขภาวะและอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูง สำหรับประเทศไทย เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานข้ามชาติที่เรียกว่า 'ฟ้ามิตร' (PHAMIT – Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand)[1] ได้รับทุนสนับสนุนสำหรับดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อลดความเสี่ยงของประชากรกลุ่มนี้ โดยเน้นการทำงานเพื่อรณรงค์และแทรกแซง (interventions) ให้แรงงานมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ปลอดจากความเสี่ยงต่างๆ[2] ด้วยการทำงานเชิงรุกกับกลุ่มแรงงานที่ทำงานในธุรกิจที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติเข้มข้น ได้แก่ อุตสาหกรรมประมงและประมงต่อเนื่อง ธุรกิจการเกษตร และคนรับใช้ในบ้าน รวมทั้งกลุ่มหญิงบริการที่ให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติ ใน 7 จังหวัดนำร่อง คือ ระยอง ชลบุรี ระนอง ปัตตานี สมุทรสาคร ตาก และเชียงใหม่ มีระยะเวลาการดำเนินงาน 2 ปี (ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ 2548: 67–71)

ในบทนี้จะเริ่มด้วยการเสนอกลุ่มแนวคิดหลักๆ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ของการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ จากนั้นจะสรุปข้อค้นพบของการศึกษาในระยะแรก ติดตามมาด้วยวัตถุประสงค์และวิธีวิทยาตามลำดับ

---

[1] ภาคี 'ฟ้ามิตร' มีมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ดำเนินโครงการร่วมกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนรักษ์ ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ และหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่างๆ ในระดับจังหวัด

[2] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับเชิญให้เข้าร่วมประเมินนโยบายของรัฐไทยในการจัดการปัญหาสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติทั้งระยะที่หนึ่งและสอง

1.2 แนวคิดที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ย้ายถิ่นข้ามชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามชาติมีอยู่หลายมุมมอง และมีแนวพินิจทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ในรายงานนี้ตั้งใจที่จะไม่อธิบายรายละเอียดของแนวคิด/ทฤษฎีการย้ายถิ่นระหว่างประเทศแต่ละทฤษฎี แต่จะอภิปรายสรุปถึงกลุ่มแนวคิดต่างๆ ที่มักถูกอ้างอิงใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ย้ายถิ่นข้ามชาติ ที่สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มแนวคิดหลักๆ ดังนี้

1.2.1 กลุ่มแนวคิดที่เน้นความสำคัญของฐานคิดในการสร้างนโยบายการย้ายถิ่นข้ามชาติ[3]

ภายใต้กรอบของมโนทัศน์เรื่อง 'รัฐ-ชาติสมัยใหม่' (Modern nation-state) ที่พบว่าในปัจจุบันทั่วโลกมีรัฐ-ชาติสมัยใหม่อยู่ทั้งหมด 185 ประเทศ ประกอบกันขึ้นเป็นชุมชนนานาชาติ แต่ 'รัฐ-ชาติ' เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงไม่กี่ร้อยปีที่ผ่านมา นั่นคือเกิดขึ้นประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 19 นี้เอง ในอดีตก่อนการก่อตัวขึ้นเป็น 'รัฐ-ชาติ' นั้น มนุษย์แต่ละสังคมเดินทางไปมาหาสู่ข้ามบ้านข้ามเมืองกันได้ค่อนข้างเสรี เมื่อมีการกำหนดอาณาเขตดินแดนในแต่ละ 'รัฐชาติ' ขึ้น จึงมีคำกล่าวว่า 'คนต้องข้ามชาติ เพราะชาติมาข้ามคนก่อน' นั่นคือพื้นที่ภูมิศาสตร์กายภาพถูกกำหนดและกำกับโดยภูมิศาสตร์การเมืองแบบเอกภาพ (geo-political entity) พื้นที่ทางภูมิศาสตร์จึงกลายเป็นพื้นที่ทางการเมืองที่มีรัฐบาลของแต่ละประเทศทำหน้าที่ดูแลเขตแดนแผ่นดินและประชากรในเขตการปกครองเฉพาะของตัวอย่างชัดเจน

องค์ประกอบหลักที่ขาดไม่ได้ของรัฐ-ชาติสมัยใหม่ คือ รัฐบาล ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดเขตแดน ปกป้องอำนาจอธิปไตยแห่งดินแดน ตลอดจนกำหนดมาตรการและแนวนโยบายแห่งรัฐในทุกด้าน และเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความเป็นเอกภาพทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของพลเมืองที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ภายในอาณาเขตแห่งรัฐ-ชาติ และสร้างหรือประดิษฐ์สิ่งที่เรียกว่าเอกลักษณ์หรือวัฒนธรรมประจำชาติขึ้นมา โดยพยายามเน้นการสร้างความเป็นหนึ่งเดียวของคนในชาติ ด้วยการปฏิเสธและขจัดความแตกต่างให้หมดไปจากรัฐ-ชาติหนึ่ง ๆ เครื่องมือและกลยุทธ์สำคัญที่รัฐ-ชาติสมัยใหม่นำมาใช้ในการสร้างความเหมือนและพยายามผสมกลมกลืนความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม ตลอดจนค่านิยม คือการใช้ระบบการศึกษาภาคบังคับและแบบเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เหมือนกันหมดทั้งประเทศ โดยเฉพาะแบบเรียนเกี่ยวกับประวัติศาสตร์ชาติ ผ่านภาษาที่ใช้สอนกันในโรงเรียนทั่วประเทศคือภาษาที่รัฐบาลรับรอง และส่งเสริมให้ใช้เป็นภาษากลางหรือภาษาราชการ

รัฐ-ชาติ เกี่ยวพันกับการย้ายถิ่นข้ามชาติ ด้วยเหตุที่รัฐบาลมีสิทธิในการกำหนดและรับรองสถานภาพความเป็นพลเมืองให้กับประชากรที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในอาณาเขตของรัฐ-ชาติหนึ่ง ๆ และจะรับรองสถานภาพความเป็นพลเมืองแก่บุคคลที่เป็นประชากรถาวรเท่านั้น ขณะเดียวกันใครก็ตามที่ไม่ถูกนับว่าคือพลเมืองของรัฐ ก็จะถูกกีดกันออกจากสิทธิและผลประโยชน์ต่างๆ ที่รัฐสงวนไว้ให้เฉพาะพลเมืองของรัฐตน จึงไม่น่าแปลกใจที่การให้สถานะความเป็นพลเมืองแก่บุคคลมิได้เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่ายๆ หากแต่เป็นไปตามเงื่อนไขบางอย่างที่รัฐกำหนดและควบคุมอยู่ การเป็นพลเมืองจึงเป็นทั้งเรื่องที่บุคคลถูกรวมเข้ามา (Inclusion) และถูกกีดกันออกไป (Exclusion) บนฐานของเงื่อนไขความผูกพันบางอย่างที่รัฐเป็นผู้กำหนด เช่น การเกิด การเป็นเครือญาติ และกระบวนการอื่นๆ ที่ดูเสมือนเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด

ฐานคิดเรื่องการเป็นพลเมืองดังกล่าว สามารถนำมาอธิบายเกี่ยวกับประเด็นการยอมรับผู้อพยพข้ามพรมแดนประเทศของรัฐแต่ละรัฐได้ จากปรากฏการณ์การย้ายถิ่นข้ามพรมแดนทั่วโลกได้แสดงให้เห็นว่า รัฐ-ชาติที่เป็นประเทศ

[3] สรุปจากรายงานที่เขียนโดยสุชาดา ทวีสิทธิ์

ปลายทางของผู้อพยพข้ามชาติ มักเลือกที่จะยอมรับผู้อพยพบางประเภทเท่านั้นเข้าประเทศ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะบังเกิดขึ้นกับประเทศตนเป็นที่ตั้งก่อน เช่น ในช่วงที่ประเทศสหรัฐอเมริกาขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ก็ยินดีที่จะให้สถานะความเป็นพลเมืองอเมริกันแก่ผู้อพยพเข้าประเทศที่เป็นแพทย์หรือพยาบาล เป็นต้น

เราอาจแบ่งนโยบายและมาตรการที่ใช้จัดการกับแรงงานข้ามชาติ หรือกับคนที่ย้ายถิ่นข้ามพรมแดนระหว่างประเทศในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ว่ายืนอยู่บนฐานคิด 2 ขั้ว คือ ขั้วแรกมีจุดยืนที่ให้น้ำหนักกับมิติเรื่องสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก โดยรัฐ-ชาติที่มีจุดยืนแบบนี้จะยึดมั่นกับกฎบัตรสากลขององค์การสหประชาชาติ ที่เห็นว่าบุคคลย้ายถิ่นข้ามพรมแดนถึงแม้จะมีสถานะเข้าไปอยู่ในประเทศหนึ่งประเทศใดอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ก็ถือว่าบุคคลเหล่านั้นยังมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงมีพึงได้และไม่พึงควรที่ผู้ใดหรือรัฐบาลของรัฐ-ชาติใดไปกระทำการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานเหล่านั้น

ส่วนฐานคิดอีกขั้วหนึ่งยืนอยู่บนความคิดเรื่องชาตินิยม (nationalism) ด้วยภาวะความคับแคบทางจิตใจของรัฐ-ชาติ ที่กระตุ้นเร้าให้พลเมืองของตนเห็นคนต่างเชื้อชาติเป็นคนอื่น หรือสร้างภาวะความเป็นอื่น (otherness) ให้กับคนต่างชาติพันธุ์ ซึ่งในหลายๆ ครั้ง ความรู้สึกชาตินิยมที่คับแคบอาจถูกปลุกเร้าและผลักให้ก้าวไปไกลถึงขั้นที่ทำให้พลเมืองของรัฐ-ชาติแห่งตนเกิดความรู้สึกเกลียดกลัวภัยจากคนต่างเชื้อชาติ (xenophobia) ด้วยการใช้วาทกรรมว่าด้วยความมั่นคงของชาติที่ทรงพลังในการปลุกเร้าความรู้สึกเสมอมา

ในกรณีของรัฐไทย เรายังไม่สามารถฟันธงได้ว่า นโยบายความมั่นคงแบบชาตินิยมคับแคบนี้เป็นตัวชูโรงในปรากฏการณ์ข้ามพรมแดนที่มีกระแสการย้ายถิ่นของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาหลายล้านคน ที่จริงแล้วฐานคิดในการจัดการแรงงานข้ามชาติของเรา โดยเฉพาะในกลุ่มที่หลบหนีเข้าเมืองมานั้น แกว่งไปมาอยู่ระหว่างสองขั้วความคิดข้างต้นตลอดเวลา ส่งผลให้ทิศทางการกำหนดแนวนโยบายตลอดจนมาตรการปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติทุกด้านทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่มีความไม่แน่นอน ไม่คงเส้นคงวาเท่าที่ควรจะเป็น ที่สำคัญพบว่ามาตรการและการปฏิบัติในหลายกรณีหมิ่นเหม่ต่อการล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของแรงงานข้ามชาติ

ภาคปฏิบัติการของขั้วความคิดด้านสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของแรงงานข้ามชาติ คือการสร้างเครือข่ายในการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม ที่เรียกว่า เครือข่ายการรณรงค์ข้ามชาติ (Transnational advocacy networks) ที่ใช้ความร่วมมือของภาคีต่างๆในการทำงานเพื่อกดดันให้เกิดนโยบาย บนฐานของการสร้างเครือข่ายที่เกิดด้วยความสมัครใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สื่อสารแบบเท่าเทียม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน กระบวนการขับเคลื่อนมักอาศัยองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในท้องถิ่นและองค์กรระหว่างประเทศเป็นหลัก ผสานกับการขับเคลื่อนขององค์กรประชาสังคมท้องถิ่น สื่อมวลชน องค์กรศาสนา องค์กรการค้า องค์กรผู้บริโภค องค์กรภายในของรัฐและภาคการเมือง ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องประกอบด้วยทุกองค์กรที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การร่วมมือกันขององค์กรหลักนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของรัฐ โดยอาศัยข้อมูลข่าวสาร ความคิด และยุทธศาสตร์เพื่อเป็นทางเลือกในการกำหนดนโยบาย (Keck and Sikkink 1999)

1.2.2 กลุ่มแนวคิดข้ามพรมแดนกับคนย้ายถิ่น[4]

เป็นกลุ่มแนวคิดใหม่ที่มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจเรื่องการย้ายถิ่นข้ามชาติและข้ามรัฐมากยิ่งขึ้น มีมุมมองว่า การเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของกลุ่มคนทำให้เกิดปฏิบัติการข้ามพรมแดนที่เป็นเรื่องของการปะทะสังสรรค์ระหว่างระบบคุณค่าใหม่ และระบบคุณค่าที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น เนื่องจากการเคลื่อนย้ายโดยตัวของมันเองมีฐานะเป็นทรัพยากร และคนย้ายถิ่นกลุ่มต่างๆ มีการใช้ทรัพยากรนี้ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้เพื่อการรักษาเครือ

[4] สรุปจากรายงานที่เขียนโดยสุชาดา ทวีสิทธิ์

ข่ายและคุณค่าทางสังคมบางอย่างในประเทศต้นทาง ตลอดจนการขยายเครือข่ายและสร้างระบบคุณค่าใหม่บางอย่างในประเทศปลายทางที่ย้ายไป ภายใต้กรอบคิดภูมิศาสตร์การเมืองและเศรษฐศาสตร์การเมืองของการเคลื่อนย้าย (geo-politic and political economy of the movement)

การข้ามพรมแดนของกลุ่มคนต่างๆ ไม่ได้เป็นเพียงการเดินทางข้ามพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น แต่เป็นปฏิบัติการทางสังคมประเภทหนึ่ง ที่เคลื่อนย้ายคนออกจากระบบคุณค่าทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองหนึ่ง เข้าไปสู่พื้นที่ใหม่ ทั้งยังเป็นการสร้างระบบคุณค่าใหม่ให้เกิดขึ้นในประเทศต้นทางที่จากมาและในประเทศปลายทางที่เดินทางไปถึง การเคลื่อนย้ายของกลุ่มคนที่ต่างชนชั้นและชาติพันธุ์ย่อมก่อให้เกิดระบบคุณค่าในพื้นที่ทั้งสองแห่งแตกต่างกันออกไป กลุ่มผู้ข้ามพรมแดนแต่ละประเภท เช่น แรงงานอพยพ ผู้ลี้ภัย นักท่องเที่ยว และผู้ค้าขาย มีการสร้างความหมายทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ต้นทางและปลายทางที่ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ความแตกต่างด้านชนชั้นทางเศรษฐกิจและชาติพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ ยังมีผลต่อความยืดหยุ่นและความเข้มงวดของมาตรการเกี่ยวกับการข้ามพรมแดนที่รัฐนำมาใช้แตกต่างกันไปด้วย ตลอดจนมีผลต่อการจัดวางพื้นที่ทางเศรษฐกิจและการเมือง จากฐานคิดที่มีการแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ข้ามพรมแดนแต่ละประเภท

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประวัติศาสตร์ทุกระดับ ทั้งประวัติศาสตร์โลก ประวัติศาสตร์ภูมิภาค ประวัติศาสตร์ชาติ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศเพื่อนบ้าน ท้องถิ่น และกระแสการอพยพข้ามพรมแดนรัฐชาติในช่วงต่างๆ ของประวัติศาสตร์ ได้แสดงให้เห็นว่า มาตรการและนโยบายเกี่ยวกับการย้ายถิ่น พรมแดน ชายแดน ความเป็นพลเมืองมีการเปลี่ยนแปลงไปมา ทั้งที่เป็นไปในทิศทางที่เข้มงวดขึ้น หรือมีความยืดหยุ่นกว่าเดิม นอกจากนี้ *ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการสถาปนาความหมายใหม่ของพรมแดน ในแง่ที่เป็นพื้นที่ทางการเมืองและวัฒนธรรมอยู่ตลอดเวลา อันส่งผลให้การสร้างเส้นแบ่งทั้งทางกฎหมายและวัฒนธรรม ระหว่างความเป็นพลเมืองของชาติ (citizens) และการเป็นผู้อพยพ (migrants) มีการผันแปรไปตามบริบทและเงื่อนไขต่างๆ ความเป็นผู้อพยพสามารถแปรเปลี่ยนเป็นพลเมืองที่สามารถอยู่ในรัฐ-ชาติได้มากกว่าหนึ่งรัฐ-ชาติ หรืออาจไม่เป็นพลเมืองของรัฐ-ชาติใดในโลกนี้เลยก็ได้*

ความเป็นพลเมืองจึงมีลักษณะที่ไม่แน่นอนตายตัวอีกต่อไป แต่กลับมีลักษณะที่ยืดหยุ่นและเลื่อนไหลเปลี่ยนแปลงได้ (flexible and fluid citizens) โดยอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของคนย้ายถิ่นข้ามชาติ มักมีลักษณะพันธุ์ทางหรือมีลักษณะเป็นลูกผสม (hybrid) ระหว่างอัตลักษณ์เดิมและอัตลักษณ์ที่รับเข้ามาจากพื้นที่ปลายทาง ความสามารถของการเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่น และผสมผสานดังกล่าวนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขบางอย่าง และแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาทางประวัติศาสตร์ บริบทเฉพาะของผู้ย้ายถิ่น และบริบทของรัฐชาติ

กรอบคิดในการศึกษาเรื่องการย้ายถิ่นข้ามพรมแดน จึงควรนำมโนทัศน์การข้ามพรมแดนที่ให้ความสำคัญกับมิติทางประวัติศาสตร์ และทำให้ผู้ศึกษาเคลื่อนตัวออกห่างจากกรอบคิดเรื่องรัฐ-ชาติ และกรอบการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นพลเมืองแบบเดิมๆ ที่มุ่งคิดแบบแยกขั้วคู่ตรงกันข้ามอยู่เสมอ เช่น การแยกระหว่างคนที่เป็นพลเมืองของรัฐกับผู้อพยพ คนที่เป็นแรงงานข้ามชาติถูกกฎหมาย กับแรงงานข้ามชาติ "ผิดกฎหมาย" เป็นต้น เพราะมิติดังกล่าวไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในสภาวการณ์ของโลกปัจจุบัน

1.2.3 กลุ่มแนวคิดที่เน้นเฉพาะปรากฏการณ์ย้ายถิ่นข้ามประเทศ[5]

มีฐานคิดมาจากมุมมองที่เก่าแก่ที่สุด ซึ่งยังมีการกล่าวถึงเสมอคือ การให้ความสำคัญกับแรงผลักดันทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศต้นทาง และแรงดึงดูดจากประเทศปลายทาง หรือคือ *ทฤษฎีการย้ายถิ่นแนวเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยปัจจัยดึงดูดและปัจจัยผลักดัน (push and pull factors)* อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อความ

[5] สรุปจากรายงานที่เขียนโดยสุชาดา ทวีสิทธิ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, มาลี สันภูวรรณ์, เสาวภาค สุขสินชัย และกฤตยา อาชวนิจกุล

แตกต่างทางเศรษฐกิจระหว่างพื้นที่ ที่ทำให้มีการเคลื่อนย้ายจากพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีงานทำ แต่มีกำลังแรงงานจำนวนมาก ไปยังพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจดีกว่า และมีความต้องการแรงงานเป็นจำนวนมาก แต่ขาดแคลนแรงงาน และให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า แนวคิดลักษณะนี้อธิบายการย้ายถิ่นของประชากรว่า เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่อันเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความสมดุลทางสังคมและเศรษฐกิจในพื้นที่ 2 พื้นที่ขึ้น

แนวคิดในเชิง *Push-Pull Theory* นี้จึงถูกปรับเรียกใหม่เป็น *Economic Equilibrium Approach* (Hugo, 1993; Harris and Todaro, 1970) และใช้คำอธิบายเพิ่มเติมด้วยแนวคิดที่เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม *(Social Network)* ที่เกื้อหนุนให้การย้ายถิ่นสะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากขึ้นเข้าไปด้วย เพราะต้องการชี้ให้เห็นสาเหตุการย้ายถิ่นในระดับปัจเจกบุคคล และครัวเรือน ว่ามีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าสาเหตุด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นปัจจัยระดับมหภาค หรือระดับโครงสร้างเพียงด้านเดียว (Hugo, 1991; Hugo, 1998; Massey et al., 1990; Massey et al., 1993)

เมื่อมีการนำแนวคิดข้างต้นมาศึกษาปรากฏการณ์ย้ายถิ่นระหว่างประเทศในระดับโลก แนวคิดนี้ก็ถูกพัฒนาเป็นทฤษฎีระบบโลก *(World Systems Theory)* ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ย้ายถิ่นระหว่างประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศด้อยพัฒนา โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนาและโอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันของประเทศต่างๆ อันเป็นผลมาจากนโยบายต่อการลงทุนข้ามชาติ ระบบทุนนิยมและสินค้า (Russell 2007) แนวคิดนี้ดูเหมือนจะอธิบายปรากฏการณ์กระแสการย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านเข้าสู่ประเทศไทยได้พอสมควร เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า สาเหตุหนึ่งที่ผลักดันให้ประชากรต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาในประเทศไทย คือ แรงผลักดันทางเศรษฐกิจ การเข้ามาในประเทศไทยเป็นโอกาสที่จะได้งานทำสูง รวมทั้งได้รับค่าตอบแทนที่มากกว่า

1.3 สรุปข้อค้นพบในรายงานฉบับแรก

ข้อค้นพบของรายงานประเมินผลนโยบายรัฐไทยในเรื่องนโยบายสาธารณสุขของรัฐไทยต่อแรงงานข้ามชาติในช่วงปี 2539 - 2547 (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาที่แรงงานข้ามชาติต้องเผชิญในการเข้ารับบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์นั้น สรุปได้ดังนี้

(1) **นโยบายและมาตรการการควบคุมกามโรคและเอดส์** พบว่าหน่วยงานในส่วนกลางไม่มีนโยบายเรื่องเอดส์ที่ให้ความสำคัญต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะ ขณะที่ในระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นมีแผนงานด้านเอดส์เป็นการเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และมักทำงานหนุนเสริมการทำงานขององค์พัฒนาเอกชนในพื้นที่ มากกว่าจะเป็นหัวหอกเสียเอง อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่าผลมาจากการปฏิรูประบบราชการ ทำให้คลินิคกามโรคของสสจ.ต้องหยุดลง **ส่งผลให้งานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์อ่อนแอลงทั้งในกลุ่มคนไทยและต่างด้าว**

หากพิจารณาในมิติของ**การติดตามควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เคลื่อนย้ายบ่อยและติดตามยาก** พบว่าเป็นงานที่ยากลำบาก เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากตัวแรงงานเอง เช่น แรงงานบางคนรู้ว่าตัวเองเป็นโรคติดต่อ แต่จะไม่ไปรายงานตัวเพราะกลัวการส่งกลับ *ปัญหาจากสถานประกอบการหรือนายจ้าง*ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามนายจ้างบางราย พอรู้ว่าป่วยเป็นโรคติดต่อก็ไล่ออกเลย หรือไม่ตัวแรงงานก็ย้ายหนีเอง และปัญหาจากเจ้าหน้าที่ ที่รับภาระงานหนักมากอยู่แล้ว จึงไม่ได้วางแผนตามติดแรงงานอย่างใกล้ชิดหลังการตรวจพบโรค แต่ในบางพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่เข้มแข็งและมีการทำงานเป็นเครือข่ายกับองค์กรพัฒนาเอกชน ก็ทำให้การติดตามควบคุมโรคทำได้กว้างขวาง

และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตัวอย่างจากอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สมุทรสาคร ระนอง และอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมี*ปัญหาเรื่องข้อมูล* โดยเฉพาะการที่ผู้ปฏิบัติงานละเลยการลงรายงานการเฝ้าระวังโรค เนื่องจากมีภารกิจมาก และปัญหาจากการปฏิรูประบบราชการและระบบสุขภาพที่ทำให้งานระบาดวิทยาถูกเปลี่ยนแปลงบ่อย ผลของการขาดข้อมูลที่เป็นจริงทำให้การควบคุมโรคด้อยประสิทธิภาพ และไม่รู้ว่าการทำงานป้องกันและควบคุมโรคนั้นทำได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้มากน้อยอย่างไร เช่น สถิติโรคติดต่อบางอย่างในบางพื้นที่ไม่ได้แยกระหว่างกลุ่มคนไทยและแรงงานข้ามชาติ

(2) **นโยบายและมาตรการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ** เช่นเดียวกับนโยบายด้านเอดส์ที่ภาครัฐในส่วนกลางยังไม่ได้ให้ความสนใจเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรกลุ่มนี้ จนมีนโยบายเฉพาะออกมา แต่ในระดับพื้นที่นั้นมีลักษณะของการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายพื้นที่ไป เพราะข้อเท็จจริงจากพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติสูง และในอำเภอชายแดน พบว่าปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์หลักๆ ของแรงงานข้ามชาติมาจากการท้องและการแท้ง กล่าวคือ มีอัตราการคลอดสูงซึ่งนำไปสู่ปัญหาการตายคลอด การแท้งเองและการทำแท้งสูงมาก ดังสถิติที่ยืนยันจากโรงพยาบาลที่เกาะติดปัญหานี้มาโดยตลอด เช่น โรงพยาบาลแม่สอด เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กมีประมาณหนึ่งในสาม และแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด หากตั้งครรภ์มักทำคลอดโดยหมอตำแย หรือคลอดเอง เพราะไม่มีเงินและพูดภาษาไทยไม่ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายพื้นที่แก้ไขปัญหานี้โดยการทำงานเชิงรุก เช่นที่แม่สอด สังขละบุรี และสมุทรสาคร มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ จัดอบรมหมอตำแย แจกชุดทำคลอดสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ และจัดโครงการพิเศษให้กับแรงงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาบางด้านกลับมาจากนโยบายการตรวจสุขภาพแรงงานที่ส่งผลกระทบทางลบต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติเอง ดังเช่น **ปัญหาที่เกิดจากการบังคับตรวจการตั้งครรภ์** แรงงานหญิงข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่รู้ตัวว่ากำลังตั้งครรภ์ ตัดสินใจทำแท้งก่อนมาตรวจร่างกาย และพบว่ามีการใช้ปัสสาวะของเพื่อนที่แน่ใจว่าไม่ท้องส่งตรวจแทน ทั้งหมดนี้มาจากเพราะไม่แน่ใจว่าหากตรวจพบว่าท้องจะต้องถูกส่งกลับหรือไม่ จึงมีข้อเสนอว่าควรยกเลิกการตรวจครรภ์ เพราะไม่มีประโยชน์ เนื่องจากว่าแม้ขณะตรวจไม่ได้ตั้งครรภ์ วันข้างหน้าก็อาจตั้งครรภ์ได้ หรือหากยังคงไว้ต่อไปก็ควรจะมีการประชาสัมพันธ์ถึงเหตุผลที่ต้องตรวจครรภ์ให้ชัดเจน

ปัญหาการให้ใบรับรองการเกิด คือปัญหาสืบเนื่องอีกมิติหนึ่ง ที่พบว่าการรับรองการเกิดสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ต่างชาตินั้น ไม่มีปัญหาในเชิงนโยบาย คือในสถานบริการทุกแห่งรับทราบว่าต้องออกหนังสือนี้ให้ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าเกือบทุกแห่งไม่ได้ให้หนังสือรับรองการเกิดนี้กับผู้หญิงที่คลอด ตัวแรงงานเองส่วนใหญ่ก็ไม่ทราบถึงความสำคัญของเอกสารนี้ ดังนั้นจึงมีแรงงานข้ามชาติที่มาคลอดบุตรในสถานบริการ แล้วรับใบรับรองการเกิดเพื่อนำไปแจ้งเกิดที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเป็นจำนวนน้อยมาก เพราะแม้แต่ผู้รับใบรับรองการเกิดไปก็ไม่ไปแจ้งเกิด ด้วยเหตุผลหลักๆ ว่ากลัวถูกจับ และไม่รู้ว่าการแจ้งเกิดสำคัญอย่างไร ขณะที่เจ้าหน้าที่ก็จะไม่รับจดทะเบียนเกิดให้ ทั้งหมดนี้อาจนำไปสู่ปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในอนาคต

ปัญหาแม่ท้องติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับยาต้าน AZT หากเป็นแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ การให้ยาต้านไวรัสจากแม่สู่ลูกนั้นรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองด้วย แต่เนื่องจากแรงงานหญิงที่ท้องจำนวนมากไม่ได้ทำงานและไม่มีบัตร กลุ่มนี้หากติดเชื้อก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้ องค์กรพัฒนาเอกชนบางแห่งพยายามประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขหากพบกรณีเช่นนี้ การแก้ปัญหานี้จึงเป็นเรื่องที่ต่างคนต่างพยายามแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไป อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ เช่น จังหวัดตราด หากตรวจพบก็จะให้ยาต้านไวรัสทุกราย โดยไม่สนใจว่าเป็นคนไทยหรือต่างชาติ มีบัตรหรือไม่มีบัตร **ทั้งหมดชี้ว่าการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบคงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาอย่างเร่งด่วน**

มาตรการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ดูจะมีการดำเนินงานที่คืบหน้ามากกว่าเรื่องอื่นๆ แม้การเข้าถึงบริการนี้ยังคงเป็นปัญหาหลักของแรงงานก็ตาม ที่น่าสนใจคือ ในปี 2547 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในฐานะหน่วยประสานงานกลาง ได้ทดลองพัฒนารูปแบบเครือข่ายดำเนินงานวางแผนครอบครัว และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ คือ จะมีการดำเนินงานแบบบูรณาการประสานงานกับหน่วยงานราชการ และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก สำรวจข้อมูลและสถานะสุขภาพ และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนกิจกรรมอย่างสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของแรงงานข้ามชาติ

ตามแผนงานนี้จะมีการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ครอบคลุมในกลุ่มเด็กแรงงานข้ามชาติ จัดประชุมอบรมนายจ้างในสถานประกอบการที่มีแรงงานมากกว่า 200 คนขึ้นไป และทำคู่มือดูแลสุขภาพเป็นภาษาพม่า โดยคาดว่าจะมีบริการคุมกำเนิดทุกวิธี รับฝากครรภ์ ตรวจเลือด และให้การดูแลด้านอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่ท้องจนคลอด พร้อมทั้งแนะนำการวางแผนครอบครัวหลังคลอด โดยมีการอบรมอาสาสมัครแรงงานต่างชาติช่วยดำเนินงานด้วย

1.4 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า วัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษาครั้งนี้ คือ **การประเมินนโยบายระบบการจัดการแรงงานข้ามชาติของรัฐบาล โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในช่วงปี 2547-2549** แต่เพื่อที่จะทำความเข้าใจภาพรวมทั้งระบบอย่างเป็นปัจจุบัน รายงานนี้จึงเพิ่ม**การวิเคราะห์ระบบการจ้างแรงงานข้ามชาติ และการรับรองสถานะบุคคลของตัวแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม**ไว้ด้วย ทั้งในรายงานภาพรวมของประเทศ และกรณีศึกษาในแต่ละพื้นที่ เป็นวัตถุประสงค์ข้อที่สอง

เพื่อให้เห็นถึงที่มาของนโยบายที่ปรับเปลี่ยนไปในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ การศึกษานี้สันนิษฐานว่า**ปฏิบัติการของภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ มีส่วนในการผลักดันภาครัฐให้ปรับเปลี่ยนนโยบายดังกล่าวไม่มากก็น้อย** ในรายงานนี้จึงวิเคราะห์บทบาทขององค์กรประชาสังคมในด้านนี้ให้เห็นประจักษ์ไว้ด้วย เป็นวัตถุประสงค์ข้อที่สาม

วัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายคือ **การวิเคราะห์กระบวนการทำงานเรื่องเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในระดับพื้นที่** รวมถึงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผลมาจากนโยบายของรัฐส่วนกลางและหรือในระดับพื้นที่ และความคิดเห็นขององค์กรพัฒนาเอกชนและแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายและมาตรการในพื้นที่ รวม 6 พื้นที่คือ

ก. ภาคเหนือ – *ตาก*

ข. ภาคตะวันตก – *กาญจนบุรี*

ค. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ – *อุบลราชธานี*

ง. ภาคกลาง – *สมุทรสาคร และสมุทรปราการ*

จ. ภาคใต้ – *พังงา และภูเก็ต*

ฉ. ภาคตะวันออก – *ระยอง และตราด*

1.5 วิธีวิทยา

1.5.1 การนิยาม 'แรงงานข้ามชาติ' [6]

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเชิงรูปธรรมว่า 'แรงงานข้ามชาติ' ในการศึกษานี้ครอบคลุมคนกลุ่มไหนในประเทศไทยบ้าง รายงานนี้ยังคงนิยามแรงงานข้ามชาติ ว่าคือคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองมาทำงาน รวมถึงสมาชิกของครอบครัวที่ติดตามมา ไม่ว่าจะทำงานหรือไม่ก็ตาม ซึ่งย่อมรวมถึงลูก คู่สมรส พ่อแม่ และบุตรที่มาเกิดในประเทศไทยด้วยและครอบคลุมถึงผู้อพยพหนีสงครามในที่พักพิงชั่วคราวตามจังหวัดชายแดนด้านตะวันตกขณะเดียวกันก็หมายรวมถึงคนไทยไร้สัญชาติ หรือคนไร้รากไร้รัฐในประเทศไทยที่อาจได้รับสิทธิสถานะบุคคลให้อยู่ประเทศไทยถาวร หรือชั่วคราวโดยที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย ที่มีอยู่ในจังหวัดต่างๆ รวม 20 จังหวัด สรุปแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้คือ

(1) **แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว** นับว่าเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดและได้รับความสนใจในเชิงนโยบายและการจัดการมากที่สุด ผลของมติคณะรัฐมนตรีในปี 2547 ให้แรงงานกลุ่มนี้และผู้ติดตามมารายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนรับเลขประจำตัว 13 หลักที่ขึ้นต้นด้วยเลข 00 อย่างไรก็ตาม สันนิษฐานว่ายังคงมีผู้ไม่มารายงานตัวอยู่อย่างน้อยร้อยละ 20 ซึ่งในรายงานนี้จะครอบคลุมทั้งผู้ที่มารายงานตัวและไม่มารายงานตัว

(2) **บุคคลบนพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อย และบุตรที่เกิดในประเทศไทย รวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง** ซึ่งกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้จัดระบบประชากรกลุ่มนี้ ด้วยการออกบัตรสีต่างๆให้ รวมทั้งสิ้น 19 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะได้รับสถานะบุคคล สิทธิในการทำงาน และการเดินทางออกนอกพื้นที่ที่อาศัยอยู่แตกต่างกันไป (มนตรี และเสถียร 2547) ปัจจุบันทั้งสามกลุ่มมิได้รับบัตรทองจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิทางการรักษาพยาบาลตามโครงการ 30 บาท แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆคือ

ก. **กลุ่มที่รอการพิสูจน์สัญชาติไทย** ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่ส่วนใหญ่เกิดในประเทศไทยแต่ตกสำรวจหรือเกิดกระบวนการผิดพลาดจากทางภาคราชการเอง และกลุ่มผู้อพยพเชื้อสายไทยที่มาจากประเทศพม่าและกัมพูชา

ข. **กลุ่มที่รอการให้สัญชาติไทย** ได้แก่ กลุ่มที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ก่อนปี 2528 กลุ่มที่แต่งงานกับคนไทย กลุ่มที่ทำคุณประโยชน์กับสังคมไทย เช่น ปลูกป่า หรือเคยช่วยรบ เป็นต้น

ค. **กลุ่มที่หลบภัยทางการเมืองทั้งที่อยู่ในและนอกที่พักพิง** หมายรวมถึงกลุ่มที่มีการสำรวจและกรมการปกครองออกบัตรสีส้มให้ กลุ่มที่สำรวจตามโครงการมิยาซาวาเมื่อปี 2542 ได้รับบัตรเขียวขอบแดง กลุ่มที่อยู่ในความดูแลของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยของสหประชาชาติ (UNHCR) ในประเทศไทยที่เรียกว่า POC (Persons of Concern) และกลุ่มที่รอการส่งกลับที่หนีภัยความตายที่อยู่ในที่พักพิง หมายถึงกลุ่มผู้อพยพพลัดถิ่นระหว่างชายแดนไทย-พม่า ที่ทางการจัดที่พักพิงให้อยู่อาศัย และปัจจุบันอยู่ในความดูแลของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) เช่นกัน

(3) **กลุ่มมาจากประเทศอื่นๆ** หมายถึงคนต่างชาติที่เข้าเมืองแบบไม่ปกติ หรือผิดกฎหมายไทยที่ไม่ได้อยู่ใน 2 กลุ่มแรก ส่วนใหญ่มาจากประเทศทางอนุภูมิภาคเอเชียใต้ คือบังกลาเทศ ปากีสถาน อินเดีย ศรีลังกา และเนปาล เหตุที่ต้องรวมกลุ่มนี้เข้ามาด้วย เนื่องจากมักพบว่ามีแรงงานข้ามชาติจากประเทศจีนและเวียดนาม ได้อ้างตนเองว่ามาจากประเทศใดประเทศหนึ่งใน 3 ประเทศ ที่รัฐบาลผ่อนผันให้จดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานได้เสมอๆ

[6] ซึ่งเป็นนิยามเดียวกับในรายงานฉบับแรก (ดูบทที่หนึ่ง ใน กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548)

1.5.2 วิธีการศึกษา

คณะนักวิจัยใช้วิธีการศึกษาหลายลักษณะประกอบกัน กล่าวคือ *การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ* จากเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกประเภท ได้แก่ รายงานวิจัย กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และประกาศที่เกี่ยวข้อง มติคณะรัฐมนตรี ข้อมูลสถิติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากเว็บไซต์ สำหรับข้อมูลปฐมภูมิ หรือ *ข้อมูลชั้นต้นที่จัดเก็บเอง*นั้น ใช้การสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในภาคประชาสังคม ธุรกิจเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ศึกษา 6 พื้นที่ โดยระยะเวลาเก็บข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2549 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบางอย่างมีการจัดเก็บจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550

ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก คณะนักวิจัยได้เข้าร่วมสังเกตการณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เข้าไปพบปะพูดคุยกับตัวแรงงานและครอบครัวในชุมชนแรงงาน รวมถึงเข้าร่วมประชุมกับภาครัฐและเอกชนในประเด็นเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติด้วย

การตรวจสอบข้อมูลที่จัดเก็บ ควรต้องกล่าวไว้ ณ ที่นี้ว่า ข้อมูลที่นำเสนอเป็นตารางต่าง ๆ ตั้งแต่บทที่สองถึงบทที่แปด ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสถานการณ์การจ้างแรงงานข้ามชาติ และสถานการณ์สุขภาพของแรงงานข้ามชาตินั้นมีที่มาหลัก ๆ จากสองหน่วยงาน ในส่วนกลางคือ กระทรวงแรงงาน จากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว และกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ และกรมควบคุมโรค ในระดับพื้นที่ คือ ข้อมูลจากสำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง แต่การได้มาของข้อมูล บางส่วนก็จัดเก็บโดยตรงจากหน่วยงาน และบางส่วนก็สืบค้นได้จากเว็บไซต์ของหน่วยงาน

หลังจากที่คณะนักวิจัยได้นำเสนอร่างรายงานครั้งแรกกับภาคีที่เกี่ยวข้องในวันที่ 25 ธันวาคม 2549 เพื่อรับฟังความคิดเห็นนั้น พบปัญหาในการตีความตัวเลขจากตารางต่าง ๆ ที่มาจากระบบการจัดเก็บข้อมูลคนละฐาน หรือคนละช่วงเวลาที่ไม่สอดคล้องกัน คณะนักวิจัยจึงตัดสินใจทำการตรวจสอบข้อมูลของทุกตารางที่นำเสนอในการประชุมโดยส่งตารางต่าง ๆ ไปให้สำนักงานจัดหางานจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบว่าถูกต้องหรือไม่ ถึงกระนั้นแล้วก็ยังพบปัญหาความไม่สอดคล้องของตัวเลขอยู่เช่นเดิม ดังนั้น **การทำความเข้าใจตัวเลขในตารางเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในแง่ที่ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบ หรือแนวโน้มของเรื่องนั้น ๆ แต่ตัวเลขที่ถูกต้องจริง ๆ แล้วอาจมากหรือน้อยกว่าที่แสดงในตารางก็ได้**

รายงานนี้จะนำเสนอข้อค้นพบทั้งหมดตามลำดับ เริ่มจากภาพรวมในระดับประเทศ และเรียงลำดับข้อค้นพบของกรณีศึกษาจังหวัดตาก กาญจนบุรี อุบลราชธานี สมุทรสาครและสมุทรปราการ พังงาและภูเก็ต สุดท้ายคือ ระยองและตราด โดยในทุกบทจะเริ่มจากสถานการณ์การจ้างแรงงานข้ามชาติ และสถานการณ์สุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเด็นต่อไปนี้ คือ (1) ผลการตรวจสุขภาพ (2) สถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การท้อง การคลอด การคุมกำเนิด การทำแท้ง การให้วัคซีนในเด็กต่างชาติ การให้ใบรับรองการเกิด และการให้ยาต้านไวรัส AZT (3) สถานการณ์ด้านการติดเชื้อเอชไอวีและกามโรค (4) การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และ (5) บทบาทของภาคประชาสังคมในการปกป้องสิทธิทางสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2546. *สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และภัสสร ลิมานนท์ (บรรณาธิการ). 2547. *มิติทางสังคมและเศรษฐกิจในเอดส์โลกที่กรุงเทพฯ: คำถามและข้อท้าทายว่าด้วย 'ความทั่วถึงและเท่าเทียม.* เอกสารประกอบการประชุมหลังการประชุมนานาชาติที่กรุงเทพฯ เดือนกรกฎาคม 2547 จัดโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ อิมแพคมารีน่า เมืองทองธานี วันที่ 16 กันยายน 2547.

กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (บรรณาธิการ). 2548. *แผนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวภายใต้โครงการฟ้ามิตร (PHAMIT).* นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

มนตรี จงพูนผล และเสถียร ก่อเกียรติตระกูล. 2547. 'ระบบฐานข้อมูลประชากรในประเทศไทยของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย' ใน *คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? และระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ?. กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ).* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 39–72.

ภาษาอังกฤษ

Keck, Margarete E. and Katheryn Sikkink. 1999. 'Transnational advocacy networks in international and regional politics'. *International Social Science Journal.* (51): 89–101.

Harris, R. and Michael Todaro. 1970. 'Migration, unemployment and development: a two-sectors analysis'. *American Economic Review,* LX, 126–142.

Hugo, Graeme J. 1991. 'Village-community ties, village norms, and ethic and social networks: a review of the evidence from the third world'. in *Migration decision making. Gordon De Jong and Robert W. Gardner (editors).* New York: Pergamon Press.

Hugo, Graeme J. 1993. 'Migrant women in developing countries' in *Proceeding of the United Nations expert meeting on the feminization of internal migration,* Mexico, 22–25 October. New York: United Nations.

Hugo, Graeme J. 1998. 'Migration as a survival strategy: the family dimension of Migration' in *Population Distribution and Migration,* Proceeding of the United Nations expert group meeting on population distribution and migration, Santa Cruz, Bolivia, 18–22 January. New York: United Nations.

Massey, Douglas. 1990. 'Social structure, household strategies and the cumulative causation of migration'. *Population Index.* 56(3): 3–26.

Massey, Douglas S., R. Alarcon, G. Hugo, A. Kouaouci, A. Pellegrino and J. E. Taylor. 1993. 'Theories of international migration: a review and appraisal'. *Population and Development Review.* 19(3): 431–466.

Russell, Sharon Stanton. 2007. *International Migration: Implications for the World Bank.* Human Capital Development and Operations Policy, http://www.worldbank.org/html/ extdr/hnp/hddflash/ workp/ wp_00054.html.

2

ข้อค้นพบ ภาพรวมทั้งประเทศ

■ กฤตยา อาชวนิจกุล

■ *ช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติหลายมิติไปในทิศทางบวก เราได้เห็นทิศทางเชิงนโยบายชัดเจนหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความพยายามร่างยุทธศาสตร์สาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติ แผนเอดส์ชาติที่มีแผนแม่บทให้ความสำคัญต่อประชากรเคลื่อนย้าย ขณะที่ในด้านสถานะสิทธิบุคคล คณะรัฐมนตรีได้ประกาศ 'ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล' ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2548 ภาคปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัดก็แสดงถึงความคืบหน้า ผ่านโครงการความร่วมมือการทำงานเชิงรุกในหลายจังหวัด มีความเปลี่ยนแปลงชัดเจนในหลายพื้นที่ที่มีโครงการทำงานเชิงรุกในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การมีคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปยังชุมชนแรงงานข้ามชาติ การเชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคราชการที่เกี่ยวข้อง การจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) แต่ท่ามกลางความก้าวหน้าทางนโยบายและภาคปฏิบัติบางส่วน แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงต้องประสบกับปัญหาเดิม ๆ ที่หากบัตรสุขภาพถูกยึดไว้โดยนายจ้าง ก็ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ทัศนคติของผู้ให้บริการยังมองกลุ่มแรงงานข้ามชาติว่าคือภาระกับดมเพิ่มเติมเข้ามาจากงานเดิม หรือมองว่าเป็นกลุ่มที่เป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ* ■

2
ข้อค้นพบภาพรวมทั้งประเทศ

■ กฤตยา อาชวนิจกุล

2.1 การจัดระบบทะเบียนประชากรที่หลบหนีเข้าเมืองมาทำงานจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้าน

นับตั้งแต่รัฐไทยตัดสินใจผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองมาทำงาน ที่เริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2535[1] เพราะตระหนักว่ามีจำนวนผู้ลักลอบเข้าเมืองมาทำงานจำนวนมาก จนกลายเป็นปัญหากระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองระหว่างประเทศ ประกอบกับสภาวะเศรษฐกิจของไทยในช่วง พ.ศ. 2531 – 2535 นั้นเป็นยุคเริ่มต้นของเศรษฐกิจฟองสบู่ ทำให้เกิดความต้องการแรงงานระดับล่างจำนวนมาก ภาคธุรกิจเอกชนจึงทั้งเจรจาเรียกร้องและกดดันรัฐบาลให้อนุญาตให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติได้ การเรียกร้องนี้ทำอย่างต่อเนื่องโดยการรวมตัวกันของสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสมาคมธนาคารไทย (กฤตยา 2546) ผลการกดดันนี้ทำให้รัฐบาลต้องหันมาใช้นโยบายที่ยืดหยุ่น โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 เปิดนโยบาย ‘ผ่อนผัน’ ให้บุคคลที่มีสถานะเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายสามารถทำงานได้ในลักษณะชั่วคราวตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด ทั้งนี้ใช้วิธีออกเป็นมติคณะรัฐมนตรีประกาศการผ่อนผันเป็นครั้ง ๆ ไป และวางแนวทางปฏิบัติในการอนุญาตจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายเป็นรายปี สรุปคือตั้งแต่ปี 2539 ถึงปี 2549 มีมติ ครม. ที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อนโยบายการผ่อนผันนี้รวม 11 ครั้ง ทั้งหมดล้วนตั้งอยู่บนฐานคิดของการผ่อนผันให้ทำได้เฉพาะงานระดับล่างและควบคุมจำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาต (ดูตารางที่ 2.1 และรูปที่ 2.1) ดังนี้

[1] เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลของนายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อเดือนมีนาคม 2535 แต่ผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติเฉพาะ ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าหรือผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าที่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทยได้ชั่วคราวเท่านั้น และอนุญาตให้จ้างได้เฉพาะในเขต 9 จังหวัดชายแดนซึ่งมีแรงงานต่างชาติลักลอบเข้ามาทำงานอยู่ก่อนแล้ว ขณะที่มติครม.ตั้งแต่ปี 2539 จนถึงปัจจุบันผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวจาก 3 ประเทศคือพม่า กัมพูชา และลาว โดยพื้นที่จังหวัดที่อนุญาตจะเปลี่ยนแปลงเป็นครั้งๆไป

ตารางที่ 2.1 : จำนวนแรงงานต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน
ตามเงื่อนไขของมติคณะรัฐมนตรี ปี 2539, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548/1, 2548/2 และ 2549

มติครม. ปี พ.ศ.	จำนวนกิจการที่อนุญาต	จำนวนจังหวัดที่อนุญาต	ระยะเวลาที่อนุญาต	จำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน	ประเทศต้นทาง		
					พม่า	กัมพูชา	ลาว
(1) มติครม. 2539	36	43	2 ปี	293,654	256,492 (88%)	25,568 (7%)	11,594 (5%)
(2) มติครม. 2541	47	54	1 ปี	90,911[ก]	79,057 (87%)	10,593 (12%)	1,261 (1%)
(3) มติครม. 2542	18	37	1 ปี	99,974[ข]	89,318 (89%)	9,492 (10%)	1,164 (1%)
(4) มติครม. 2543	18	37	1 ปี	99,656[ค]	90,724 (91%)	7,921 (8%)	1,011 (1%)
(5) มติครม. 2544	11 ประเภท[จ]	ทั่วประเทศ	6 เดือน	568,249[ง]	451,335 (79%)	57,556 (10%)	59,358 (11%)
(6) มติครม. 2545	11 ประเภท[จ]	ทั่วประเทศ	1 ปี	430,074	349,264 (81%)	38,614 (9%)	42,196 (10%)
(7) มติครม. 2546	6 ประเภท[ฉ]	ทั่วประเทศ	1 ปี	288,780	247,791 (86%)	19,675 (7%)	21,314 (7%)
(8) มติครม. 2547	2 ประเภทหลัก[ข]	ทั่วประเทศ	1 ปี	838,943[ฌ]	625,886 (75%)	103,807 (12%)	109,250 (13%)
(9) มติครม. 2548/1	2 ประเภทหลัก[3]	ทั่วประเทศ	1 ปี	705,293[ญ]	539,416 (76%)	75,804 (11%)	90,073 (13%)
(10) มติครม. 2548/2	2 ประเภทหลัก[ช]	ทั่วประเทศ	1 ปี	208,560[ญ]	163,499 (79%)	23,410 (11%)	21,653 (10%)
(11) มติครม. 2549	2 ประเภทหลัก[ช]	ทั่วประเทศ	1 ปี	460,014[ญ]	405,379 (88%)	24,952 (5%)	29,683 (7%)

ที่มา: ปรับจาก กฤตยา อาชวนิจกุล. 2547.

ก มติปี 2539 ผ่อนผันให้จดทะเบียนได้ 2 ปี ในปี 2540 มีผู้มาต่ออายุรวม 88,644 คน ซึ่งถ้านำตัวเลขนี้มารวมกับจำนวนที่มาจดทะเบียนในปี 2541 ทำให้จำนวนแรงงานต่างชาติที่ได้รับการผ่อนผันในปี 2541 มีรวม 179,555 คน

ข ตัวเลขล่าสุดเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2542 จากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (จำนวนแรงงานที่มารายงานตัวต่อสตม.คือ 106,684 คน)

ค ตัวเลขล่าสุดเมื่อเมษายน 2544 จากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว

ง ผลการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2544 – 25 ตุลาคม 2544 จากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว

จ คือกิจการพิเศษ 1 (มีนายจ้าง) ประมงทะเล ทำสวนทำไร่ คนรับใช้ในบ้าน ก่อสร้าง เลี้ยงหมูเลี้ยงกุ้ง กิจการพิเศษ 2 (ไม่มีนายจ้าง) การขนย้ายสินค้าในโกดัง โรงสีข้าว ทำอิฐทำโอ่งและเหมืองแร่ ซึ่งคำว่ากิจการพิเศษในที่นี้หมายรวมถึงกิจการอะไรก็ได้ และมีนายจ้างพามาจดทะเบียนหรือมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเองก็ได้ เพราะไม่มีนายจ้างแน่นอน เช่น เป็นคนงานรับจ้างตามฤดูกาลเกษตร เป็นต้น

ฉ คือกรรมกรทั่วไป กรรมกรในกิจการประมงและต่อเนื่อง ลูกจ้างในโรงงาน ผู้รับใช้ในบ้าน ลูกจ้างในฟาร์ม และลูกจ้างในแปลงเพาะปลูก

ช ประเภทหลักในประกาศคือกรรมกรทั่วไป และผู้รับใช้ในบ้าน โดยให้แต่ละจังหวัดทำประกาศรายละเอียดประเภทอาชีพที่จะอนุญาตเอง

ฌ ศูนย์ปฏิบัติการจัดระบบการทำงานของคนต่างด้าวฯ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ยอด ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2548

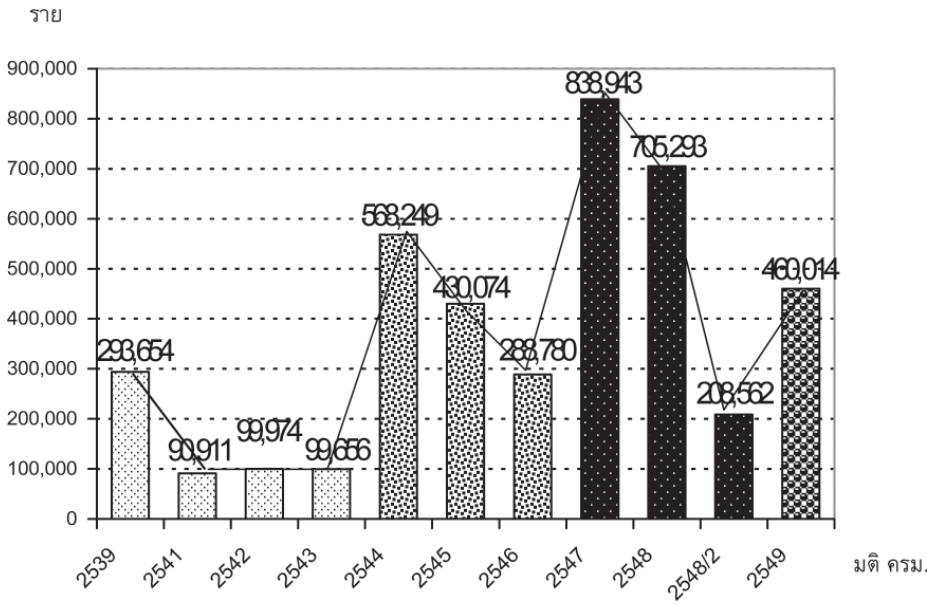
ญ จำนวน 705,293 คน มาจากผลการต่ออายุใบอนุญาตทำงานของแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2547 ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2548, จำนวน 208,562 คน มาจากผลการดำเนินการตามมติครม.ต้นปี 2549 ที่ยกเลิกมติครม.เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2548 ที่ให้มีการประกันตนแรงงานใหม่ที่ไม่เคยจดทะเบียนมาก่อนคนละ 10,000 บาท (สำหรับคนที่มีชื่ออยู่ใน ท.ร.38/1) และ 50,000 บาท (สำหรับคนที่มีชื่ออยู่ใน ทร.38/1) และให้แรงงานกลุ่มใหม่นี้มาจดทะเบียนในช่วงวันที่ 1–31 มีนาคม 2549, จำนวน 460,014 คน มาจากผลการต่ออายุใบอนุญาตทำงานของแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2547 และมาต่ออายุในปี 2548 (ที่มา: กลุ่มพิจารณาอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวนอกระบบ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว วันที่ 21 กรกฎาคม 2549)

(1) **<u>มติครม. ปี 2539-2543 เน้นการจดทะเบียนเฉพาะตัวแรงงานเท่านั้น</u>** โดยอนุญาตให้ทำงานเฉพาะในบางจังหวัด และบางภาคการจ้างงาน แรงงานต้องมีนายจ้างพามาจดทะเบียน และเริ่มบังคับให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพใน ปี 2542

(2) **<u>มติครม. ปี 2544-2546 เน้นการจดทะเบียนเฉพาะตัวแรงงานเท่านั้น</u>** อนุญาตให้ทำงานได้ในทุกจังหวัดและบางภาคการจ้างงานเท่านั้น

(3) **<u>มติครม. ปี 2547-2549 ให้แรงงานและผู้ติดตามจดทะเบียนรับรหัสเลขประจำตัว 13 หลัก ขึ้นต้น ด้วย 00</u>** ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถัดไป

รูปที่ 2.1 จำนวนแรงงานต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานตามมติ ครม. ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2549



<u>ที่มา:</u> ปรับจาก กฤตยา อาชวนิจกุล. 2547

การที่มติครม. ปี 2539 -2546 เน้นการจัดระบบการจ้างงานแรงงานข้ามชาติจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้าน โดยการขึ้นทะเบียนฉพาะตัวแรงงานเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถสะท้อนจำนวนประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างใกล้เคียงความจริง เนื่องจากไม่ได้นับจดผู้ติดตามแรงงานด้วย ซึ่งการนับจดผู้ติดตามแรงงานหรือคู่สมรสและบุตรของแรงงานนั้น เป็นข้อเสนอแนะในรายงานวิจัยหลายฉบับ และจากนักวิชาการหลายสำนัก รวมถึงเจ้าของสถานประกอบการ นายจ้าง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชน การผลักดันเรื่องนี้ประสบผลสำเร็จในรัฐบาลพ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ยุคที่ 2 ที่ออกเป็นมติคณะรัฐมนตรี เดือนเมษายน 2547 เปลี่ยนการจัดระบบใหม่ คือเป็นการนับจดทั้งตัวแรงงาน ผู้ติดตามซึ่งส่วนใหญ่คือคู่สมรสและบุตร และจดทะเบียนนายจ้างด้วย มีรายละเอียดดังนี้

(1) **ให้มีการขึ้นทะเบียนทั้งในส่วนแรงงานและนายจ้าง** โดยแรงงานที่มีนายจ้างพามารายงานตัวนั้นให้ขึ้นทะเบียนตามทะเบียนบ้านของนายจ้าง ส่วนแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีนายจ้างพามารายงานตัว หรือทำงานรับจ้างรายวันไม่มีนายจ้างประจำ สามารถขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง ในทำนองกลับกันนายจ้างที่ยังไม่ได้จ้างแรงงานหรือเคยจ้างแต่จำนวนไม่พอ สามารถมาขึ้นทะเบียนนายจ้างแจ้งความจำนงว่าต้องการจ้างแรงงานในกิจการอะไร เป็นจำนวนเท่าใด และจากประเทศใดใน 3 ประเทศ หรือจะไม่ระบุประเทศก็ได้

(2) **การขึ้นทะเบียนของแรงงานให้รวม 'ผู้ติดตาม' ด้วย** แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

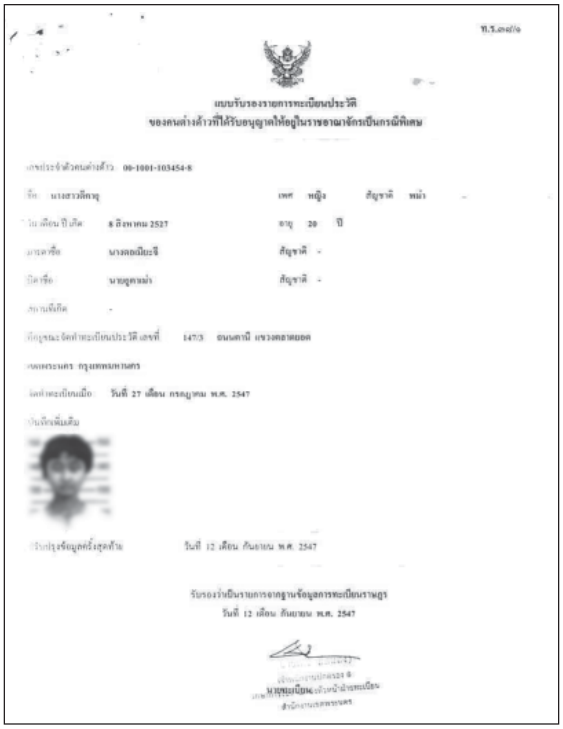
- **ขั้นที่หนึ่ง** ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2547 ให้แรงงานและผู้ติดตามมารายงานตัวที่เขตหรืออำเภอ หรือนายทะเบียนราษฎรในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ **เพื่อขึ้นทะเบียนรับเลขประจำตัว 13 หลักที่หลักแรกขึ้นด้วยเลข 00 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย** ผู้มารายงานตัวทุกคนที่ผ่านการถ่ายรูปและพิมพ์ลายนิ้วมือจะได้รับการผ่อนผันให้อายุในประเทศไทยได้ 1 ปี หลักฐานที่ผู้มารายงานตัวจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคือ ใบท.ร. 38/1 ที่มีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ที่อยู่ และรูปพร้อมลายนิ้วมือ (ดูรูปที่ 2.2)
- **ขั้นที่สอง** คือทุกคนที่ต้องการทำงานต้องไปตรวจร่างกาย เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ 600 บาท และต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพอีกคนละ 1,300 บาท หลักฐานที่จะได้รับจากโรงพยาบาลที่ไปตรวจร่างกายคือบัตรประกันสุขภาพที่จะมีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) รหัสเลข 13 หลัก และรูป (ดูรูปที่ 2.2)
- **ขั้นสุดท้าย** คือการขอใบอนุญาตทำงานที่สำนักงานจัดหางานจังหวัด มีค่าใช้จ่ายเป็นค่าธรรมเนียม 100 บาท และค่าใบอนุญาตทำงาน 1,800 บาท รวมเป็นเงิน 1,900 บาท ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการจดทะเบียนจึงเท่ากับ 3,800 บาท หลักฐานที่แรงงานจะได้รับคือบัตรอนุญาตทำงานมีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ที่อยู่ และรูปพร้อมลายนิ้วมือ (ดูรูปที่ 2.2)

(3) **กำหนดยุทธศาสตร์ชัดเจนในการปรับสถานะแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมายนี้ให้กลายเป็นแรงงานที่เข้าเมือง และทำงานอย่างถูกกฎหมาย** โดยการทำข้อตกลงสัญญาทวิภาคี (MOU) ระหว่างประเทศไทย-พม่า ไทย-ลาว และไทย-กัมพูชา ในการให้ประเทศต้นทางมาพิสูจน์สัญชาติและรับรองว่าแรงงานมาจากประเทศต้นทางจริงๆ ในกรณีของประเทศลาวเมื่อพิสูจน์สัญชาติแล้ว แรงงานจะได้รับเอกสารการเดินทางชั่วคราว (temporary passport) จนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2549 มีแรงงานจากประเทศลาวปรับสถานะไปแล้ว 43,657 คน ในกรณีของประเทศกัมพูชา จะได้รับเอกสารรับรองตน (certification of identification - CI) ข้อมูล ณ วันที่ 3 มิถุนายน 2549 มีแรงงานจากประเทศกัมพูชาปรับสถานะแล้ว 37,329 คน[2]

[2] จากการโทรศัพท์สอบถามเจ้าหน้าที่ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2549

รูปที่ 2.2 ตัวอย่างหลักฐาน 3 ประเภทที่แรงงานได้รับจากการจดทะเบียนปี 2547

(1) ใบ ทร. 38/1 ที่มีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ที่อยู่ และรูป


ท.ร.๓๘/๑

แบบรับรองรายการทะเบียนประวัติ
ของคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ

เลขประจำตัวคนต่างด้าว 00-1001-103454-8

ชื่อ นางสาวลีลาวุ เพศ หญิง สัญชาติ หม่า

วัน เดือน ปีเกิด 8 สิงหาคม 2527 อายุ 20 ปี

มารดาชื่อ นางลอเมียะชี สัญชาติ -

บิดาชื่อ นายอูคาหม่า สัญชาติ -

สถานที่เกิด -

ที่อยู่ขณะจัดทำทะเบียนประวัติ เลขที่ 147/3 ถนนตานี แขวงตลาดยอด

เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร

จัดทำทะเบียนเมื่อ วันที่ 27 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2547

ปันจิ้วพิมพ์

วันที่ปรุงข้อมูลครั้งสุดท้าย วันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2547

รับรองว่าเป็นรายการจากฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร
วันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2547

นายพยงเนียม ตัวหน้าฝ่ายทะเบียน
สำนักงานเขตพระนคร

(2) บัตรประกันสุขภาพ ที่มีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) รหัสเลข 13 หลัก ที่อยู่และรูป

บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/ผู้ติดตามที่ไม่มีสัญชาติไทย
เลขที่บัตรประจำตัวตนไม่มีสัญชาติ 0083011033111
สถานพยาบาลที่ประกันตน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
ชื่อ นางแมชาย ทราย
เกิดวันที่ B359 อายุ 35 ปี
ที่อยู่ 14/2 ถนนเจ้าฟ้า - ตำบลตลาดใหญ่
อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
22/6/2548 30 / 6 /2549
วันออกบัตร วันหมดอายุ ผอ.รพ.

(3) บัตรอนุญาตทำงาน มีชื่อ นามสกุล (ถ้ามี) ที่อยู่ และรูปพร้อมลายนิ้วมือ

ฐานคิดของการจัดระบบตั้งแต่ปี 2547 คือ ต้องการเริ่มนับจดผู้หลบหนีเข้าเมืองจาก 3 ประเทศที่ตรงกับสถานการณ์ความจริง จึงให้รวมการขึ้นทะเบียนบุคคลผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไปด้วย และให้มีการแจ้งเกิด แจ้งตาย และแจ้งย้ายที่อยู่เหมือนประชากรกลุ่มอื่นๆ ในฐานข้อมูลทะเบียนบุคคล นั่นคือทำให้ฐานข้อมูลนี้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ สำนักงานบริหารการทะเบียน (สบท.) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนำฐานข้อมูลในทะเบียนราษฎร 38/1 เข้าจัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โดยในปี 2547 มีจำนวนประชากรกลุ่มนี้อยู่ในทะเบียนบุคคลรวม 1,284,920 คน (ยอดตัวเลข ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2548)

ต่อมาในปี 2548 รัฐบาลผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรทำงานต่ออายุอีก 1 ปี แต่ปรากฏว่าในบางจังหวัดมีสภาพขาดแคลนแรงงาน จำนวนแรงงานที่มาต่ออายุมีน้อยกว่าแรงงานที่ต้องการจ้าง จึงมีการเรียกร้องให้มีการอนุญาตให้จดทะเบียนแรงงานกลุ่มใหม่เพิ่มเติม รัฐบาลจึงได้มีมติครม.เมื่อเดือนธันวาคม 2548 ยินยอมให้เพิ่มได้ แต่ให้มีการประกันตนตามมาตรา 54 ของกฎหมายคนเข้าเมือง คือ กลุ่มที่มีชื่อยู่ใน ท.ร. 38/1 แล้วต้องจ่ายค่าประกันตน 10,000 บาท และผู้ยังไม่มีชื่อใน ท.ร. 38/1 ต้องมารายงานตัวรับเลข 13 หลัก และจ่ายค่าประกันตน 50,000 บาท ส่งผลให้เกิดการประท้วงของนายจ้างในหลายจังหวัด ดังตัวอย่างการประท้วงในจังหวัดภูเก็ต (ดูรูปที่ 2.3) และการร้องเรียนจากสมาคมผู้ประกอบการหลายภาคการจ้างงาน และสภาอุตสาหกรรมต่างๆ ทั่วประเทศ จนสามารถกดดันให้รัฐบาลยกเลิกมาตรการนี้ได้สำเร็จ

รูปที่ 2.3 การประท้วงของชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต

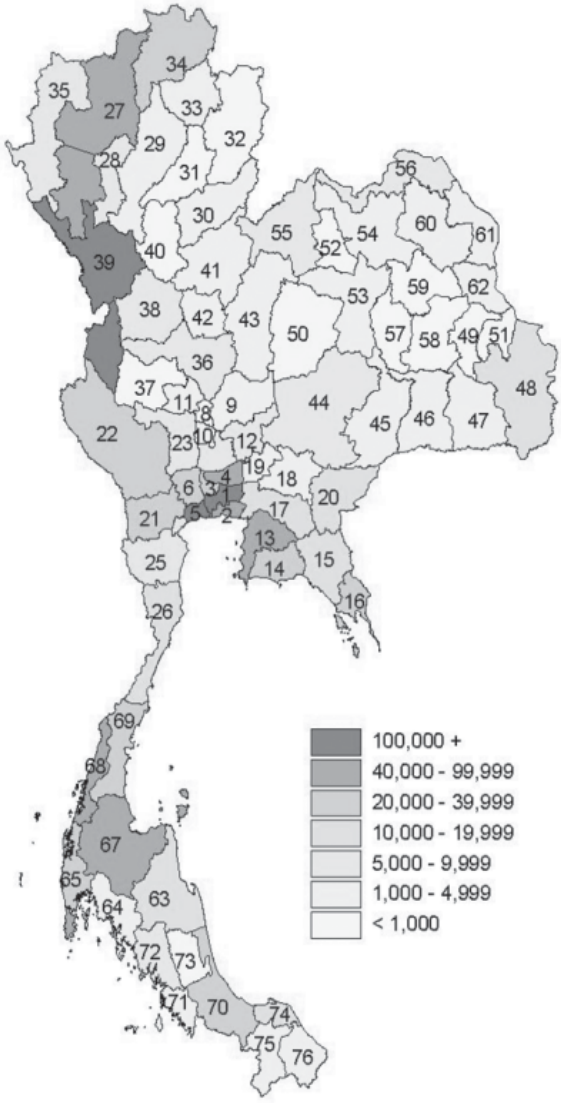
นอกจากนี้ ยังมีการร้องเรียนขององค์กรด้านสิทธิมนุษยชนว่า การใช้มาตรา 54 นี้ถือว่าขัดกับหลักสิทธิมนุษยชน เนื่องจากมาตรา 54 ทำให้แรงงานไม่มีสิทธิอาศัย มีครอบครัวไม่ได้ และต้องมีประวัติที่ตรวจคนเข้าเมืองด้วย การเปลี่ยนนายจ้างทำไม่ได้ เดินทางไปไหนมาไหนไม่ได้ เป็นการสร้างเงื่อนไขให้เกิดการใช้แรงงานบังคับ แรงงานมีสภาพเป็นนักโทษ จึงเรียกร้องให้กลับไปใช้การผ่อนผันตามมาตรา 17 เหมือนเดิมคือ ไม่ต้องจ่ายค่าประกันตัว[3]

[3] การประชุมระดมความเห็นเรื่อง 'ผลกระทบของมติครม. วันที่ 20 ธันวาคม 2548 ต่อการคุ้มครองสิทธิแรงงานต่างด้าว' ณ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2549

ต่อมารัฐบาลมีมติครม.เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 ยกเลิกมติครม.เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2548 **(ในรายงานนี้จะเรียกว่ามติครม. 2548/2)** ผ่อนปรนให้ไม่ต้องเสียค่าประกันตนแต่อย่างใด คือเสียค่าใช้จ่าย 3,800 บาท เช่นเดิม จากนั้นรัฐบาลเปิดให้มีการรายงานตัวขึ้นทะเบียนขอ**งแรงงานและผู้ติดตามกลุ่มใหม่**ขึ้นระหว่างวันที่ 1–31 มีนาคม 2549 มียอดจำนวนแรงงานและผู้ติดตามใน ท.ร.38/1 รวมประมาณ 3 แสนคน ทำให้ยอดของประชากรแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามนี้พุ่งสูงขึ้นเป็น 1.52 ล้านคน เป็นชายร้อยละ 55 และหญิงร้อยละ 45 กระจายอยู่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ดูรูปที่ 2.4) โดยจังหวัดที่มีประชากรกลุ่มนี้มากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ กรุงเทพฯ สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ และชลบุรี (ดู ตารางที่ 2.2) หากพิจารณาองค์ประกอบอายุและเพศในพีรามิดประชากรรูปที่ 2.5 เห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน โดยมีประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุบ้าง

รูปที่ 2.4 แสดงการกระจายประชากรต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีชื่ออยู่ใน ท.ร.38/1 ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2549

1. กรุงเทพมหานคร
2. สมุทรปราการ
3. นนทบุรี
4. ปทุมธานี
5. สมุทรสาคร
6. นครปฐม
7. พระนครศรีอยุธยา
8. อ่างทอง
9. ลพบุรี
10. สิงห์บุรี
11. ชัยนาท
12. สระบุรี
13. ชลบุรี
14. ระยอง
15. จันทบุรี
16. ตราด
17. ฉะเชิงเทรา
18. ปราจีนบุรี
19. นครนายก
20. สระแก้ว
21. ราชบุรี
22. กาญจนบุรี
23. สุพรรณบุรี
24. สมุทรสงคราม
25. เพชรบุรี
26. ประจวบคีรีขันธ์
27. เชียงใหม่
28. ลำพูน
29. ลำปาง
30. อุตรดิตถ์
31. แพร่
32. น่าน
33. พะเยา
34. เชียงราย
35. แม่ฮ่องสอน
36. นครสวรรค์
37. อุทัยธานี
38. กำแพงเพชร
39. ตาก
40. สุโขทัย
41. พิษณุโลก
42. พิจิตร
43. เพชรบูรณ์
44. นครราชสีมา
45. บุรีรัมย์
46. สุรินทร์
47. ศรีสะเกษ
48. อุบลราชธานี
49. ยโสธร
50. ชัยภูมิ
51. อำนาจเจริญ
52. หนองบัวลำภู
53. ขอนแก่น
54. อุดรธานี
55. เลย
56. หนองคาย
57. มหาสารคาม
58. ร้อยเอ็ด
59. กาฬสินธุ์
60. สกลนคร
61. นครพนม
62. มุกดาหาร
63. นครศรีธรรมราช
64. กระบี่
65. พังงา
66. ภูเก็ต
67. สุราษฎร์ธานี
68. ระนอง
69. ชุมพร
70. สงขลา
71. สตูล
72. ตรัง
73. พัทลุง
74. ปัตตานี
75. ยะลา
76. นราธิวาส



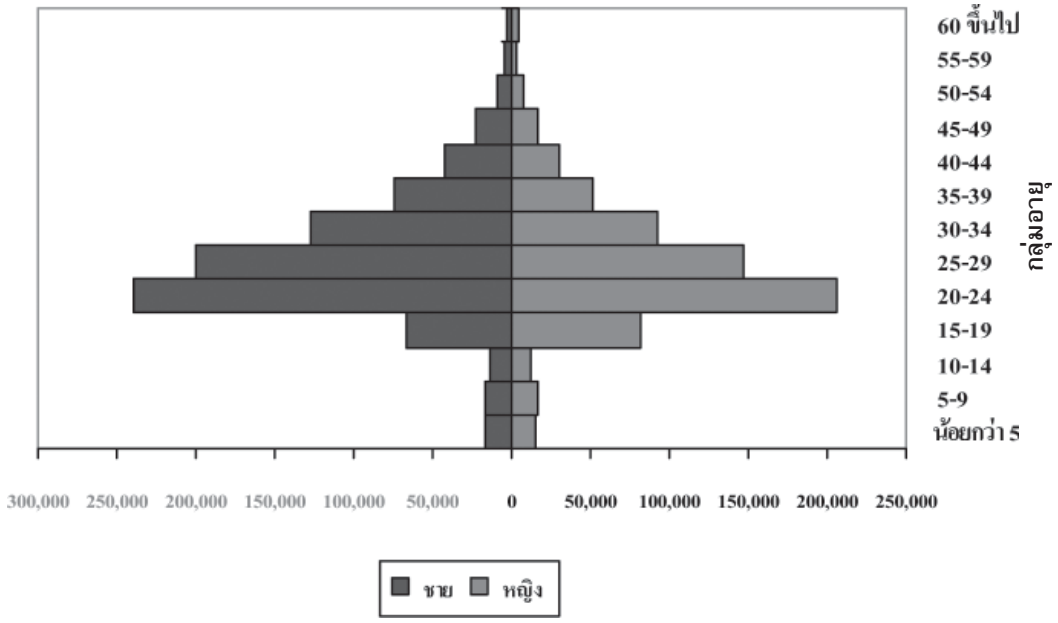
ที่มา: กฤตยา อาจชวนิจกุล 2550 (คำนวณจากฐานข้อมูลทะเบียนบุคคล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2549 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 2.2 : จำนวนประชากรต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ (แรงงานและผู้ติดตาม) ที่อยู่ในทะเบียนราษฎร 38/1 ได้รับเลขประจำตัว 13 หลักขึ้นต้นด้วยเลข 00 จำแนกตามจังหวัดที่มีจำนวนมากที่สุด 10 ลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เดือนตุลาคม 2549)

จังหวัด	ชาย	หญิง	รวม
กรุงเทพฯ	102,501	139,751	242,252
สมุทรสาคร	80,028	71,700	151,728
ตาก	63,222	72,672	135,894
เชียงใหม่	48,150	46,281	94,431
ชลบุรี	43,890	23,807	67,697
สมุทรปราการ	37,044	22,856	59,900
ระนอง	31,357	26,534	57,891
สุราษฎร์ธานี	33,016	18,152	51,168
ภูเก็ต	31,816	16,511	48,327
ปทุมธานี	25,721	16,561	42,282
จังหวัดอื่นๆ	343,165	228,554	571,719
รวมทั่วประเทศ	**839,910**	**683,379**	**1,523,289**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2550. (คำนวณจากฐานข้อมูลทะเบียนบุคคล ณ เดือนตุลาคม 2549 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

รูปที่ 2.5 พีรามิดประชากรต่างชาติจากพม่า กัมพูชา และลาว ที่มารายงานตัวและได้รับเลขประจำตัว 13 หลักขึ้นต้นด้วยเลข 00



ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล 2550 (คำนวณจากฐานข้อมูลทะเบียนบุคคล ณ เดือนตุลาคม 2549 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมากที่สุดในประเทศไทย ในปี 2547 มีจำนวนแรงงานสูงถึง 2 แสนคนเศษ เขตที่มีการจ้างแรงงานหนาแน่น คือบางบอนที่ติดจังหวัดสมุทรสาคร บางแค จอมทอง และประเวศ พื้นที่เขตชั้นในมีการจ้างไม่มากนัก (ดูรูปที่ 2.6) ในปี 2548 จำนวนแรงงานลดลงเหลือ 1 แสนคนเศษ ผู้เขียนคิดว่าตัวเลขการจ้างจริงๆ ยังเท่าเดิม แต่การมาจดทะเบียนต่อเนื่องลดลง เพราะแรงงานประมาณครึ่งหนึ่งอาจเปลี่ยนงานหรือเดินทางกลับประเทศตนเอง

รูปที่ 2.6 การกระจายจัวของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร แยกตามเขต เมื่อ พ.ศ. 2547

ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน

2.2 สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติกับโรคในระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย

การวิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือ ไม่ปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในช่วงปี 2547– 2549 การศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานที่รัฐมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินงานที่เกี่ยวกับสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ 4 ด้าน คือ (1) การตรวจสุขภาพประจำปี (2) การบริการด้านการรักษาพยาบาล (3) บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และ (4) การวางระบบเฝ้าระวังโรค สถานการณ์เกี่ยวกับเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาตินั้นสามารถสะท้อนให้เห็นได้จากความรับผิดชอบทั้ง 4 ด้านนี้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานที่ได้รับการคาดหวังว่าน่าจะพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขแรงงานข้ามชาติในระยะยาวขึ้นด้วย เนื่องจากสถานการณ์การใช้แรงงานข้ามชาติจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว และกัมพูชา ยังคงจะค้างอยู่ในประเทศไทยต่อไปนานหลายสิบปี แต่ตลอดระยะเวลา 10 ปีเต็ม (นับตั้งแต่

พ.ศ. 2539 ถึงปัจจุบัน) ที่รัฐบาลมีนโยบายผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองมาทำงานจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านนั้น ไม่ปรากฏว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในด้านนี้ขึ้นเลย มาตรการเกี่ยวกับสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่ทำ ๆ กันมา ล้วนดำเนินไปตามกรอบของมติคณะรัฐมนตรีเท่านั้น

การบังคับตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

เป็นมาตรการหลักทางสาธารณสุขที่รัฐบาลเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2539 ที่มติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้มีการจดทะเบียนใน 37 จังหวัด จนถึงปีปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) โดยใช้เกณฑ์เหมือนกับการตรวจสุขภาพของผู้สมัครเข้ารับราชการ คือ กำหนดโรคที่จะควบคุมป้องกัน 6 โรค และโรคที่ถ้าตรวจพบจะไม่ออกใบอนุญาตทำงานให้จำนวน 7 โรค[4] แนวทางการตรวจโรคเช่นนี้มุ่งควบคุมโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทยมาก่อน เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย และโรคเท้าช้าง เป็นต้น เพื่อไม่ให้แรงงานเป็นผู้แพร่เชื้อ และเป็นภาระต่อการรักษาพยาบาลของรัฐบาล

การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติแบ่งผลการตรวจออกเป็น 4 กลุ่มคือ ประเภท 1 พบผลปกติ ประเภท 2 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา ประเภท 3 พบโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน และประเภท 4 พบว่าตั้งครรภ์ (เฉพาะในกลุ่มผู้หญิง) โดยผู้ที่มีผลการตรวจในประเภท 3 จะได้รับการรักษาและผลักดันกลับประเทศต้นทาง[5] ส่วนประเภท 4 ให้แจ้งนายจ้างเพื่อพิจารณาว่าจะจ้างหรือไม่ **กล่าวได้ว่าการตรวจสุขภาพคือ ระบบเฝ้าระวังโรคด่านแรก เพราะเป็นเครื่องมือคัดกรองให้เฉพาะแรงงานที่มีสุขภาพสมบูรณ์เท่านั้นที่จะขอใบอนุญาตทำงานได้**

จากผลการตรวจสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่มาขึ้นทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานระหว่างปี 2539–2543 พบว่าประมาณ 1.3%–2.0% ของแรงงานที่มาตรวจสุขภาพทั้งหมด ตรวจพบโรคที่ต้องติดตามให้การรักษา และประมาณ 0.5%–1.5% พบว่าเป็นโรคที่ต้องห้ามทำงาน ในปี 2542 พบผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจโรครวม 402 คน ในกลุ่มนี้ 5 ลำดับแรกของโรคที่เป็นคือ ติดสารเสพติด 171 คน ติดเชื้อเอชไอวี 123 คน (น่าสังเกตว่า การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มิได้เป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่ห้ามทำงาน การไม่ให้ผู้ติดเชื้อผ่านการตรวจโรคจึงเท่ากับเป็นการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเหล่านี้) โรคซิฟิลิสในระยะที่สาม และวัณโรคในระยะติดต่อ ประเภทละ 42 คน สุดท้ายคือพบผู้เป็นโรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการจำนวน 24 คน (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548)

ในการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติมิติแรกนี้ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ (ก) ผลการตรวจร่างกาย และ (ข) การเฝ้าระวังโรคในระบบเฝ้าระวังทั่วประเทศ โดยใช้ข้อมูลหลักที่มาจากแฟ้มข้อมูลในระบบรายงานสถานการณ์สาธารณสุขแรงงานต่างชาติของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สรส.)[6] กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข **ข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2547 (ตุลาคม 2546 – กันยายน 2547) และ ปีงบประมาณ 2548 (ตุลาคม 2547 – กันยายน 2548)** จากเว็บไซต์ของสรส. คือ http://203.157.3.251/alienlb/index.php

---

[4] โรคที่ควบคุม 6 โรคคือ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคมาลาเรีย และโรคพยาธิลำไส้ ส่วนโรคที่มิให้ทำงาน 7 โรคคือ (1) โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน (2) วัณโรคระยะอันตราย (3) โรคเรื้อนที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม (4) โรคเท้าช้างที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม (5) โรคซิฟิลิส ในระยะที่ 3 (6) ติดยาเสพติดให้โทษ และ (7) โรคพิษสุราเรื้อรัง

[5] มีรายงานจากข้าราชการระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขว่า ในกลุ่มประเภท 3 ที่ไม่ผ่านการตรวจโรคได้เสนอให้ไม่ส่งกลับ แต่จะทำการติดตามรักษาแทน เพราะถึงส่งกลับไปแรงงานเหล่านี้ก็มักจะหวนกลับคืนมาอีก การรักษาให้หายน่าจะเป็นมาตรการที่เป็นคุณแก่ทุกฝ่ายมากกว่า

[6] สรส. มีหน้าที่สนับสนุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการและวิชาการ ตลอดทั้งการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาค และร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบบริหารและบริการอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ในประเด็นแรงงานข้ามชาตินี้ สรส.ทำงานร่วมกับภาคีฟ้ามิตร ที่เป็นเครือข่ายเพื่อแรงงานข้ามชาติในการพัฒนาระบบการทำงาน รายละเอียดส่วนนี้จะกล่าวในตอนต่อไป

ตารางที่ 2.3 ผลการตรวจร่างกายแรงงานข้ามชาติทั่วประเทศ ตามรายงานในปีงบประมาณ 2547-2548[1]

ผลการตรวจ	ปี	
	2547	2548
จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	412,351	314,865
โรคที่ต้องเฝ้าระวัง	**14,695**	**6,841**
อุจจาระร่วง	***9,059***	***2,281***
ไข้เลือดออก	246	330
ไข้กาฬหลังแอ่น	7	6
มาเลเรีย	***3,547***	***1,681***
วัณโรค	***1,066***	***958***
เท้าช้าง	***91***	***1,247***
เอดส์	***644***	***295***
เลปโตสไปโรสิส(ฉีหนู)	28	18
โรคพิษสุนัขบ้า	0	12
ไข้สมองอักเสบ	7	13
โรคที่ต้องติดตามรักษา	**2,732**	**1,839**
วัณโรคปอด	***1,796***	***1,092***
เรื้อน	2	1
หนองในเทียม	25	7
หนองใน	23	15
ซิฟิลิส	***889***	***724***
ตั้งครรภ์	มข.	มข.

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

มข. คือ ไม่มีข้อมูล

[1] ปี 2547 เป็นตัวเลขจาก 73 จังหวัด ข้อมูลของกรุงเทพฯได้จากโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานีและโรงพยาบาลตากสินเท่านั้น และปี 2548 เป็นตัวเลขจาก 56 จังหวัด

สมควรตั้งข้อสังเกต ณ ที่นี้ว่า ตัวเลขจากรายงานสถานการณ์สาธารณสุขแรงงานต่างชาติในตารางที่ 2.3 และ 2.4 นี้ แสดงตัวเลขรวมของจำนวนแรงงานที่ออกบัตรประกันสุขภาพในปี 2547 และ 2548 ต่ำกว่าตัวเลขแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานค่อนข้างมากคือ จากตารางที่ 2.1 พบว่า**ในปี 2547 มีแรงงานผ่านการตรวจสุขภาพและได้รับใบอนุญาตทำงานรวม 838,943 คน (แต่จำนวนจากการรายงานสาธารณสุขแรงงานต่างชาติมีเพียง 412,351 คน) และในปี 2548 แรงงานกลุ่มนี้มาต่อใบอนุญาตทำงานรวม 705,293 คน (จำนวนจากการรายงานมี 314,865 คน)** ทั้งนี้เนื่องจากรายงานที่ส่งเข้ามาไม่ครบทุกจังหวัด และบางจังหวัดที่ส่งก็ส่งไม่ครบทุกโรงพยาบาลที่มีการรับตรวจและประกันสุขภาพแรงงาน คือ **ปี 2547 เป็นตัวเลขรวมจากรายงาน 73 จังหวัด และปี 2548 เป็นตัวเลขรวมจากรายงานเพียง 56 จังหวัดเท่านั้น** นอกจากนี้ในแฟ้มข้อมูลนี้ไม่พบว่ามีการรายงานจำนวนการตั้งครรภ์จากผลการตรวจสุขภาพแรงงานหญิง แต่รายงานระดับพื้นที่ในหลายจังหวัดได้ตัวเลขจำนวนตั้งครรภ์จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดนั้น ๆ เอง

ข้อมูลจากตารางที่ 2.3 มีความชัดเจนว่า จำนวนแรงงานที่พบโรคที่ต้องติดตามรักษาคือ วัณโรคปอดสูงสุด (ปี 2547 เป็น 0.5% และ ปี 2548 เป็น 0.3% ของจำนวนผู้ที่ได้รับบัตรประกันทั้งหมด) รองลงมาคือซิฟิลิส ส่วนโรคที่ต้องเฝ้าระวังเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ อุจจาระร่วง มาเลเรีย วัณโรค เอดส์ และเท้าช้าง สำหรับเท้าช้างในปี 2548 พบมากกว่าปี 2547 ถึง 13.7 เท่า คิดเป็น 0.4% ของจำนวนผู้ที่ได้รับบัตรประกันทั้งหมด แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยของแรงงานต่างชาติกับคนไทยในโรคที่ต้องเฝ้าระวังรวม 15 โรค (ตารางที่ 2.4) พบว่าในปี 2548 แรงงานต่างชาติป่วยเป็นมาเลเรียสูงกว่าคนไทยถึง 26 เท่า เป็นไข้กาฬหลังแอ่นสูงกว่า 20 เท่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่า 8.1 เท่า เป็นโรคเรื้อนสูงกว่า 4 เท่า และเป็นวัณโรคสูงกว่า 2 เท่า น่าสังเกตว่าแรงงานต่างชาติป่วยเป็นโรคที่คนไทยเคยป่วยมากในอดีต แต่การควบคุมและเฝ้าระวังโรคทำให้โรคเหล่านี้คนไทยป่วยน้อยลง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในตารางก็ชี้ให้เห็นว่าอัตราป่วยของคนไทยที่สูงกว่าแรงงานก็มีหลายโรค ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง ปอดบวม และอาหารเป็นพิษ เป็นต้น

ตารางที่ 2.4: อัตราผู้ป่วยโรค (ต่อแสน) ในระบบเฝ้าระวังทั่วประเทศ เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ
โรคอุจจาระร่วง	1,797.43	660.00	1750.03	910.26
ไข้เลือดออก	60.27	33.49	69.68	82.94
ไข้กาฬหลังแอ่น	0.06	0.83	0.05	0.99
มาเลเรีย	28.10	541.16	32.94	856.67
วัณโรค	56.44	117.77	48.67	97.55
โรคเลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	4.91	5.24	4.39	3.54
เรื้อน	0.83	1.31	0.62	2.41
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	283.47	190.24	295.64	325.54
ไทฟอยด์	7.78	3.70	5.87	10.49
ปอดบวม	210.49	113.00	217.65	196.09
อาหารเป็นพิษ	239.92	47.20	216.14	86.91
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	17.37	86.54	14.64	118.67
สครับไทฟัส	4.98	9.66	4.33	15.60
หัด	6.38	8.34	5.24	13.75
ฆ่าตัวตาย	7.31	4.41	6.15	5.67

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://epid.moph.go.th/dssur/index.htm>)

หมายเหตุ การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารด้วยจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 64,197,479 คน ปี 2548 จำนวน 64,762,841 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารด้วยจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน (ปี 2547 จำนวน 838,934 คน และปี 2548 จำนวน 705,293 คน)

2.3 นโยบายรัฐกับสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ

ดังกล่าวมาแล้วในบทที่หนึ่งว่า 'ผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ' นับเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจากการต้องเผชิญหน้ากับปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการเลือกปฏิบัติ จนทำให้ประชากรกลุ่มเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เดินทางมายังประเทศปลายทางด้วยวิธีที่ไม่ปกติ (irregular migration)[7] รายงานวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติในประเทศไทย ได้ข้อสรุปตรงกันว่าประชากรกลุ่มนี้ยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ขณะที่วัฒนธรรมเรื่องเพศมีลักษณะคล้ายคลึงกับสังคมไทยคือ ผู้หญิงจะถูกควบคุมเรื่องเพศมากกว่าผู้ชาย ความคิดเรื่องรักนวลสงวนตัวยังถูกปลูกฝังให้ผู้หญิงฝ่ายเดียว สำหรับผู้ชายการมีเพศสัมพันธ์นอกการแต่งงาน โดยเฉพาะการซื้อบริการทางเพศ ไม่ใช่เป็นเรื่องเสียหายหรือถูกควบคุมและตีตรา นอกจากนี้แรงงานบางกลุ่ม เช่น ลูกเรือประมงมีสภาพการใช้ชีวิตที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและกามโรค เพราะเมื่อขึ้นฝั่งมักหาความบันเทิงโดยการซื้อบริการทางเพศ และบางส่วนติดยาเสพติดโดยการใช้ยาฉีด (วิทยา และคณะ 2537; กฤตยา และคณะ 2543; สุภางค์ และคณะ 2544; Aphichat et al. 2005) นอกจากนี้สถานการณ์การระบาดของเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้นยังมีความเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์การค้าผู้หญิงและเด็กเข้าสู่ธุรกิจการค้าประเวณีในประเทศไทย ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ถึงปัจจุบัน (Asia Watch 1993; กฤตยา 2537; กฤตยา และพูนสุข 2540)

ขณะที่ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานควบคุมเอดส์ในบริเวณชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน พบว่ามีการใช้ยาเสพติด การแพร่ระบาดเอดส์ และเส้นทางการเดินทางเข้าประเทศไทยของแรงงานอยู่ในเส้นทางเดียวกัน มีการพบการระบาดของเอดส์ในบริเวณชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา สูงกว่าที่พบในประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบเชื้อมาเลเรีย และเชื้อท้องร่วงอย่างแรง (แบบเดียวกับอหิวาตกโรค) ในพื้นที่สูงและบริเวณชายแดนด้วย ซึ่งโรคเหล่านี้เกือบไม่ปรากฏในจังหวัดชั้นในของประเทศไทยแล้ว[8] แบบแผนการระบาดดังกล่าวนี้มีมานานมากกว่า 10 ปี ดังผลวิจัยเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ชี้ว่า อัตราความชุกของโรคเอดส์ในจังหวัดชายแดนที่มีการเดินทางเข้า-ออกมากระหว่างไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งสองประเทศอย่างชัดเจน (AIDSCAP 1996; Benette 1997)

สำหรับประเด็น **นโยบายและมาตรการการควบคุมเอดส์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของรัฐไทยนั้น** จากการศึกษาเพื่อประเมินผลนโยบายด้านนี้ในช่วงปี 2539-2547 (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) พบว่านโยบายเอดส์ชาติที่ผ่านมายังไม่ให้ความสำคัญต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ในระดับพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นบางจังหวัด มีแผนงานด้านเอดส์เป็นการเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และมักเป็นงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทุนนานาชาติและเป็นการร่วมทำงานกับองค์พัฒนาเอกชนในพื้นที่ แต่ในภาพรวมของการควบคุมโรคแล้วพบว่า การปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบบริการสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา มีผลให้คลินิกกามโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดต้องปิดตัวลง ขณะที่งานบริการด้านนี้ในโรงพยาบาลของรัฐยังไม่มีความพร้อม ทำให้เกิดช่องว่างของการบริการ **ส่งผลให้งานป้องกันและควบคุมเอดส์และกามโรคอ่อนแอลงทั้งในกลุ่มคนไทยและต่างด้าว**

---

[7] เป็นศัพท์ที่องค์การสหประชาชาติใช้เรียกการเดินทางจากประเทศหนึ่งเข้าสู่อีกประเทศหนึ่งอย่างผิดกฎหมายเพื่อหลีกเลี่ยงการตีตราผู้ย้ายถิ่นกลุ่มนี้ ก่อนหน้านี้มีศัพท์ภาษาอังกฤษอื่น ๆ ที่ใช้ในความหมายเดียวกัน ได้แก่ undocumented migration, unauthorized migration, และ illegal migration

[8] การนำเสนอของแคเธอรีน บอนด์ (Katherine Bond) ในการอภิปรายกลุ่มเรื่อง 'การอพยพย้ายถิ่นและการพัฒนาระบบสาธารณสุขในบริบทของการบูรณาการเชิงภูมิภาค: รูปแบบและทิศทางในอนาคต. ในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง การบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างชาติครั้งที่ 1 จัดโดยองค์กร PATH และภาคีฟ้ามิตร ณ โรงแรมรามาการ์เด้น กรุงเทพมหานคร วันที่ 5-7 กรกฎาคม 2549.

กรมควบคุมโรคก็เห็นพ้องว่า ช่องว่างที่เกิดขึ้นนี้ควรได้รับการแก้ไข จึงจัดให้มีการอบรมเสริมสร้างศักยภาพเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหลายรอบ เพื่อให้สามารถเปิดคลินิกบริการในเรื่องนี้ได้ ขณะที่ทางโรงพยาบาลหลายแห่งก็พยายามปรับตัวด้วยการเปิดคลินิกกามโรคขึ้น อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ระดับสูงของกรมควบคุมโรคยอมรับว่าการอบรมนั้นไม่ได้ผล เพราะจากการประเมินผลพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมนั้น ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในเรื่องการให้บริการรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์[9]

แต่สำหรับ **งานสาธารณสุขชายแดน** นั้น ประเทศไทยได้รับคำชมจากที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกว่า เป็นประเทศที่กระตือรือล้นมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรนานาชาติ และทำให้เกิดความร่วมมือกับองค์กรภาครัฐและเอกชนในประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศ (พม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย) ขึ้นได้จริง[10] กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดเก็บข้อมูลสาธารณสุขชายแดนมาประมาณเกือบ 10 ปีแล้ว แต่เพิ่งเริ่มจัดทำแผนแม่บท 5 ปี ใน พ.ศ. 2549 นี้เอง แผนแม่บทสาธารณสุขชายแดน (2549-2553) กำหนดวิสัยทัศน์ว่า 'ชุมชนในพื้นที่ชายแดนมีระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ ภายในปี พ.ศ. 2552' และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จไว้ 5 ข้อคือ (1) โรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดนลดลง (2) การควบคุมโรคระบาดอย่างทันท่วงที (3) **สัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม** (4). การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนตามแผนบูรณาการ และ (5) การมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน[11]

ปัญหาการบริการและการควบคุมโรคที่สำคัญในงานสาธารณสุขชายแดนที่แผนแม่บทระบุถึง คือ ปัญหาโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ โรคอุจจาระร่วง โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก เพราะพบว่า อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าไม่ถึงการรับบริการวางแผนครอบครัว ส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กสูง ปัญหาการเคลื่อนย้ายประชากรเนื่องจากบริเวณแนวชายแดนเป็นช่องทางเข้า-ออกของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน และจังหวัดชายแดนหลายแห่งเป็นเมืองเศรษฐกิจ แรงงานมีการอพยพเคลื่อนย้ายตลอดเวลา และมีการกระจายส่งต่อแรงงานไปทั่วประเทศ ตามความต้องการของแรงงานราคาถูก และตามจังหวัดใหญ่ และ **ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในชนกลุ่มน้อยที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย**

ขณะที่ศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ดีกว่า 3 ประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า ลาว และกัมพูชา ทำให้ประชาชนตามแนวชายแดนจาก 3 ประเทศ นิยมเข้ามารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขในประเทศ จนเป็นปัญหาต่อโรงพยาบาลอำเภอชายแดนหลายจังหวัด ที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ดังที่พบในกรณีศึกษาจังหวัดตาก (บทที่สาม) กาญจนบุรี (บทที่สี่) และอุบลราชธานี (บทที่ห้า) แต่ตรงกันข้ามกับในจังหวัดตราดที่ในปี 2547 มีรายรับจากคนต่างชาติที่ไม่มีบัตรสุขภาพ แต่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เป็นสัดส่วนสูงถึงครึ่งหนึ่งของรายรับทั้งหมดที่ได้จากการให้บริการสุขภาพต่อคนต่างชาติ (บทที่แปด)

---

[9] จากการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยห้อง 'การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเอดส์' ในการประชุมเรื่อง 'หยุดเอดส์...แรงงานข้ามชาติมีส่วนร่วม.' จัดโดยภาคีเครือข่ายฟ้ามิตร ณ ห้องแกรนบอลลรูม โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2549.

[10] ความเห็นของ Dr.Luis Jorge Perez-Calderon ที่ปรึกษางานด้าน Emergency and Humanitarian Action ของสำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลก

[11] อ้างอิงจาก '(ร่าง) แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2549- 2553'. เอกสารอัดสำเนาของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2549).

กล่าวโดยเฉพาะ **งานเอดส์ชายแดน** เริ่มได้รับความสนใจดำเนินงานเชิงรุกใน พ.ศ. 2547 คือ กระทรวงสาธารณสุขมีการประสานความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งนี้ประเทศไทยมีจังหวัดชายแดนรวม 30 จังหวัด ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) 9 แห่ง ในปีงบประมาณ 2547 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค ได้จัดสรรสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการนี้ให้แก่สสจ. 12 แห่ง และ สคร. 6 แห่ง โดยมีการดำเนินงานแยกเป็นชายแดน 4 ด้าน ดังนี้[12]

- ชายแดนไทย-สหภาพพม่า ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ระนอง และ สคร. 8, 10, 1
- ชายแดนไทย-สปป.ลาว ได้แก่ นครพนม มุกดาหาร อุบลราชธานี และ สคร. 6, 7
- ชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ สระแก้ว และ สคร. 3, 7
- ชายแดนไทย-มาเลเซีย ได้แก่ สงขลา

กิจกรรมที่ดำเนินการในภาพรวม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำงานเอดส์ชายแดน การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เทคโนโลยีและประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ **อบรมแกนนำแรงงานต่างชาติเพื่อให้ความรู้ในกลุ่มแรงงานต่างชาติด้วยกัน** (เพื่อนช่วยเพื่อน) อบรมเครือข่ายทางสังคม การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง การให้ความรู้ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การให้บริการตรวจรักษาตามแนวชายแดนในกลุ่มประชาชนไทย แรงงานต่างชาติ และหญิงบริการ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย ผลิตสื่อ 3 ภาษา และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม หากกล่าว**ในเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์ชาติ เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานกับประชากรกลุ่มเฉพาะอย่างประชากรข้ามชาติ**นี้ ประเทศไทยเพิ่งเริ่มให้ความสนใจในการวางแผนยุทธศาสตร์ป้องกันปัญหาเอดส์ชาติ ซึ่งครอบคลุมถึงประชากรเคลื่อนย้าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ย้ายถิ่นต่างชาติในประเทศไทยหรือคนไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศ รวมถึงชาวเขาและชนกลุ่มน้อยด้วย โดยกำหนดให้มีแผนแม่บท 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554) เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับแรงงานข้ามชาติและกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายอื่น ๆ[13]

ในเอกสารร่างแผนแม่บทนี้[14] มุ่งหวังที่จะให้เกิดนโยบายและกฎหมายที่เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่บังคับใช้ได้จริง ให้มีการจัดตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด โดยเปิดให้กลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายได้มีส่วนร่วมในการวางแผน เกิดเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพคนทำงานเรื่องนี้ มีการขับเคลื่อนรณรงค์ให้นายจ้าง ผู้ให้บริการ และภาคีที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปี เกิดศูนย์กลางสื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์หลายภาษาในระดับประเทศและจังหวัดเป้าหมาย การติดตามประเมินผลนอกจากกำหนดให้มีรายงานประจำปีด้านสถานการณ์เอดส์ของประชากรเคลื่อนย้ายในระดับประเทศแล้ว ยังให้มีข้อมูลข้อสนเทศที่นำไปใช้ในระดับประเทศและระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังวางเป้าหมายให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับพื้นที่ข้ามชายแดน ทวิภาคีและระดับภูมิภาคขึ้นได้จริงด้วย

---

[12] แผนงานเอดส์ชายแดนของสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [สืบค้นจาก http://www.aidsthai.org/plan_aidsinter1.html เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2549].

[13] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2549 และจากเอกสารชื่อ 'การตรวจสอบนโยบายเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ'

[14] แผนแม่บท : การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มคนย้ายถิ่นต่างชาติและกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย พ.ศ. 2550-2554 ฉบับร่างเดือนตุลาคม 2549 ประมวลจากผลการประชุมวางแผนของคณะทำงาน คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายและภาคีจากภาคส่วนต่างๆ

ตัวอย่างแผนงานรูปธรรมหนึ่งคือ 'การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติ' ของสำนักระบาดวิทยา เพื่อติดตามอัตราความชุกของการติดเชื้อในประชากรกลุ่มนี้ บนเหตุผลว่าแรงงานต่างชาติเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหารุนแรง เพราะมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ สำหรับวิธีการเก็บข้อมูลอาจใช้การสำรวจปีละครั้ง หรือแบ่งเลือดจากการตรวจสุขภาพประจำปีของแรงงานไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส โดยไม่ระบุชื่อเจ้าของเลือดตัวอย่าง (unlinked anonymous) ทั้งนี้วิธีการเฝ้าระวัง**จะดำเนินการเฉพาะในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติและสนใจที่จะดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส**[15]

ผู้เขียนตั้งข้อสังเกตว่า การเฝ้าระวังข้างต้นยังเป็นงานที่สามารถเลือกทำได้ตามความสมัครใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละจังหวัดเอง มิได้กำหนดเป็นแผนงานสำหรับทุกจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นให้ต้องทำอย่างต่อเนื่องแต่อย่างใด ทั้งที่จริงแล้วสามารถนำข้อมูลแบบแผนการระบาดนี้มาใช้ประกอบกับข้อมูลจากหน่วยราชการอื่น ๆ และภาคเอกชน รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจรากเหง้าของปัญหาด้านอื่น ๆ ของแรงงานข้ามชาติที่ทำให้ตัวแรงงานต้องตกอยู่ในภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ ซึ่งอาจนำไปสู่การสร้างแผนงานควบคุมและป้องกันการระบาดเอดส์ในกลุ่มประชากรนี้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป ขณะเดียวกันก็สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ต่างชาติได้ด้วย

2.3.1 อัตราติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

การเฝ้าระวังอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีการทำบ้างแล้วในบางจังหวัด แต่ไม่ได้ทำอย่างเป็นระบบต่อเนื่องทุกปี ผลการเฝ้าระวังในบางพื้นที่อาจเป็นตัวบ่งชี้ในเบื้องต้นได้ว่า อัตราติดเชื้อของกลุ่มแรงงานข้ามชาตินับว่ายังค่อนข้างต่ำ คือประมาณ 1–2 % เท่านั้น (ดูตารางที่ 2.5) แต่เมื่อพิจารณาอัตราติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มลูกเรือประมงในตารางที่ 2.6 พบว่ามีอัตราค่อนข้างสูง ตารางนี้มิได้จำแนกว่าเป็นแรงงานไทยหรือต่างชาติ แต่เข้าใจว่าส่วนใหญ่คือแรงงานต่างชาติ เมื่อดูแนวโน้มแล้วเห็นชัดเจนว่า อัตราติดเชื้อลดลงในทุกจังหวัดที่มีการเฝ้าระวัง ตัวอย่างเช่น ในปัตตานีพบอัตราติดเชื้อลดลงจากปี 2542 ที่พบ 22% เป็น 9.5% ในปี 2543 และ 7.3% ในปี 2544 จนลดลงเหลือ 4% เศษ ในปีถัดมาจนถึงปี 2547 จากผลการศึกษาในปัตตานีเองก็พบว่า กลุ่มลูกเรือประมงมีแนวโน้มติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยลูกเรือที่อายุมากกว่า 29 ปี อาจจะมีแนวโน้มติดเชื้อมากขึ้น[16] และแรงงานไทยมีอัตราติดเชื้อสูงกว่าแรงงานต่างชาติ (ตารางที่ 2.7)

[15] เอกสารประกอบการประชุม ในการประชุมเรื่องสถานการณ์โรคเอดส์ การระบาดและการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เพื่อพิจารณาในประเด็น Gap Analysis สำหรับขอเสนองบประมาณจาก GFATM รอบที่ 6 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2549.

[16] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549. 'สถานการณ์โรคเอดส์ การระบาดและการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย'. เอกสารประกอบการประชุม ในการประชุมเรื่องสถานการณ์โรคเอดส์ การระบาดและการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เพื่อพิจารณาในประเด็น Gap Analysis สำหรับขอเสนองบประมาณจาก GFATM รอบที่ 6 เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2549.

ตารางที่ 2.5 : ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติ จำแนกตามจังหวัด โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด	2543			2545			2546			2547			2548		
	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%	ตรวจ	บวก	%
สมุทรสาคร	23,000	345	1.5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	200	2	1.0
กาญจนบุรี	436	4	0.9	169	3	1.8	–	–	–	–	–	–	–	–	–
เพชรบุรี	195	6	3.1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ประจวบคีรีขันธ์	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	419	6	1.4
สระแก้ว	–	–	–	–	–	–	299	8	2.7	–	–	–	–	–	–
แม่ฮ่องสอน	–	–	–	–	–	–	112	0	0.0	416	6	1.4	–	–	–
ระนอง	206	0	0.0	200	2	1.0	200	3	1.5	200	2	1.0	200	1	0.5
สงขลา	21	0	0.0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ปัตตานี	1,026	44	4.3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	168	1	0.60
รวม	**24,884**	**399**	**1.60**	**369**	**5**	**1.4**	**611**	**11**	**1.8**	**616**	**8**	**1.3**	**987**	**10**	**1.0**

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.6: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มลูกเรือประมง พ.ศ. 2542 – 2547

จังหวัด	ร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวี (จำนวนลูกเรือที่สุ่มตรวจ)					
	2542	2543	2544	2545	2546	2547
สมุทรสาคร	5.8 (548)	3.0 (200)	3.8 (132)	–	–	–
ประจวบคีรีขันธ์	6.1 (115)	4.3 (47)	–	–	–	–
ตราด	3.3 (92)	13.7 (139)	10.2 (196)	2.2 (91)	3.9 (129)	–
ชุมพร	12.2 (214)	3.9 (204)	5.9 (202)	5.0 (121)	3.2 (156)	9.4 (278)
ระนอง	8.0 (100)	7.6 (224)	9.5 (200)	10.0 (200)	6.5 (200)	3.3 (121)
ภูเก็ต	–	8.9 (203)	7.4 (204)	9.3 (150)	4.6 (151)	5.6 (174)
สงขลา	11.0 (200)	8.4 (250)	5.5 (201)	9.5 (211)	9.8 (51)	3.5 (174)
ปัตตานี	22.0 (200)	9.5 (200)	7.3 (400)	4.5 (400)	4.8 (400)	4.5 (400)
ตรัง	3.0 (33)	3.2 (95)	7.9 (76)	6.9 (102)	3.7 (107)	4.3 (210)

ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอ็ชไอวี (HIV Sero Surveillance) เชิงพื้นที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.7: เปรียบเทียบอัตราติดเชื้อเอชไอวี (%) ระหว่างกลุ่มแรงงานไทยและแรงงานต่างชาติ ในจังหวัดปัตตานี พ.ศ. 2543 – 2547

ปี	แรงงานไทย	แรงงานต่างชาติ
2543	9.5 (200)	5.6 (107)
2544	7.5 (200)	7.0 (200)
2545	7.5 (200)	1.5 (200)
2546	6.0 (200)	3.5 (200)
2547	5.0 (200)	4.0 (200)

ที่มา: สำนักสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข

2.3.2 อัตราติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการต่างชาติ

ปัจจัยบ่งชี้สถานการณ์เอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการทั้งตรงและแฝง ในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานต่างชาติเข้มข้น มีข้อมูลจากงานวิจัยชี้ว่าหญิงบริการต่างชาติส่วนใหญ่เข้ามาทำงานบริการโดยกระบวนการล่อหลอกให้ทำงานบริการด้วยความเต็มใจ คือไม่มีการบังคับแต่ตัดสินใจค้าบริการเองเนื่องจากสภาพหนี้สินบังคับ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่ถูกล่อลวงนำมาค้าประเวณี หญิงบริการต่างชาติมักทำงานในสถานบริการทางเพศแบบตรง และต้องทำงานในเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูง (กฤตยา และพูนสุข 2540; GAATW 1997; Kritaya 1998) สถานการณ์ดังกล่าวยังพบในจังหวัดชายแดนไทยหลายจังหวัด เช่น ตราด และอุบลราชธานี

ตัวเลขในตารางที่ 2.8 แสดงอัตราติดเชื้อในหญิงบริการ (ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นคนไทยหรือต่างชาติ) มีข้อพึงสังเกตว่าอัตราติดเชื้อของหญิงบริการตรงในจังหวัดเหล่านี้เป็นตัวเลขที่อยู่ในระดับสูงมาก จังหวัดที่มีอัตราติดเชื้อของหญิงบริการตรงสูงสุด คือจังหวัดตราด คือสูงถึง 39% และ 25% ในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ จากการลงพื้นที่ของผู้เขียนเองพบว่าหญิงบริการตรงในจังหวัดตราดเกือบทั้งหมดคือ ผู้หญิงย้ายถิ่นจากกัมพูชาและเวียดนาม

ควรกล่าวย้ำว่า **หญิงบริการตรงในสถานบริการในอำเภอชายแดน** ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นคนต่างชาติ เช่น ตราด อุบลราชธานี เชียงราย เชียงใหม่ และกาญจนบุรี เป็นต้น แต่สัดส่วนของหญิงบริการที่เป็นต่างชาตินี้ เป็นตัวเลขที่ไม่มีการคาดประมาณไว้ ผู้เขียนได้เคยเสนอแนะไว้ในหลายรายงานมากกว่า 10 ปี และในการอภิปรายหลายครั้งว่า การสำรวจสถานบริการทุกเดือนมกราคมนั้น สามารถคาดประมาณอัตราผู้ให้บริการทางเพศที่เป็นคนต่างชาติได้อย่างเป็นระบบ แต่เจ้าหน้าที่ที่ทำการสำรวจกล่าวเสมอว่า ไม่สามารถทำได้เพราะยังไม่เป็นนโยบายของกระทรวง จึงเป็นเรื่องไม่น่าแปลกใจที่เกือบทุกจังหวัดไม่มีข้อมูลนี้ (ดู ตารางที่ 2.9)

ข้อเท็จจริงก็คือ ความเปราะบางของหญิงบริการต่อการติดเชื้อ อยู่ที่สภาพและเงื่อนไขในการทำงาน ดังปรากฏว่าโดยเฉลี่ยแล้วหญิงบริการแฝงมีอัตราติดเชื้อต่ำกว่าหญิงบริการตรง เพราะเงื่อนไขการทำงานของหญิงบริการแฝงดีกว่า มีทางเลือกมากกว่า ประกอบกับอาจเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือในการป้องกันได้ดีกว่าด้วย การลดอัตราติดเชื้อและการดูแลหญิงบริการต่างชาติ จึงควรเป็นประเด็นที่รวมเข้าไปอยู่ในแผนแม่บทเอดส์ชาติในเรื่องกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายที่กล่าวไปแล้วข้างต้นด้วย

ตารางที่ 2.8: อัตราติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการตรงและแฝงในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้น ปี 2547–2548

จังหวัด	2547		2548	
	หญิงบริการตรง	หญิงบริการแฝง	หญิงบริการตรง	หญิงบริการแฝง
กรุงเทพมหานคร	4.50	4.00	7.35	1.76
สมุทรสาคร	16.67	4.48	17.78	3.05
ตาก	4.00	–	9.80	5.66
เชียงใหม่	8.49	2.55	2.17	3.14
ชลบุรี	5.44	–	7.07	3.48
สมุทรปราการ	23.33	5.31	18.92	11.32
ระนอง	28.83	7.34	21.33	3.67
ภูเก็ต	10.36	2.86	6.40	2.66
ปทุมธานี	6.96	–	10.98	–
ลำปาง	11.54	6.33	15.46	4.26
ประจวบคีรีขันธ์	17.86	3.33	12.96	3.32
ตราด	38.71	6.61	25.00	7.18
ปัตตานี	13.00	2.50	15.00	2.00
อุบลราชธานี	–	–	7.46	4.43
รวมทั้งประเทศ	9.97	4.52	8.19	3.78

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ประเทศไทย รอบที่ 22 (มิถุนายน 2547) และรอบที่ 23 (มิถุนายน 2548).

ตารางที่ 2.9: จำนวนพนักงานบริการทางเพศหญิงและชาย และจำนวนสถานบริการทางเพศ ปี 2547 – 2548

ประเภท	2547			2548		
	หญิง (1)	หญิง(2)	ชาย	หญิง(1)	หญิง(2)	ชาย
จำนวนพนักงานบริการทางเพศ(3)	55,712		4,460	53,466		3,997
อัตราติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ) (4)	9.97	4.53	9.63	9.19	3.78	9.09
คาดประมาณ % ของพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติ	มข.		มข.	มข.		มข.
จำนวนสถานบริการ(3) แห่ง	12,847			13,833		

หมายเหตุ:
(1) หญิงบริการแบบตรง คือทำงานในสถานบริการที่มีการซื้อขายบริการทางเพศตรงไปตรงมา
(2) หญิงบริการแบบแฝง คือทำงานในสถานบริการที่มีการซื้อขายบริการทางเพศแบบแอบแฝง
(3) การสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย กองโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
(4) ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอ็ชไอวี (HIV Sero Surveillance) เชิงพื้นที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

มข. คือไม่มีข้อมูล

2.4 นโยบายรัฐกับสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ

สถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สามารถแบ่งได้เป็น 2 มิติ มิติแรกคือ **ปัญหาที่เกิดจากสภาวะความยากลำบากในการครองชีวิตของแรงงาน การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ และปัญหาที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์** ปัญหาในมิตินี้เกิดกับแรงงานหญิงมากกว่าแรงงานชาย เนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมของแรงงานข้ามชาติ ยังมีการควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิงอย่างเข้มข้น จึงพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการท้องและการแท้งสูง กล่าวคือ มีอัตราการคลอดสูงซึ่งนำไปสู่ปัญหาการตายคลอด การแท้งเองและการทำแท้งสูงมาก แรงงานที่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กมีเพียงหนึ่งในสาม และแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด หากตั้งครรภ์มักทำคลอดโดยหมอตำแย หรือคลอดเอง เพราะไม่มีเงินและพูดภาษาไทยไม่ได้

หลายพื้นที่มีความพยายามแก้ไขปัญหาข้างต้นอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก (ดูรายละเอียดในบทที่สาม) อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี (ดูรายละเอียดในบทที่สี่) จังหวัดสมุทรสาคร (ดูรายละเอียดในบทที่หก) จังหวัดพังงา (ดูรายละเอียดในบทที่เจ็ด) จังหวัดระยอง จังหวัดตราด (ดูรายละเอียดในบทที่แปด) และจังหวัดระนอง เป็นต้น โดยนายแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล และหรือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอได้พยายามแก้ไขปัญหาด้วยการทำงานทางรุก เช่น การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) จัดอบรมหมอตำแย แจกชุดทำคลอดสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ และจัดโครงการพิเศษต่าง ๆ เป็นต้น

ปัญหาในมิติที่สอง คือ **ปัญหาเชิงนโยบายที่ส่งผลกระทบทางลบต่ออนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติเอง** ได้แก่ (1) ปัญหาที่เกิดจากการบังคับตรวจการตั้งครรภ์ (2) ปัญหาการให้ใบรับรองการเกิดสำหรับลูกแรงงานข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทย และ (3) ปัญหาแม่ท้องติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับยาต้าน AZT ดังที่ข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษาต่อไปนี้ คือ

2.4.1 ปัญหาที่เกิดจากการบังคับตรวจการตั้งครรภ์

ในกรณีนี้ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย แม้จะชัดเจนว่าเมื่อแรงงานหญิงถูกตรวจพบว่าตั้งครรภ์จะไม่ถูกส่งกลับประเทศ แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่ไม่น้อย กล่าวคือ ในบางจังหวัด มีคำสั่งจากฝ่ายปกครองว่าหากตรวจพบว่าตั้งครรภ์ให้นำแรงงานหญิงคนนั้นส่งตม. และเป็นปัญหากับตัวแรงงานเองว่าจะได้จ้างงานต่อหรือไม่ เพราะกระทรวงแรงงานถือว่าเป็นดุลยพินิจของนายจ้าง ข้อเท็จจริงพบว่าส่วนใหญ่จะไม่ถูกจ้างต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับแรงงานหญิงมากที่สุดในช่วงที่ผ่านมา นั่นคือ แรงงานหญิงบางคนที่รู้ว่าท้องก็ตัดสินใจทำแท้งก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพ และบางคนหลีกเลี่ยงโดยการใช้ปัสสาวะของเพื่อนแทน ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขอธิบายยืนยันว่าการตรวจเรื่องนี้เป็นไปเพื่อดูแลสุขภาพของมารดาและเด็กที่จะเกิดต่อไป เพราะในทางปฏิบัติแรงงานทุกคนต้องเอ็กซเรย์ปอดและกินยาดีอีซี (DEC – Diethyl Carbamazine) เพื่อควบคุมโรคเท้าช้าง หากไม่ตรวจให้แน่ใจว่าตั้งครรภ์หรือไม่ แพทย์จะไม่กล้าเอกซ์เรย์และให้ยาโรคเท้าช้าง เนื่องจากมีผลข้างเคียงทำให้เสี่ยงต่อความพิการของเด็ก ซึ่งในที่สุดส่งผลเสียต่อแม่มากกว่า

ในการประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแรกของรายงานวิจัยฉบับนี้ เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549 ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรด้านสิทธิและองค์กรที่ทำงานเรื่องแรงงานข้ามชาติ มองว่าเรื่องนี้เป็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง แต่เข้าใจเจตนาดีของการตรวจครรภ์ **จึงมีข้อเสนอให้ไม่มีการแจ้งผลการตรวจครรภ์ โดยให้ระบุอยู่ในเกณฑ์และมาตรฐานในการตรวจร่างกาย ว่าการตรวจการตั้งครรภ์นั้นเป็นไปเพื่อเหตุผลทางการแพทย์ ไม่ต้องแจ้งผลต่อกระทรวงแรงงาน** โดยตัวแทนจากกระทรวงแรงงานคิดว่าน่าจะทำได้ ขณะที่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานต่างชาติเข้มข้นก็เห็นพ้องไปในทางเดียวกัน

2.4.2 ปัญหาการให้ใบรับรองการเกิดสำหรับลูกแรงงานข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทย

เริ่มมีปัญหามาตั้งแต่ปี 2539 ที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอดจะไม่ให้ใบรับรองการเกิดแก่เด็กที่เกิดจากแรงงานหญิงต่างชาติ ทำให้เกิดข้อท้วงติงจากนักวิชาการและองค์กรด้านสิทธิว่า เจ้าหน้าที่รัฐกำลังไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย เพราะพ.ร.บ.ทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 มาตรา 23 ระบุว่า 'เมื่อมีคนเกิด ผู้ทำคลอดต้องออกหนังสือรับรองการเกิด' และการไม่ออกใบรับรองการเกิดให้จะนำไปสู่ปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในอนาคต การผลักดันเรื่องนี้ส่งผลให้กระทรวงมหาดไทยออกหนังสือสั่งการสำคัญเลขที่ มท 0310.1/1 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2545 เรื่อง การออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) ให้กับบุตรของคนต่างด้าว มีใจความสำคัญว่า 'ไม่ว่าผู้ไปคลอดบุตรที่สถานพยาบาลจะเป็นคนต่างด้าวประเภทใดก็ตาม เจ้าหน้าที่ผู้ทำคลอดของสถานพยาบาลสามารถออกหนังสือรับรองการเกิดให้ได้ ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด' อย่างไรก็ดี ในหนังสือสั่งการนี้ย้ำว่า **มิใช่เป็นการรับแจ้งหรือจดทะเบียนการเกิดแต่ประการใด**

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการรับรองการเกิดสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ต่างชาติไม่มีปัญหาในเชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่ห้องคลอดในสถานบริการทุกแห่งรับทราบว่าต้องออกหนังสือนี้ให้ ในการลงพื้นที่ 10 จังหวัดของผู้เขียนในปี 2546–2547 พบว่า ในทางปฏิบัติแล้ว เจ้าหน้าที่เกือบทุกสถานพยาบาลไม่ได้ให้หนังสือรับรองการเกิดนี้กับผู้หญิงที่คลอด สาเหตุหลักส่วนหนึ่งมาจากตัวแรงงานเองที่ไม่ทราบถึงความสำคัญของเอกสารนี้ จึงมีแรงงานต่างชาติที่มาคลอดบุตรในสถานบริการแล้วรับใบรับรองการเกิดเพื่อนำไปแจ้งเกิดที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเป็นจำนวนน้อยมาก เพราะแม้แต่ผู้รับใบรับรองการเกิดไปก็ไม่ไปแจ้งเกิด ด้วยเหตุผลหลักๆว่ากลัวถูกจับ

แต่การลงพื้นที่ในปี 2549 พบว่า เกิดความก้าวหน้าทางบวกในหลายจังหวัดด้วยกัน ดังตัวอย่างจากจังหวัดตราดที่พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องคลอดออกใบรับรองการเกิดให้แก่ทุกคนที่มาคลอด หากไม่มีบัตรแสดงตนใด ๆ เจ้าหน้าที่ก็จะเขียนไว้ที่หัวกระดาษว่า "เขียนตามคำบอกเล่า" หรือ "ไม่มีหลักฐานมาแสดง" แล้วจะนำหลักฐานทั้งหมดส่งให้กับฝ่ายทะเบียนราษฎร์ของเทศบาลเอง (ดูรูปที่ 2.7) โดยตกลงกับเทศบาลว่า ฝ่ายทะเบียนราษฎร์จะเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้ทั้งหมด เพื่อป้องกันปัญหาการแจ้งเกิดเกินกำหนดของคนไทย เพราะหากแจ้งช้า การได้สูติบัตรจะมีกระบวนการสอบสวนที่ยุ่งยาก การปฏิบัตินี้ไม่ได้แยกว่าเป็นไทยหรือต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ทางเทศบาลจะรายงานจำนวนเด็กต่างชาติที่เกิดใหม่ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เฉพาะรายที่พ่อแม่มารับใบรับรองการเกิดเท่านั้น คือไม่รายงานการเกิดของเด็กต่างชาติที่พ่อแม่ไม่มารับใบรับรองการเกิด ทำให้สสจ.ได้รับตัวเลขจำนวนเด็กต่างชาติเกิดใหม่ไม่ครบถ้วน โดยนายทะเบียนให้เหตุผลว่า "ผมก็คิดเอาเองว่าเค้ายังไม่มารับผมก็เลยยังไม่แจ้ง"[17]

รูปที่ 2.7 ตัวอย่างใบรับรองการเกิด

[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นายทะเบียนราษฎร์ เทศบาลเมืองตราด เมื่อ 2 สิงหาคม 2549.

ต่อประเด็นนี้ทัศนัย ขันตยาภรณ์ ผู้บริหารโครงการขององค์กร PATH ให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นว่า

เคยไปสัมภาษณ์ทางระยองก็เหมือนกัน ทางเทศบาลบอกว่าใบเกิดที่ตั้งเอาไว้นี่มันเต็มไปหมด แต่ไม่มีใครมารับเลย ...ก็มีความพยายามผลักดันว่าถ้าจะแก้ปัญหาในเชิงสาธารณสุข ควรจะทำทร.1/1 หรือใบรับรองการเกิดให้สามารถเป็นเอกสารทางราชการที่ใช้อ้างอิงได้จริง สืบค้นได้ในระยะ 10 ปี อะไรแบบนี้ จะทำให้สามารถคาดประมาณจำนวนของเด็กเกิดที่แท้จริงในประเทศได้ เพราะอย่างการรณรงค์ให้วัคซีนเด็กในแต่ละปี ต้องใช้ข้อมูลตัวเลขนี้ เค้าใช้การคาดประมาณจากทะเบียนราษฎร์ แต่ทะเบียนราษฎร์นั้นไม่ได้สะท้อนจำนวนเด็กที่แท้จริงที่อยู่ในประเทศไทย ทำให้คาดประมาณการให้วัคซีนอะไรไม่ได้เลย

(ให้ความเห็นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549
ในการประชุมรับฟังความคิดเห็นร่างรายงานสรุปข้อค้นพบสำคัญของโครงการวิจัยนี้)

ประเด็นที่ยังคงเป็นเรื่องสับสน หรือเข้าใจไม่ตรงกัน คือเรื่องการเพิ่มชื่อบุตรของแรงงานข้ามชาติที่เกิดใหม่ใน ท.ร. 38/1 ของพ่อแม่ แม้จะกำหนดแนวทางการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในระบบทะเบียนราษฎร์ ที่ต้องมีการเพิ่มชื่อเมื่อมีเด็กเกิดใหม่ และหากมีผู้เสียชีวิตต้องแจ้งนายทะเบียน เช่นเดียวกับการย้ายที่อยู่ ก็ต้องแจ้งนายทะเบียนเช่นกัน[18] แต่ปรากฏว่าในทางปฏิบัติ ทั้งนายทะเบียน เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ตัวแรงงานข้ามชาติและตัวนายจ้าง รวมถึงผู้ปฏิบัติงานขององค์กรพัฒนาเอกชน ต่างก็ไม่ทราบว่าเด็กต่างชาติเกิดใหม่ที่พ่อแม่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎร์ไทย (ในที่นี้คือ ท.ร.38/1) เมื่อได้ใบรับรองการเกิดแล้วต้องไปแจ้งเกิดเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้านและเด็กต้องได้รับเลขประจำตัว 13 หลักด้วย

2.4.3 ปัญหาแม่ท้องติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับยาต้าน AZT

แนวปฏิบัติทั่วไปคือ หากเป็นแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ การให้ยาต้านไวรัสจากแม่สู่ลูกรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองด้วย แต่เนื่องจากแรงงานหญิงที่ท้องจำนวนมากไม่ได้ทำงานและไม่มีบัตร กลุ่มนี้หากติดเชื้อก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้ องค์กรพัฒนาเอกชนบางแห่งพยายามประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขหากพบกรณีดังกล่าว การแก้ปัญหานี้จึงเป็นเรื่องของต่างคนต่างพยายามแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไป ในพื้นที่ศึกษาก็พบวัตรปฏิบัติแตกต่างกันคือ จังหวัดตราด และกาญจนบุรี หากตรวจพบจะให้ยาต้านไวรัสทุกราย โดยไม่สนใจว่าเป็นคนไทยหรือต่างชาติ มีบัตรหรือไม่มีบัตร จังหวัดระยอง สมุทรสาคร สมุทรปราการ พังงา และภูเก็ต ให้เฉพาะแรงงานหญิงที่มีบัตรเท่านั้น ขณะที่จังหวัดตากจะให้ยาต้านไวรัสเฉพาะคนที่มั่นใจว่าติดตามต่อเนื่องได้เท่านั้น ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีในอดีตเคยให้ยา AZT แก่หญิงต่างชาติตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ แต่ปัจจุบันไม่มีการให้ AZT ครอบคลุมคนต่างชาติ แต่มีการส่งต่อและแจ้งให้ทางลาวดูแลกันเอง **ทั้งหมดนี้ยังคงสอดคล้องเช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งแรกว่า ควรเร่งให้มีการพิจารณาถึงการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ** (ดูข้อเสนอแนะข้อ 2.9.4)

[18] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นายไกรราศ แก้วดี ผู้อำนวยการส่วนทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2549

2.5 มาตรการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว

ในเชิงนโยบายแล้ว การดำเนินงานบริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความคืบหน้ามากกว่าเรื่องอื่นๆ แม้การเข้าถึงบริการนี้ยังคงเป็นปัญหาหลักของแรงงานก็ตาม ที่น่าสนใจคือ ในปี 2547 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในฐานะหน่วยประสานงานกลาง ได้ทดลองพัฒนารูปแบบเครือข่ายดำเนินงานวางแผนครอบครัว และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ คือ มีการดำเนินงานแบบบูรณาการประสานงานกับหน่วยงานราชการ และองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง มุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก สำรวจข้อมูลและสถานะสุขภาพ และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนกิจกรรมอย่างสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของแรงงานข้ามชาติ

ตามแผนงานนี้จะมีการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครอบคลุมกลุ่มเด็กแรงงานข้ามชาติ จัดประชุมอบรมนายจ้างในสถานประกอบการที่มีแรงงานมากกว่า 200 คน ขึ้นไป และทำคู่มือดูแลสุขภาพเป็นภาษาพม่า โดยคาดว่าจะมีบริการคุมกำเนิดทุกวิธี รับฝากครรภ์ ตรวจเลือด และให้การดูแลด้านอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่ท้องจนคลอด พร้อมทั้งแนะนำการวางแผนครอบครัวหลังคลอด โดยมีการอบรมอาสาสมัครแรงงานต่างชาติช่วยดำเนินงานด้วย

ในทางปฏิบัติ การดำเนินงานตามแผนงานข้างต้นเป็นไปด้วยดีในพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนช่วยทำงานเชิงรุก หรือองค์กรนานาชาติช่วยสนับสนุน ซึ่งมักเกิดขึ้นในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานเข้มข้น แต่ในหลายจังหวัดงานด้านนี้ยังไม่ประสบความสำเร็จนัก เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้น สิ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินงานต่อเนื่องควบคู่กันไป คือการประเมินผลแผนงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ปัญหาในงานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่พบในพื้นที่คือ การไม่ฝากครรภ์และปัญหาท้องและแท้ง เนื่องจากหญิงต่างชาติไม่นิยมมาคลอดในโรงพยาบาล มักคลอดเองที่บ้านโดยผู้ทำคลอดเป็นหมอตำแยเชื้อชาติเดียวกัน ซึ่งเป็นทางเลือกที่เข้าใจได้เพราะนอกจากจะไม่มีปัญหาในการพูดจาสื่อสารกันแล้ว ยังเสียค่าใช้จ่ายต่ำ รวมถึงความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการคลอด งานศึกษาในเรื่องคล้ายคลึงกันนี้ก็ยืนยันข้อค้นพบข้างต้น ดังเช่น ผลการศึกษาในจังหวัดสมุทรสาคร ระนอง และเชียงใหม่ (กฤตยา และคณะ 2543) และในจังหวัดระนองและภูเก็ต (ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิศุภนิมิตรที่ทำงานใน 2 จังหวัดนี้) ที่พบตรงกันว่า หญิงต่างชาติที่ท้องนิยมให้หมอตำแยทำคลอดให้ เป็นต้น

สำหรับข้อค้นพบในพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษาของโครงการวิจัยเองก็ยืนยันสอดคล้องกัน ดังที่พบในอำเภอชายแดนของจังหวัดกาญจนบุรี ว่าในหมู่บ้านหนึ่งๆ จะมีหมอตำแย 2–3 คน และจะทำคลอดกับหมอตำแยที่คุ้นเคย ประสบการณ์ของหมอตำแยแต่ละคนแตกต่างกัน บางคนเคยทำคลอดมามากกว่า 400 คน ในจังหวัดตากก็พบจำนวนเด็กต่างชาติเกิดมีชีพมากกว่าหญิงต่างชาติที่มาฝากครรภ์ ซึ่งแสดงว่ามาคลอดที่โรงพยาบาลโดยไม่มีการฝากครรภ์ ขณะที่สัดส่วนของหญิงพม่าที่ทำแท้งเปรียบเทียบกับแท้งเองเพิ่มจากร้อยละ 17.6 ในปี 2546 เป็น 18.7 ในปี 2547 และ 28.6 ในปี 2548 พื้นที่จังหวัดชั้นในอย่างสมุทรสาครเองก็ยังพบว่าแรงงานนิยมทำคลอดกับหมอตำแย โดยพื้นที่ในความดูแลของโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่ามีหมอตำแยที่รับทำแท้งและทำคลอดอยู่ในชุมชน 8 คน คิดค่าทำคลอดครั้งละ 2,000 บาท ถูกกว่าการทำคลอดในโรงพยาบาล และทางโรงพยาบาลจะรู้ว่าเด็กคลอดจากหมอตำแย หรือทำแท้ง ก็ต่อเมื่อแม่ตกเลือดถูกส่งตัวมาเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ภาพรวมที่ได้จากรายงานสถานการณ์สาธารณสุขในแรงงานต่างชาติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และคลอด (ตารางที่ 2.10) กลับชี้ว่าผู้มาฝากครรภ์มีจำนวนสูงกว่าผู้ที่มาคลอดจริงในโรงพยาบาล โดยดูจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่น้อยกว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์มาก และน่าสังเกตว่า ในปี 2547 ซึ่งเป็นตัวเลขรายงานที่เกือบสมบูรณ์จากทุกจังหวัดพบว่า อัตราหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์มีสูงถึง 1.5% และอัตราหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มาคลอดบุตร ซึ่งคิดจากจำนวนหญิงที่คลอดเด็กเกิดมีชีพก็ค่อนข้างสูงเช่นเดียวคือ 12%

ตารางที่ 2.10: จำนวนหญิงต่างชาติตั้งครรภ์และคลอด ปี 2547-2548 [1]

ประเภท	2547	2548
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์	18,428	8,225
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	10,332	6,311
จำนวนหญิงที่คลอดโดย		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	9,471	5,745
ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	81	306
หมอตำแย/เพื่อน/คลอดเอง	146	4
จำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร	1,231	995
จำนวนหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	160	1

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

[1] ปี 2547 เป็นตัวเลขจาก 73 จังหวัด ข้อมูลของกรุงเทพฯได้จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลตากสินเท่านั้น และปี 2548 เป็นตัวเลขจาก 56 จังหวัด

ตารางที่ 2.11 การได้รับวัคซีนชนิดต่าง ๆ ของแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั่วประเทศ ปี 2547-2548[1]

การได้รับวัคซีน	ปี	
	2547	2548
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน	12,096	3,842
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในช่วง NID 2 ครั้ง	92,355	3,689
หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก	6,971	2,224

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

[1] ปี 2547 เป็นตัวเลขจาก 73 จังหวัด ข้อมูลของกรุงเทพฯได้จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลตากสินเท่านั้น และปี 2548 เป็นตัวเลขจาก 56 จังหวัด

เมื่อพิจารณาถึงการให้วัคซีนขั้นพื้นฐาน การให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กต่างชาติ และการให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักแก่หญิงตั้งครรภ์ ตัวเลขในตารางที่ 2.11 อาจนำมาใช้ประโยชน์เชิงนโยบายได้ไม่มากนัก เนื่องจากเป็นรายงานที่ไม่สมบูรณ์ ขณะเดียวกันการนำมาคำนวณอัตราต่าง ๆ ทำได้ยาก เนื่องจากไม่รู้ตัวหารที่ถูกต้อง ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลนั้นๆ จึงไม่สามารถสะท้อนว่าครอบคลุมประชากรเป้าหมายมากน้อยเพียงไร ตัวเลขเหล่านี้เพียงแต่ยืนยันว่า กระทรวงสาธารณสุขมีการให้วัคซีนเด็กต่างชาติตามมาตรการที่ได้วางไว้ ดังนั้น สิ่งที่ควรพิจารณาต่อไปก็คือ ควรสร้างระบบการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ และการรายงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ พร้อมกับวางระบบสุ่มตรวจตัวเลขต่างๆ ว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงไร จึงจะสามารถนำมาใช้วางมาตรการแก้ไขปัญหาเรื่องอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

การบังคับให้แรงงานข้ามชาติทุกคนซื้อบัตรประกันสุขภาพ เป็นมาตรการที่เริ่มใช้ในปี 2541 ราคาค่าบัตรประกันสุขภาพคือ ไม่ต่ำกว่าคนละ 500 บาทต่อปี โดยสำนักงานสาธารณสุขบางจังหวัดได้เริ่มขายบัตรประกันสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัวของแรงงานด้วย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ในปี 2539 บางจังหวัด (เช่น จังหวัดระนอง) ได้ดำเนินการให้แรงงานต่างชาติซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นกองทุนใช้สำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างชาติ ซึ่งช่วยแก้ปัญหาได้ระดับหนึ่งโดยเฉพาะในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยแต่ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล ราคาบัตรสุขภาพนี้เพิ่มเป็น 1,000 บาท ในปี 2542 เป็น 1,200 บาท ในปี 2544 และ 1,300 บาท ในปี 2547 นับตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา แรงงานข้ามชาติถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพคือ ต้องจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพ และจ่ายอีกครั้งละ 30 บาท เมื่อไปรับบริการ

เม็ดเงินที่ได้จากจำนวนบัตรประกันสุขภาพนี้ ถือเป็นเงินบำรุงของสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัด พ.ศ. 2536 ซึ่งสามารถใช้เงินจำนวนนี้ไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวและให้คำแนะนำแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในชุมชนเดียวกันได้[19] เงินส่วนนี้ถือได้ว่าเป็นเงินนอกงบประมาณ การจัดสรรเงินจำนวน 1,300 บาท นั้นเหมือนกับเงินประกันสุขภาพรายหัว (โครงการ 30 บาทเดิม) ที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) คือ ในจำนวนเงิน 1,300 บาท แบ่งเป็น

1. ค่ารักษาพยาบาล	964	บาท จำแนกเป็น
- *ผู้ป่วยนอก*	*499*	*บาท*
- *ผู้ป่วยใน*	*415*	*บาท*
- *ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง*	*50*	*บาท*
2. ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	206	บาท
3. ค่าบริหารจัดการ	130	บาท

ในส่วนของค่าบริหารจัดการแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ จัดสรรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 120 บาท แต่ในกรุงเทพฯ เงินส่วนนี้จัดสรรให้กับกรมการแพทย์ ส่วนที่เหลืออีก 10 บาทนั้นจัดสรรให้กับสรส. ในฐานะหน่วยงานกลางที่ช่วยพัฒนาการจัดระบบข้อมูลและการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่แรงงานต่างชาติ ข้อค้นพบจากรายงานในพื้นที่ และในจังหวัดอื่น ๆ ที่ผู้เขียนได้ลงไปสอบถามพบว่า การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพในหลายจังหวัด ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับ สสจ. **โดยเฉพาะเงินส่วนที่ถูกกันสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท** ที่เรียกกันว่าเงิน p-p (health promotion and prevention)

จากหลักเกณฑ์การใช้เงินก้อนนี้ของกระทรวงสาธารณสุขระบุไว้ชัดเจนว่า 'เป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการฟื้นฟูสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา) และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา)'[20]

[19] จดหมายจากอธิบดีกรมบัญชีกลางถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขลงเลขที่ กค 0414/20011 วันที่ 12 กรกฎาคม 2548 เรื่อง เงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

[20] จดหมายจากรองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เลขที่ สธ 0707.4/1057 วันที 8 สิงหาคม 2548 เรื่อง เงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แจ้งเรื่องหลักเกณฑ์การใช้เงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

สำหรับหลักปฏิบัติทั่วไปในการจัดสรรเงิน 1,300 บาท ก็คือ ในกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจะได้รับเงินรักษาพยาบาลและเงิน p-p (964 + 206 บาท) ตามจำนวนหัวที่รับประกันไปเลย แต่ในต่างจังหวัดเงินประกันทั้งหมดถูกส่งจากโรงพยาบาลที่รับตรวจและประกันสุขภาพไปยังสสจ. จากนั้น สสจ. จะจัดสรรคืนกลับไปให้แต่ละสถานพยาบาลตามจำนวนหัวที่ทางสถานพยาบาลรับประกันไว้ ส่วนเงิน p-p นั้น ทางสสจ.มักเปิดให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกแห่งที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ รวมถึงสสจ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย เขียนเป็นโครงการขึ้นมาขอใช้เงินส่วนนี้ได้ แต่ไม่มีหลักการที่ชัดเจนในการจัดสรรเงินส่วนนี้ให้แก่สถานพยาบาล ในกรณีที่มีการเขียนโครงการขอเงินมามากกว่าจำนวนเงินที่มีอยู่ โดยในทางปฏิบัติมีรูปแบบแตกต่างกันไป ดังนี้

(1) สสจ.เป็นฝ่ายเก็บเงินไว้ทั้งหมด โดยเงิน p-p 206 บาท สสจ.เป็นคนใช้ ส่วนค่าบริการทางการแพทย์ 964 บาท สถานบริการต้องทำรายงานส่งมาให้สสจ. เพื่อจัดสรรคืนให้ตามผลงาน ตามที่ใช้จริง ซึ่งจะได้เงินในช่วงปลายปีงบประมาณ ตามจำนวนที่ใช้ไปจริงในรายงาน

(2) สสจ. ส่งเงินค่ารักษาพยาบาล 964 บาทให้กับสถานพยาบาลตามจำนวนแรงงาน ส่วนเงิน P-P 206 บาท ส่วนใหญ่ใช้เป็นค่าวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ โดยแบ่งให้สถานบริการ 50% สสจ. 50% และสถานบริการต้องเขียนโครงการของบมาใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบ เรียกว่า “งบประมาณสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากแรงงานต่างด้าว”

(3) ในบางจังหวัด เกิดสถานการณ์ที่สถานพยาบาลเป็นฝ่ายเก็บเงินค่าประกัน 1,300 บาท และโอนกลับไปให้สสจ.ช้ามาก ขณะที่ทางสสจ.เองก็โอนเงิน p-p ไปให้สถานพยาบาลช้ามากเช่นกัน จนสถานพยาบาลไม่สามารถทำงานตามแผนที่วางไว้ได้

(4) บางจังหวัดเมื่อโอนเงินทั้งหมดไปรวมไว้ที่สสจ. จะมีคณะกรรมการพิจารณา เมื่อเกิดค่าใช้จ่ายขึ้นก็จะส่งหลักฐานเบิกเป็นระยะ ๆ มีการเฉลี่ยน้ำหนัก เพื่อให้ครอบคลุมจำนวนแรงงานข้ามชาติที่สถานบริการในพื้นที่ต้องดูแลแตกต่างกัน และแก้ปัญหาการเรียกเก็บเงินระหว่างสถานบริการ และเงินในส่วนส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาทนั้น ก็จะเขียนโครงการของบจากสสจ. โดยในบางจังหวัด การใช้เงิน p-p มีคณะกรรมการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วยตัวแทนจากสถานบริการในพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาล สสอ. สอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล องค์กรพัฒนาเอกชนมาทำงานร่วมกัน เขียนแผนส่งเสริมควบคุมโดยเอาแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นฐาน และมีการโอนเงินให้กันทุก 2 เดือน เพื่อให้ทำงานได้ต่อเนื่อง หากมีเงินเหลือก็จะจัดสรรคืนให้แก่สถานบริการทั้งหมด

กล่าวได้ว่า เนื่องจากเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติเป็นเงินนอกงบประมาณ ที่ไม่มีการตรวจสอบจากสำนักตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) หลักการใช้เงินนี้หากทำในรูปคณะกรรมการก็จะช่วยให้เกิดความโปร่งใส และชัดเจนว่าเงินแต่ละส่วนมีการจัดสรรไปอย่างไร โดยเฉพาะเงินค่าบริหารจัดการ 120 บาทที่ในกรุงเทพฯ กรมการแพทย์เป็นฝ่ายรับไป และในต่างจังหวัดสสจ.รับไปนั้น **น่าจะนำเงินก้อนนี้มาใช้ในวางระบบการบริหารงานสาธารณสุขแรงงานต่างชาติโดยตรง** แต่จากการสอบถามทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดไม่พบคำตอบชัดเจนว่า เงินค่าบริหารจัดการ 120 บาทนี้ถูกนำไปใช้อย่างไรบ้าง จึงควรสร้างระบบการบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติให้มีมาตรฐานเดียวกัน มีข้อสังเกตว่า ในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานต่างชาติจำนวนมากนั้น เงินบางส่วนถูกนำไปใช้ในกิจกรรมเพื่อสำนักงานหรือสถานพยาบาลเอง โดยไม่เกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ เช่น การจัดทัศนศึกษาในต่างจังหวัด ส่วนจังหวัดที่มีการใช้แรงงานต่างชาติน้อย พบว่าเจ้าหน้าที่ในสสจ. ไม่มีความรู้ในเรื่องเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติเลย ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นเม็ดเงินรายได้จำนวนน้อยมากก็ได้

ระบบการบังคับให้แรงงานต่างชาติต้องประกันสุขภาพนี้ นับว่าเป็นเงินที่ช่วยลดภาระของสถานพยาบาลอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังตัวเลขจากตารางที่ 2.12 และ 2.13 แสดงภาพรวมทั่วประเทศว่าเงินที่ได้จากการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาตินั้นสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการ แม้จะคำนวณรายได้จากจำนวนบัตรประกันสุขภาพเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน ซึ่งทุกคนต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพแน่นอนก็ตาม อย่างไรก็ดี ในสถานพยาบาลบางแห่งยังคงต้องแบกรับภาระจากการใช้บริการของแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ โดยเฉพาะสถานพยาบาลในอำเภอชายแดนที่ติดอยู่กับประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา

ตารางที่ 2.12 : ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ ปี 2547–2548 [1]

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานต่างชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
คน	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
ครั้ง	201,517	471,560	186,029	276,596	183,582	154,195
ค่าใช้จ่าย	35,358,575	93,847,735	15,832,083	69,085,901	43,137,995	55,434,802
เฉลี่ย (บาท/คน)	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	175.46	199.02	85.11	249.77	234.98	359.51
ผู้ป่วยใน						
คน	13,933	26,175	28,803	22,257	24,017	13,307
วัน	86,048	84,063	101,951	90,609	118,320	43,939
ค่าใช้จ่าย	70,007,680	146,915,857	81,400,039	137,331,687	48,863,606	38,792,373
เฉลี่ย (บาท/คน)	5,024.59	5,612.83	2,826.10	6,170.27	2,034.54	2,915.19
เฉลี่ย (บาท/วัน)	813.59	1747.69	798.42	1,515.65	412.98	882.87
รวมค่าใช้จ่าย	**105,366,255**	**240,763,592**	**97,232,122**	**206,417,588**	**92,001,601**	**94,227,175**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

[1] ปี 2547 เป็นตัวเลขจาก 73 จังหวัด ข้อมูลของกรุงเทพฯได้จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลตากสินเท่านั้น และปี 2548 เป็นตัวเลขจาก 56 จังหวัด

มข. คือไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 2.13: รายได้และค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548 (1)

	2547	2548
จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน	838,934	705,293
จำนวนที่มีการรายงานสถานการณ์สาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว	412,351	314,865
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าบริการทางแพทย์ (964 บาท)	397,506,364(2)	303,529,860(3)
รายได้จากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	92,001,601	94,227,175
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มีบัตรประกันสุขภาพ+รักษาพยาบาลฟรี)	202,598,377	261,405,180

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

(1) ปี 2547 เป็นตัวเลขจาก 73 จังหวัด ข้อมูลของกรุงเทพฯได้จากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลตากสินเท่านั้น และปี 2548 เป็นตัวเลขจาก 56 จังหวัด

(2) จำนวน 412,351 คน x 964 บาท

(3) จำนวน 314,865 คน x 964 บาท

ต่อประเด็นนี้ ทำให้ต้องหวนกลับมาที่คำถามของการบริหารเงินก้อนนี้อีกครั้งว่า ควรวางระบบจัดสรรหรือกระจายเงินก้อนนี้ไปยังสถานพยาบาลที่ 'ขาดทุน' เหล่านี้อย่างไร แนวปฏิบัติเช่นนี้เกิดขึ้นในบางจังหวัด เช่น กาญจนบุรี พังงา และระยอง ที่จัดสรรเงินค่ารักษาพยาบาลให้ตามความจริง นั่นคือสถานพยาบาลที่มีภาระค่าใช้จ่ายมาก แต่มีรายได้จากเงินค่าประกันน้อย หรือไม่มีเลย เพราะไม่มีแรงงานมาซื้อประกันสุขภาพ แต่มีแรงงานที่ไม่มีบัตร หรือคนต่างชาติที่ข้ามมาจากประเทศเพื่อนบ้านมาใช้บริการ จะได้รับการเฉลี่ยเงินจากสถานพยาบาลที่อยู่ในสถานะ 'กำไร'

2.7 บทบาทของภาคประชาสังคม ในการปกป้องสิทธิทางสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ

มิติด้านสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติเป็นทั้งประเด็นอ่อนไหวและท้าทายผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องทั้งระบบ โดยเฉพาะภาครัฐ ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่คนในชุมชน และองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่สัมผัสปัญหาและเข้ามามีบทบาททำงานเสริมภาครัฐในการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน กล่าวเฉพาะองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาวะของแรงงานข้ามชาตินั้น ประกอบด้วยองค์กรหลายระดับด้วยกัน ตั้งแต่องค์กรระหว่างประเทศ ที่มีโครงการและเงินทุนเข้ามาดำเนินการจำนวนมาก องค์กรภายในประเทศ และองค์กรระดับท้องถิ่น ซึ่งต่างทำงานในประเด็นที่สนใจแตกต่างกันไป บางองค์กรทำงานแก้ไขปัญหาสุขภาพ บางองค์กรทำงานเชิงรุก หรืออาจทับซ้อนกันจนกลายเป็นพันธมิตรในการทำงาน

องค์กรภาคประชาสังคมที่ดูเหมือนจะเป็นตัวหลักในการทำงานด้านสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ ที่อาจยกมาเป็นตัวอย่างในที่นี้ **ในระดับท้องถิ่น** ได้แก่ *กลุ่มกุหลาบเหลือง ในอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี* ที่ทำงานเชิงรุกกับหญิงบริการชาวลาว จัดตั้งคลินิกในรูปแบบ Drop in Center ขึ้นในฝั่งไทยติดชายแดน เพื่อทำหน้าที่เป็นจุดรับให้การปรึกษา บริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ *มูลนิธิพัฒนรักษ์ ในอำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี* ทำงานรณรงค์เรื่องการเข้าถึงข้อมูลและการรับบริการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพและการร่วมมือแก้ไขปัญหาของโรคเอดส์ในพื้นที่ชายแดน รวมถึงสนับสนุนอาสาสมัครด้านสุขภาพที่เป็นคนต่างชาติ และ *มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation) ในจังหวัดเชียงใหม่* ทำงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสภาพการทำงาน ความเป็นอยู่ของแรงงาน นโยบายที่เกี่ยวกับสิทธิของชุมชนแรงงานข้ามชาติ ประเด็นสุขภาพแรงงานหญิง การปกป้องคุ้มครองการละเมิดสิทธิแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

องค์กรในส่วนกลาง ได้แก่ *มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย* มีสำนักงานอยู่ในหลายจังหวัด เน้นงานในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะเรื่องวัณโรค เอดส์ และอนามัยแม่และเด็กต่างชาติ โดยเน้นการดูแลส่งเสริม ให้ความรู้ข้อมูลมากกว่าให้บริการรักษา นอกจากนี้ก็มีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครเป็นล่ามให้กับสถานบริการ *ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์* ซึ่งมีสำนักงานอยู่ในหลายจังหวัดเช่นกัน เป็นองค์กรที่ทำงานด้านให้คำแนะนำปรึกษา ในเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะประเด็นสิทธิด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์

องค์กรระดับนานาชาติ ได้แก่ *องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน หรือ IOM* มีโครงการความร่วมมือกับภาครัฐทำกิจกรรมในระดับชุมชนด้านต่าง ๆ เช่น การให้วัคซีน อบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ ในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนเวชภัณฑ์ ถุงยางอนามัย อบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ *องค์กรหมอไร้พรมแดน หรือ MSF* ภารกิจหลักคือการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและเอดส์ โดยพยายามทำการรักษาทั้งระบบ ตั้งแต่วินิจฉัยเบื้องต้น มีคลินิกดูแลรักษา และส่งต่อโรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมี**องค์กรชุมชนของกลุ่มประชากรข้ามชาติ**เอง คือ เป็นการรวมตัวของชาวพม่าที่ให้ความช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติในชุมชน เช่น กลุ่ม Grassroots ซึ่งตั้งศูนย์การเรียนรู้ชุมชน สอนภาษาไทย-พม่า-อังกฤษให้กับเด็กในชุมชนแรงงานจังหวัดพังงา และ *คลินิกแม่ตาวในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก* ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ชาวพม่าที่ข้ามมาจากเมียวดี ผู้อพยพลี้ภัยจากประเทศพม่า แรงงานพม่าที่อยู่ในแม่สอด และคนไทยในชุมชน คลินิกแม่ตาวแม้เป็นเพียงองค์กรชุมชน แต่ก็มีผลงานเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ จนแพทย์หญิงซินเทีย เมือง ผู้นำคลินิกได้รับรางวัลแมกไซไซ ในสาขาบริการชุมชน เมื่อ พ.ศ. 2545

การทำงานขององค์กรประชาสังคมเหล่านี้ ช่วยขยายขอบเขตของสุขภาวะในแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ประกอบกับการมี **โครงการระดับประเทศที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับองค์กรภาคประชาสังคม** ซึ่งดำเนินงานอยู่ในหลายจังหวัด โครงการเหล่านี้นอกจากจะช่วยเสริมการทำงานของภาครัฐในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์เสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งเรื่องโรคติดต่ออย่างวัณโรค เอดส์ ไข้เลือดออก และสุขอนามัยอื่นๆ แล้ว ยังทำให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาข้อมูล เชื่อมโยงบริบทการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของงานส่งเสริมและควบคุมโรค เหล่านี้ยิ่งเป็นพลังผลักดันสำคัญให้สถานการณ์ด้านสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติมุ่งไปสู่ทิศทางที่ดี และมีการพัฒนาในเชิงนโยบายได้ โครงการที่สำคัญ ๆ คือ

- *โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย หรือภาคีฟ้ามิตร (PHAMIT)* ที่มีมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก มีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสื่อสารให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษา และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ด้านต่างๆ
- *โครงการให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรพื้นที่ชายแดนไทยลาว จ. อุบลราชธานี (Lao PDR/Thailand Cross Border Project for STIs/HIV Prevention and Care)* ภายใต้โครงการ Global AIDS Program -Asia Regional Program ซึ่งให้ความสำคัญกับทั้งงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และงานให้บริการรักษาไปพร้อมๆ กัน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ หญิงชาวลาว และลูกค้าของหญิงชาวลาว
- *โครงการต้านโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศแคนาดา (CSEARHAP หรือ Canada Southeast Asia Regional HIV/AIDs Program)* มีเป้าหมายเพื่อจะพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาและดำเนินงานด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และแผนงาน ตลอดจนการจัดระบบบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประชากรเคลื่อนย้าย และประชากรที่ได้รับผลกระทบในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง คือประเทศกัมพูชา ลาว ไทย และเวียดนาม มีการทำงานร่วมกันเป็นเมืองคู่ขนาน เช่น มุกดาหาร-สะหวันนะเขต ตราด-เกาะกง มีระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี ใน 2 จังหวัดคือตราดและประจวบคีรีขันธ์ (กรมควบคุมโรค 2549)

การผลักดันสำคัญที่เห็นชัดเจนในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาคือ การทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการในระดับพื้นที่ นักวิชาการ และภาคีฟ้ามิตร เพื่อสร้างรูปแบบบริการรักษาพยาบาลที่เป็นมิตร และการทำงานเชิงรุกกับแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่ 7 จังหวัด กิจกรรมรูปธรรมในพื้นที่ ได้แก่ การพัฒนาหลักสูตร/คู่มือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และคู่มือการให้คำปรึกษา เช่น การตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) การให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพในการป้องกันเอดส์ในชุมชนแรงงานต่างชาติ จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว จัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอดส์ และการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน เผยแพร่ระบบการบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวที่เป็นต้นแบบ (Best Practices) เป็นต้น

ในระดับนโยบายมีความพยายามจัดทำยุทธศาสตร์การบริการสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว (ดูรายละเอียดของร่างยุทธศาสตร์ในภาคผนวก ก.) ที่มีทิศทางชัดเจนว่าจะนำเสนอกับรัฐบาลให้ออกเป็นมติคณะรัฐมนตรีรองรับปฏิบัติการของยุทธศาสตร์นี้ต่อไป ร่างยุทธศาสตร์นี้ผ่านการรับฟังความคิดเห็นจากประชาคมที่เกี่ยวข้องมาสองครั้งแล้ว แต่หยุดชะงักไปเมื่อเกิดรัฐประหารขึ้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549

บทบาทของภาคประชาสังคมที่ควรกล่าวถึงเป็นลำดับสุดท้าย แม้เป็นการทำงานไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์โดยตรงแต่ก็มีความสำคัญไม่น้อยเนื่องจากเป็นเรื่องของ**สิทธิสุขภาวะด้านสถานะและสิทธิของบุคคล** ดังการรณรงค์เรื่องการให้ใบรับรองการเกิดและการจดทะเบียนเกิด เนื่องจากสภาพปัญหาจากผู้ประสบภัยสึนามิที่พบว่าเด็กไม่ได้จดทะเบียนเกิดจำนวนมาก (สิรินยา 2550) การศึกษาถึงผลกระทบของความไร้รัฐและไร้สัญชาติของเด็กเยาวชน และครอบครัวในสังคมไทย (พันธุ์ทิพย์ 2550; จุฑิมาศ 2550) คณะบุคคลที่ทำงานด้านนี้ เกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายการทำงานเรื่องคนไร้รัฐที่มีปัญหาหลักอยู่ที่การขาดสถานะและสิทธิบุคคลซึ่งนำไปสู่การไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งด้านการเข้าถึงการรักษาพยาบาล การศึกษา การเดินทางออกนอกพื้นที่ที่กำหนด และอื่นๆ ได้แก่ ไม่สามารถครอบครองทรัพย์สินบางอย่างได้ เช่น การเป็นเจ้าของรถมอเตอร์ไซค์ เป็นต้น

เครือข่ายของนักวิชาการ นักสิทธิมนุษยชน และรวมถึงเจ้าหน้าที่ระดับสูงในสำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติจึงได้ร่วมกันผลักดัน **"ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล"** เพื่อแก้ไขปัญหาสถานะบุคคลของคนหลายกลุ่มที่อยู่ในประเทศไทยมานานรวมบุตรหลานที่เกิดขึ้นในภายหลังมีรวมประมาณสองล้านคนดังกล่าวมาแล้ว ยุทธศาสตร์นี้ได้ประกาศเป็นนโยบายของรัฐเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2548

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร[21] นักวิชาการผู้ร่างยุทธศาสตร์ชี้ว่า ยุทธศาสตร์นี้มิใช่ว่ารัฐจะแจกสัญชาติให้แก่กลุ่มเป้าหมายทุกคน โดยไม่คำนึงถึงคุณสมบัติและหลักเกณฑ์ หากแต่มุ่งแก้ปัญหาให้ประชาชนและผู้อาศัยอยู่ในประเทศทุกคนได้มีสถานะ มีชีวิตอยู่อย่างเปิดเผยไม่ต้องหลบซ่อน หรือหลบเลี่ยงกฎหมาย มีบัตรแสดงตนในฐานะที่เป็นมนุษย์ และได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อย่างทั่วถึง โดยมีวัตถุประสงค์จะแก้ไขปัญหาครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 6 ประเภท ดังนี้

(1) กลุ่มที่อพยพเข้ามาในประเทศและอาศัยอยู่เป็นเวลานานแล้ว ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ทางราชการมีนโยบายกำหนดสถานะให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างถาวร ซึ่งได้รับสถานะไปแล้วแต่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ เนื่องจากปัญหาและข้อจำกัดในทางปฏิบัติ โดยเหลือผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นคำร้องจำนวนประมาณ 120,000 คน และกลุ่มที่ทางราชการสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติควบคุมไว้ โดยผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวจำนวน 360,000 คนเศษ รวมทั้งสองกลุ่มประมาณ 480,000 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีเชื้อสายไทยและไม่ได้มีเชื้อสายไทย

[21] สืบค้นจาก http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=108&d_id=108 [13 มิถุนายน 2548]

(2) กลุ่มบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษาในประเทศไทย แต่ไม่มีสถานะที่ถูกต้องตามกฎหมายตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงอุดมศึกษาจำนวนประมาณ 60,000 คนเศษ

(3) กลุ่มคนที่มีคุณประโยชน์แก่ประเทศ ได้แก่ บุคคลที่มีผลงาน ความรู้ ความเชี่ยวชาญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ อาทิ ในด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การศึกษา ศิลปะ วัฒนธรรม การกีฬา (ไม่สามารถกำหนดจำนวนเป้าหมายที่ชัดเจน เนื่องจากขึ้นอยู่กับการพิจารณาเป็นกรณีไป)

(4) กลุ่มคนไร้รากเหง้า ได้แก่ บุคคลที่ขาดบุพการี หรือถูกบุพการีทอดทิ้ง ซึ่งอยู่นอกสถานรับเลี้ยงของรัฐและอาศัยอยู่ในประเทศไทย และกลุ่มที่ไม่สามารถกำหนดจำนวนเป้าหมายที่ชัดเจนต้องมีการสำรวจตรวจสอบเพิ่มเติม

(5) กลุ่มแรงงานต่างด้าว (พม่า ลาว และกัมพูชา) ที่ได้รับการจดทะเบียน อาจมีบางส่วนที่ประเทศต้นทางไม่ยอมรับกลับ ซึ่งคาดว่ามีจำนวนประมาณ 300,000 คนเศษ

(6) กลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีคุณสมบัติในการรับรองสถานะ ยุทธศาสตร์ได้กำหนดให้มีคณะอนุกรรมการที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วน ร่วมกันกำหนดมาตรการระยะยาว

ต่อปัญหาข้างต้นนี้ หลังรัฐประหาร 19 กันยายน 2549 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้จัดตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ไขการไร้สถานะทางกฎหมายและสิทธิของบุคคลในประเทศไทยขึ้น และหนึ่งในพันธกิจนั้นคือการวางแนวทางกระบวนการยกร่าง 'กฎเกณฑ์การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐานของประชากรที่ไร้สถานะบุคคลในประเทศไทย' (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.) ที่มีฐานคิดเดียวกับ ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยหลักฐานวัน เดือน ปีเกิด ในการรับนักเรียนนักศึกษาเข้าเรียนในสถานศึกษา พ.ศ. 2548 ที่ส่งผลให้เด็ก และเยาวชนที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎรหรือไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งรวมบุตรหลานของแรงงานข้ามชาติด้วย สามารถเข้าเรียนหนังสือในสถานการศึกษาของรัฐได้

2.8 ความก้าวหน้าของนโยบายและความหยุดนิ่งของภาคปฏิบัติ

โดยสรุปกล่าวได้ว่า ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ภาครัฐได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติหลายมิติไปในทิศทางบวก นั่นคือ เป็นทิศทางที่เคารพสิทธิสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติมากขึ้น เราได้เห็น**ทิศทางเชิงนโยบายชัดเจนหลายด้าน** ไม่ว่าจะเป็นความพยายามร่างยุทธศาสตร์สาธารณสุขในกลุ่มประชากรข้ามชาติ การมีแผนเอดส์ชาติที่แผนแม่บทให้ความสำคัญต่อประชากรเคลื่อนย้าย ขณะที่ในด้านสถานะสิทธิบุคคล คณะรัฐมนตรีได้ประกาศ 'ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล' ตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม 2548 ภาคปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัดก็แสดงถึงความคืบหน้า ผ่านโครงการความร่วมมือการทำงานเชิงรุกในหลายจังหวัด ดังรายละเอียดที่กล่าวไปแล้วในตอนที่ 2.7

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงชัดเจนในหลายพื้นที่ที่มีโครงการทำงานเชิงรุกในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การมีคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปยังชุมชนแรงงานข้ามชาติ การเชื่อมประสานการทำงานระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับองค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคราชการที่เกี่ยวข้อง การจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ซึ่งสามารถจ้างได้จริงในหลายจังหวัดที่สำนักงานจัดหางานเข้าใจปัญหา โดยบรรจุลงเป็นลักษณะงานอย่างหนึ่งในกลุ่มภาคการจ้างงานอื่นๆ ที่อยู่ในหมวด มูลนิธิหรือองค์กรสาธารณกุศล การออกใบรับรองการเกิดให้เด็กต่างชาติที่มีปัญหาในทางปฏิบัติน้อยลงมาก และอื่นๆอีกมากมาย

ท่ามกลางความก้าวหน้าทางนโยบายและภาคปฏิบัติบางส่วน ก็ยังพบว่า ประชากรข้ามชาติ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม กลุ่มประชากรบนพื้นที่สูงและชนกลุ่มน้อย รวมถึงกลุ่มคนที่ไร้รัฐและไร้สัญชาติ ยังคงต้องประสบกับปัญหาเดิม ๆ ที่หากบัตรสุขภาพถูกยึดไว้โดยนายจ้าง ก็ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ ทัศนคติของผู้ให้บริการยังมองกลุ่มแรงงานข้ามชาติว่าคือภาระทับถมเพิ่มเติมเข้ามาจากงานเดิม หรือมองว่าเป็นกลุ่มที่เป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ (ดังเช่น มีการเสนอจากแพทย์บางรายเมื่อตรวจพบว่าหญิงต่างชาติตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ก็เขียนความเห็นว่าควรส่งกลับประเทศ) และแน่นอนว่า ประชากรข้ามชาติกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม (เช่น เป็นผู้ติดตามแรงงานไม่ได้ทำงาน เป็นชนกลุ่มน้อย หรือคนไร้รัฐที่ยังรอลงสัญชาติ หรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียน) เป็นกลุ่มที่เผชิญปัญหาหนักที่สุด ทั้งอาจถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลหากเจ็บป่วย หรือถูกข่มขู่ว่าหากไม่มีเงินมาจ่าย เมื่อรักษาแล้วทางโรงพยาบาลจะส่งตัวไปให้ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น

ต่อปัญหาในเชิงระบบนั้น พบว่าการจัดระบบรองรับของภาครัฐยังไม่พร้อมและครอบคลุมกับสถานการณ์ ขณะเดียวกันมาตรการและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ทั้งในกระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข ก็ยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจและการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล เช่น แนวทางในการจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่แรงงานข้ามชาติผู้ติดเชื้อ การจัดจ้างล่าม พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ หรืออาสาสมัครต่างชาติ รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นต้น

2.9 ข้อท้าทายต่องานสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ

2.9.1 การจดทะเบียนแรงงาน

การจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติที่ยึดแนวคิดในการคุมยอดเดิมไว้ (จากยอดรวมของปีที่เปิดจดทะเบียนครั้งแรก) ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ซึ่งเริ่มคุมยอดตั้งแต่ปี 2539 ในปีต่อๆมาจนถึงปี 2543 ตัวเลขแรงงานผู้มาจดทะเบียนต่ออายุลดลงเรื่อยๆ ต่อมามีการเปิดกว้างในปี 2544 ซึ่งการจดทะเบียนต่ออายุในกลุ่มเดิมก็ลดลงเช่นกัน และเมื่อปี 2547 ก็เปิดให้จดทะเบียนกว้างขวางมากขึ้นพร้อมกับการปรับสถานะรับรองสัญชาติโดยรัฐบาลของประเทศต้นทาง แต่ก็ปรากฏว่าตัวเลขของการต่อใบอนุญาตยังคงลดลงในปีต่อๆ มาเช่นเดิม ทั้งนี้ช่วงเวลาของการจดทะเบียนยังคงเป็นหนึ่งเดือนตลอดมา แม้ปรากฏว่าไม่สามารถทำได้ทันในหลายจังหวัด ทำให้ต้องออกใบอนุญาตไปก่อนที่แรงงานจะผ่านการตรวจสุขภาพ ขณะที่การปรับสถานะของแรงงานคืบหน้าไปค่อนข้างช้า มาตรการทั้งหมดนี้จึงดูเหมือนเป็นวงจรก้าววนกลับไปมาระหว่างจำนวนแรงงานจดทะเบียนที่ลดลงจากยอดรวมที่คุมไว้ และรัฐต้องกลับมาเปิดให้จดทะเบียนอย่างกว้างขวางอีกครั้งหนึ่งในที่สุด

สำหรับแรงงานจากประเทศลาว และกัมพูชา ที่ปรับสถานะเป็นเข้าเมืองถูกกฎหมายไปแล้วนั้น ตามกฎหมายแรงงานจะต้องเข้าระบบประกันสังคม แต่กระทรวงแรงงานยังไม่มีมาตรการรองรับแรงงานกลุ่มนี้ เนื่องจากในทางปฏิบัติจริงแล้ว ทั้งนายจ้างและลูกจ้างต่างไม่ต้องการเข้าระบบประกันสังคม และทางสำนักงานประกันสังคมเองก็ไม่ต้องการรับประกันประชากรกลุ่มนี้ จึงกลายเป็นว่าแรงงานที่ปรับสถานะไปแล้วจะขาดหลักประกันสุขภาพ จึงมีข้อเสนอว่าควรจะคงการบังคับให้แรงงานซื้อบัตรประกันสุขภาพไว้ และใช้ชุดสิทธิประโยชน์เทียบเคียงกับบัตรทองเช่นเดิม

สำหรับระบบการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ มีข้อเสนอว่า ควรจะมีการกำหนดมาตรการในด้านการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติระยะยาว อย่างสอดคล้องกับลักษณะของกิจการจ้างงานที่มีใช้แรงงานในรูปแบบและระยะเวลาที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับทั้งแรงงานและผู้ประกอบการในการจดทะเบียน โดยคำนึงถึงทุกมิติของการดำรงชีวิตของแรงงานข้ามชาติ เช่น การขยายหรือกำหนดระยะเวลาของการจดทะเบียนให้สอดคล้องกับลักษณะงาน ทั้งภาคเกษตรและประมง รวมถึงการมีสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร และการเปลี่ยนนายจ้างที่มีขั้นตอนน้อยลง เพื่อดึงให้แรงงานที่จดทะเบียนอยู่ในระบบ

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเรื่องระยะเวลาของใบอนุญาตทำงาน กับระยะเวลาของบัตรประกันสุขภาพไม่สอดคล้องกัน ขณะที่ใบอนุญาตทำงานมีหลายประเภท คือ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี แต่บัตรประกันสุขภาพมีประเภทเดียวเท่านั้นคือ 1 ปี แต่ลักษณะงานบางอย่างทำบางช่วงเวลาของปี เช่น งานเกษตรที่ต้องการแรงงานตามฤดูกาล ทำให้นายจ้างนำแรงงานเกษตรมาจดทะเบียนน้อยกว่าความจริงมาก

ข้อเสนอสุดท้าย คือการเร่งสร้างเสริมบทบาทของเจ้าของสถานประกอบการ หรือนายจ้าง ให้มีส่วนร่วมในเรื่องสิทธิและสวัสดิการของแรงงานข้ามชาติมากกว่านี้

2.9.2 ระบบฐานข้อมูล

ความสมบูรณ์ของระบบรายงานและฐานข้อมูลที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติของภาครัฐ ทั้งไม่เท่าทันและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน เช่น ข้อมูลจากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กับสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่มีตัวเลขไม่ตรงกัน ล่าช้า ไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรชุมชนในพื้นที่ ขณะที่ฐานข้อมูลของสำนักจัดหางานก็ล้าสมัย ไม่สามารถเรียกข้อมูลรวมมาคำนวณหาแบบแผนระดับชาติได้ นอกจากนี้ พบว่าไม่มีการนำข้อมูลที่มีทั้งหมดไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายเท่าที่ควร

ระบบฐานข้อมูลทั้งหมดเป็นระบบรายงานจากจังหวัดเข้าสู่ส่วนกลาง ซึ่งไม่มีระบบการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วน และความถูกต้องของรายงานเหล่านั้น ทั้งยังไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน เช่น การรายงานบางเรื่องเป็นไปตามปีงบประมาณ บางเรื่องเป็นปีปฏิทิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า หน่วยงานระดับจังหวัดเอง เช่น สสจ. หรือโรงพยาบาล ไม่ได้ให้ความสำคัญกับฐานข้อมูลแรงงานต่างชาติมากนัก ข้อมูลงานสาธารณสุขต่างด้าวจะกระจายแยกส่วนไปตามระบบงานที่มีอยู่ (เช่น ในงานประกันสุขภาพ งานควบคุมโรค งานอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น) ไม่มีใครคิดว่าใครควรเป็นเจ้าของเรื่อง มีข้อคิดว่า **คนที่เก็บข้อมูลไม่ได้ใช้ข้อมูล เพราะฉะนั้นความครบถ้วน ความเที่ยงตรง และการนำไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย** ดังนั้น หากสามารถสร้างระบบให้ผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้ ประสิทธิภาพการเก็บข้อมูลที่มีอยู่อาจดีขึ้น

ควรกล่าวตรงนี้ด้วยว่า การเฝ้าระวังภาวะเจ็บป่วยทั้งของคนไทยและคนต่างชาติลักษณะต่างๆ นั้น สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยัง**ไม่เห็นความสำคัญของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุ** ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจากการทำงาน การทำร้ายร่างกาย หรือประสบภัยต่างๆ ในกรณีแรงงานข้ามชาติ มีข้อสันนิษฐานว่าจะประสบภัยอุบัติเหตุสูงโดยเฉพาะจากการทำงาน แต่กลับไม่พบสถิตินี้ในระบบรายงานเลย เว้นแต่เพียงจังหวัดที่มีการทำงานเชิงรุกเท่านั้น

มีข้อเสนอว่า ควรมีการออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติร่วมกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ให้มีเพียงฐานข้อมูลเดียวที่ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อการนำมาใช้ประโยชน์และเข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ร่วมกันได้ เช่น ในกรณีที่แรงงานถูกนายจ้างยึดบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเข้ารับบริการสถานพยาบาลก็สามารถตรวจสอบได้จากฐานข้อมูลการจดทะเบียน เป็นต้น ผู้เขียนและคณะนักวิจัยกลุ่มหนึ่งได้เสนอแผนภูมิการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติไว้แล้ว ซึ่งสามารถนำมาปรับและพัฒนาต่อได้ทันที[22] โดยงบประมาณการพัฒนาฐานข้อมูลเชิงบูรณาการนี้น่าจะนำเงินค่าธรรมเนียมใบอนุญาตทำงานมาสนับสนุน

[22] รายละเอียดโปรดดูบทที่ 9 แนวทางการพัฒนาระบบฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวเชิงบูรณาการ โดย นงคราญ และคณะ 2547 ในกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2547. คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ?

2.9.3 นโยบายสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ

ควรมีการกำหนดนโยบายและระเบียบการใช้งบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง เช่น การดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โรคติดต่อที่ป้องกันได้ซึ่งแรงงานข้ามชาติมีอัตราเจ็บป่วยสูงกว่าประชากรไทย โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการทำงาน การป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรชุมชนที่เข้าใจในเรื่อง ภาษา และวัฒนธรรม โดยองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในการให้การสนับสนุน เช่น การฝึกอบรม และ การทบทวนความรู้ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

การบริหารงบการเงินที่เกี่ยวกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (งบ p-p) กระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทำงานแนวป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากขึ้น โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแรงงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ หมอพื้นบ้านในชุมชนแรงงาน และระเบียบการใช้เงิน p-p ที่ชัดเจนและคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ ปัจจุบันระเบียบระบุเพียงว่างบ p-p นี้อยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ไม่มีรายละเอียดว่าด้วยการจัดสรรเงิน หลายจังหวัดจึงก่อให้เกิดความตึงเครียดระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะ สสจ.กับโรงพยาบาล เช่น มีปัญหาการส่งเงินล่าช้า ดังกล่าวมาแล้ว

มีข้อเสนอว่า ควรกำหนดระเบียบให้ชัดเจนว่างบนี้สามารถนำไปใช้ในลักษณะอย่างไรได้บ้าง (เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก) และควรให้ CUP (CUP: contracting unit for primary care สถานบริการรักษาพยาบาลขั้นต้นที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ที่รับผิดชอบการส่งเสริมควบคุมโรคของโครงการหลักประกันสุขภาพของคนไทยเป็นฝ่ายรับผิดชอบ ขณะเดียวกันควรกำหนดทิศทางของการใช้เงินส่วนนี้ เพื่อเข้าถึงแรงงานข้ามชาติ โดยการสร้างเสริมทักษะการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จากเดิมที่เป็นหน่วยรักษา ให้สามารถทำงานด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้ด้วย

นอกจากนี้ ควรมีมาตรการในการจัดสรรเงินจากการรับประกันสุขภาพ ทั้งในกรณีที่โรงพยาบาลชายแดนหรือสถานพยาบาลบางแห่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบัตรและต้องรักษาฟรี อาจตั้งเป็นกองทุนเพื่อดูแลแรงงานกลุ่มนี้ หรือกลุ่มที่เป็นโรคติดต่อที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เช่น วัณโรค เอชไอวี และผู้ประสบภัยอุบัติเหตุต่างๆ จนพิการหรือเสียชีวิต ฯลฯ รวมทั้งแนวทางของการนำเงินเหล่านี้ไปใช้ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย กองทุนนี้อาจเริ่มต้นจากการกันเงินค่าประกันสุขภาพในส่วนผู้บริหารหัวละ 120 บาทมาดำเนินการ

ควรสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการประกันสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อดึงดูดให้แรงงานซื้อบัตรประกันฯ และใช้บริการ เช่น สิทธิประโยชน์ในการรับบริการขึ้นอยู่กับราคาบัตรประกันสุขภาพ การขายบัตรประกันสุขภาพในราคาเหมาจ่ายโดยครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว การใช้สิทธิข้ามเขตรับบริการจากสถานพยาบาลในเครือ เป็นต้น รวมการสร้างทางเลือกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติ เช่น เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

การจัดระบบบริการด้านสาธารณสุขอย่างเชื่อมโยงระหว่างแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีแรงงานข้ามชาติไปรับบริการจำนวนมาก ทั้งที่เป็นของโรงพยาบาลเองและเป็นหน่วยให้บริการขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงของ (1) ศูนย์บริการแรงงานข้ามชาติในชุมชน (2) คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน (3) คลินิกกามโรค (4) คลินิกวัณโรค และ (5) คลินิกแม่และเด็ก และห้องคลอด ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการบริการ โดยเฉพาะพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อการให้ข้อมูลความรู้ ข้อแนะนำคำปรึกษาแก่ตัวแรงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบบริการด้านสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติน่าที่จะต้องพัฒนาเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง ทั้งในระดับรัฐต่อรัฐ หน่วยงานต่อหน่วยงาน เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาของแรงงานที่เดินทางข้ามไปมา ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่จดทะเบียนหรือไม่ก็ตาม

พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลงานสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ เช่น การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยเจริญพันธุ์ด้านอื่น ๆ เป็นต้น

2.9.4 ประเด็นรูปธรรมเกี่ยวเนื่องอื่น ๆ

การให้ยาต้านไวรัส AZT กับหญิงต่างชาติตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขถือว่าการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกนั้นเป็นงานส่งเสริมสุขภาพ จึงควรนำงบ p-p 206 บาทมาใช้ได้กับประชากรข้ามชาติทุกคน ทั้งมีบัตรและไม่มีบัตร ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ครอบคลุมหมด เพราะตามหลักแห่งการควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพนั้นต้องทำครบถ้วน 100% ซึ่งหมายความว่าต้องให้บริการนี้กับแม่ทุกคนที่ตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะมีสถานะบุคคลทางกฎหมายอย่างไร ทั้งนี้ควรกำหนดรายละเอียดในทางปฏิบัติไว้ด้วย เช่น รวมค่าเจาะ CD4 เป็นต้น

ระบบการให้คำปรึกษาสำหรับแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อ ในทางปฏิบัติมีการบังคับตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกคน ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างชาติ กรณีหญิงต่างชาติ หากพบว่าติดเชื้อจะไม่มีระบบการให้คำปรึกษารองรับเนื่องจากปัญหาเรื่องภาษาในการสื่อสาร จึงควรการสร้างระบบขึ้นมารองรับโดยอาศัยการทำงานของ พสต.หรือ อสต. หรือร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนก็ได้

การรับรองการเกิด ควรกระตุ้นให้ทั้งเจ้าหน้าที่และตัวแรงงานเองเห็นความสำคัญของการออกหนังสือรับรองการเกิดและการจดทะเบียนเกิด โดยเฉพาะกรณีที่ทารกคลอดที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในอนาคต

ทักษะด้านภาษาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจ ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ ทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนแรงงานฯ สิทธิประโยชน์ในการทำงาน และบริการด้านสาธารณสุขต่างๆ จึงควรมีการอบรมทักษะพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

ร่วมมือและผลักดันให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีบทบาทสนับสนุนการทำงานร่วมกับภาครัฐ โดยเฉพาะการเข้าถึงตัวแรงงานข้ามชาติในชุมชน และประสานงานและความร่วมมือในการทำงานระหว่างองค์กรในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ทั้งระหว่างสำนักจัดหางานจังหวัดและสถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพ และระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชน ทั้งหมดนี้ต้องการรูปแบบของความร่วมมือประสานงานที่ชัดเจน เป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค. 2549. *การตรวจสอบนโยบายเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย* พ.ศ.2548. โครงการ CSEARHAP.

กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2547. *คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ?* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และพรสุข เกิดสว่าง. 2540. *เส้นทางแรงงานหญิงจากประเทศเพื่อนบ้านสู่ธุรกิจบริการทางเพศในประเทศไทย.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (หนังสือประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่อง 'ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย: การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ').

กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อ นโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ทริส โคเอทท์ และ นิน นิน ไพน์. 2543. *เรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรง: ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า.* เอกสารวิชาการหมายเลข 248. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2537. *'จับตาสถานการณ์การค้าเด็กหญิงในรอบสิบปี ในยุคนโยบายยุติปัญหาโสเภณีเด็กขึ้นหิ้งรัฐไทย' ใน NICS เขตปลอดโสเภณี ?.* หน้า 229-267. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 184. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2550. "'ประชากรต่างชาติ' กับการจัดการศึกษาของประเทศไทยในอนาคตี" ใน *การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและแนวโน้มบริบทการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกและสังคมไทย ภายใต้กระแสโลกาภิวัฒน์ ในด้านประชากร.* ปราโมทย์ ประสาทกุล และอุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ บรรณาธิการ. รายงานวิจัยเสนอต่อสำนักนโยบายและแผนการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ. กุมภาพันธ์ 2550.

จุฑิมาศ สุกใส (รวบรวมบทความ). 2549. *เพราะเลือกเกิดไม่ได้ แต่จดทะเบียนการเกิดได้.* กรุงเทพฯ: องค์การแพลนประเทศไทย.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร และคณะ. 2550. *รายงานสรุปกระบวนการการวิจัยและพัฒนาภายใต้โครงการวิจัยผลกระทบของความไร้รัฐและความไร้สัญชาติของเด็ก เยาวชน และครอบครัวในสังคมไทย.* รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ

วิทยา สวัสดิวุฒิพงษ์ และคณะ 2537. การสำรวจความรู้เรื่องเอดส์และปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของประชากรชาวต่างชาติในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารโรคติดต่อ.* ปีที่ 20 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม.

สรินยา กิจประยูร. 2550. *ข้อเสนอต่อร่างแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหาสถานะและสิทธิบุคคลในพื้นที่ประสบภัย สึนามิ.* เอกสารประกอบการประชุมรับฟังความคิดเห็นเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2550.

สุภางค์ จันทวานิช และคณะ. 2544. *การย้ายถิ่นข้ามพรหมแดนไทย-พม่าและสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น: พื้นที่แม่สอดและแม่สาย.* รายงานการวิจัยของศูนย์วิจัยการย้ายถิ่นแห่งเอเชีย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Aphichat Chamratrithirong. Wathinee Boonchalaksi and Patama Yampeka. 2005. *Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT) : The Baseline Survey 2004.* Nakhonpathom: Institue for Population and Social Research.

Asia Watch. (1993). *A Modern Form of Slavery: Trafficking of Burmese Girls and Women into Brothels in Thailand.* New York: Human Rights Watch.

Global Alliance Against Trafficking in Women (GAATW), International Otganisation for Migration (IOM), and Cambodian Women's Development Association (CWDA) 1997. *Cambodian and Vietnamese Sex workers along Thai-Camobodian Border.* GAATW's Unpublished Manuscript .

Kritaya Archavanitkul. 1998. *Combating the Trafficking in Children and their Exploitation in Prostitution and Other Intolerable Forms of Child Labour in Maekong Basin Countries.* A regional research report submitted to IPEC/ILO.

3

กรณีศึกษา

จังหวัดตาก

■ มาลี สันภูวรรณ์
เสาวภาค สุขสินชัย

■ แนวชายแดนที่มีระยะทางยาวกว่า 500 กิโลเมตร ทำให้มีการไหลทะลักเข้ามาของแรงงานชาวพม่าจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง การเข้ามาของพวกเขาเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการในด้านแรงงานและการสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้สถานการณ์แรงงานข้ามชาติและสุขภาพของคนข้ามชาติมีความซับซ้อน แม้ว่ามีหลายหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ แต่พบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ วัฒนธรรมการบริหารจัดการที่ต่างกันของแต่ละองค์กร และการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนโยบายที่ไม่สอดคล้องกันในทางปฏิบัติ ■

3

กรณีศึกษา
จังหวัดตาก

■ มาลี สันภูวรรณ์
เสาวภาค สุขสินชัย

3.1 เกริ่นนำ

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง จากการศึกษาขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration – IOM) พบว่าในต้นปี 2548 มีประชากรร้อยละ 3 หรือ 192 ล้านคนจากทั่วโลกที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในประเทศที่ตนเองเกิด (http://www.iom.int/jahia/page3.html, 2006) สำหรับประเทศไทยนั้นที่ผ่านมามีจำนวนคนต่างด้าวที่ผ่านเข้าออกโดยการผ่านการตรวจลงตราประมาณกว่า 10 ล้านคนต่อปี (กฤตยา 2547) นอกจากนั้นยังมีการย้ายถิ่นอย่างผิดกฎหมายจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว กัมพูชา เข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สาเหตุแห่งการย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากแรงผลักดันทางเศรษฐกิจและสถานการณ์ภายในของประเทศต้นทาง โดยบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและเข้ามาทำงานทดแทนในส่วนที่แรงงานไทยไม่ต้องการทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานในระดับล่าง (กฤตยา 2546)

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้เปิดนโยบายผ่อนผันให้บุคคลที่มีสถานะเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองสามารถทำงานได้ชั่วคราวตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด โดยดำเนินการตามมติรัฐมนตรีเป็นครั้งๆ ไปตามสถานการณ์และนโยบายของรัฐบาล ซึ่งมีจำนวนของผู้หลบหนีเข้าเมืองที่มารายงานตัวในแต่ละครั้งแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขและสถานการณ์ และตั้งแต่มีการเปิดให้ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา มารายงานตัวเพื่อทำงานตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา พบว่าในเดือนกรกฎาคม 2547 มีผู้หลบหนีเข้าเมืองมารายงานตัวเป็นจำนวนสูงที่สุดคือเกือบ 1.3 ล้านคน ซึ่งมีทั้งแรงงานและผู้ติดตาม โดยเป็นบุคคลที่อพยพมาจากประเทศพม่ามากที่สุด (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) ทั้งนี้เป็นผลมาจากความขัดแย้งภายในประเทศและความขัดสนทางด้านเศรษฐกิจ และด้วยสาเหตุเดียวกันนี้ที่ทำให้ผู้อพยพจากประเทศพม่ากลายเป็นกระแสการอพยพที่ใหญ่ที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สุรีย์พร พันพึ่ง และคณะ. 2548)

ในบรรดาพื้นที่หลายจังหวัดของประเทศไทยที่มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านนั้น จังหวัดตากเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการไหลทะลักเข้ามาของแรงงานชาวพม่าจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะเป็นจังหวัดที่มีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศพม่าเป็นระยะทางยาวกว่า 580 กิโลเมตร ซึ่งเป็นการง่ายต่อประชาชนพม่าในการหลบหนีข้ามชายแดนมาขายแรงงานในประเทศไทยผ่านช่องทางต่าง ๆ ตลอดแนวตะเข็บชายแดนไทย-พม่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งตาม

ช่องทางตลอดแนวของเขตอำเภอแม่สอด นอกจากนั้นตัวอำเภอแม่สอดยังเป็นหนึ่งในแหล่งผลิตสินค้าด้านสิ่งทอและเสื้อผ้าสำเร็จรูปของโลก และอำเภอพบพระและอำเภออุ้มผางยังเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่สำคัญของจังหวัด ซึ่งมีความต้องการแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก ด้วยเหตุผลต่างๆ ดังกล่าวทำให้จังหวัดตากเป็นพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานพม่าอย่างเข้มข้นเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย อย่างไรก็ตามการเข้ามาของแรงงานและผู้ติดตามเป็นการเพิ่มปัญหาในพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การอพยพย้ายถิ่นได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประเทศปลายทางหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ผลกระทบต่อความมั่นคงภายในประเทศ ผลกระทบทางด้านประชากร ผลกระทบทางด้านแรงงาน ผลกระทบทางด้านสังคม และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (กฤตยา 2546) เมื่อพิจารณากลุ่มของแรงงานข้ามชาติที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยหนุ่มสาว ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดคือปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งประเด็นไปยังนโยบายของรัฐที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นสำคัญ

ที่ผ่านมาภาระความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชากรต่างด้าวในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทรับผิดชอบ และได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงตามมติรัฐมนตรีในการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติในแต่ละครั้ง โดยมาตรการหลักๆที่ได้ดำเนินการในแต่ละครั้งประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปี การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรค อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีความชัดเจนในระดับนโยบาย ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นมีแผนงานด้านเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะและมักได้รับการหนุนเสริมจากองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ภาคราชการส่วนกลางยังไม่ได้ให้ความสนใจเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรกลุ่มนี้จนมีนโยบายเฉพาะออกมา แต่ในระดับพื้นที่นั้นมีลักษณะของการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นพื้นที่ๆ ไป เพราะข้อเท็จจริงจากระดับพื้นที่พบว่ามีการใช้แรงงานข้ามชาติสูง และในอำเภอชายแดนพบว่าปัญหาหลักๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มาจากการตั้งครรภ์และการแท้ง กล่าวคือ มีอัตราคลอดสูงซึ่งนำไปสู่ปัญหาอุบัติการณ์ตายคลอด การแท้งเองและการทำแท้งสูงมาก ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายพื้นที่แก้ไขปัญหานี้โดยการทำงานเชิงรุก (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548)

เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจนในนโยบาย มีเพียงแต่การแก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่ แม้ว่าแต่ละพื้นที่ได้พยายามสร้างระบบจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ เพื่อเป็นการปกป้องสุขภาพของประชากรส่วนรวมในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง แต่อย่างไรก็ตามยังมีคำถามว่ารัฐไทยมีนโยบายเฉพาะอะไรบ้างต่อเรื่องนี้ และมีการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างไรหรือไม่ในการให้บริการและแก้ปัญหาทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

3.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รายงานฉบับนี้ตั้งใจศึกษาโจทย์ทั้ง 3 ด้านต่อไปนี้ ในบริบทของพื้นที่จังหวัดตาก (1) วิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือ ไม่ปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดตากที่มีต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในช่วงปี 2547 – 2549 (2) วิเคราะห์ปฏิบัติการของเครือข่ายประชาสังคมในพื้นที่จังหวัดตาก ที่พยายามกดดันภาครัฐให้ปรับเปลี่ยนนโยบายดังกล่าว ว่าได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไรบ้าง และ (3) วิเคราะห์กระบวนการทำงานเรื่องเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดตาก การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผลมาจากนโยบายของรัฐส่วนกลางและหรือในระดับพื้นที่ และความคิดเห็นขององค์กรพัฒนาเอกชนและแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายและมาตรการในพื้นที่

สำหรับ **วิธีการศึกษา** ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกประเภท คือเอกสารงานวิจัย มติคณะรัฐมนตรี ข้อมูลสถิติ ข้อมูลจากเว็บไซต์ ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน โดยนักวิจัยได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและธุรกิจเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในเขตจังหวัดตากในช่วงเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2549 และในเดือนมกราคม 2550 คือ

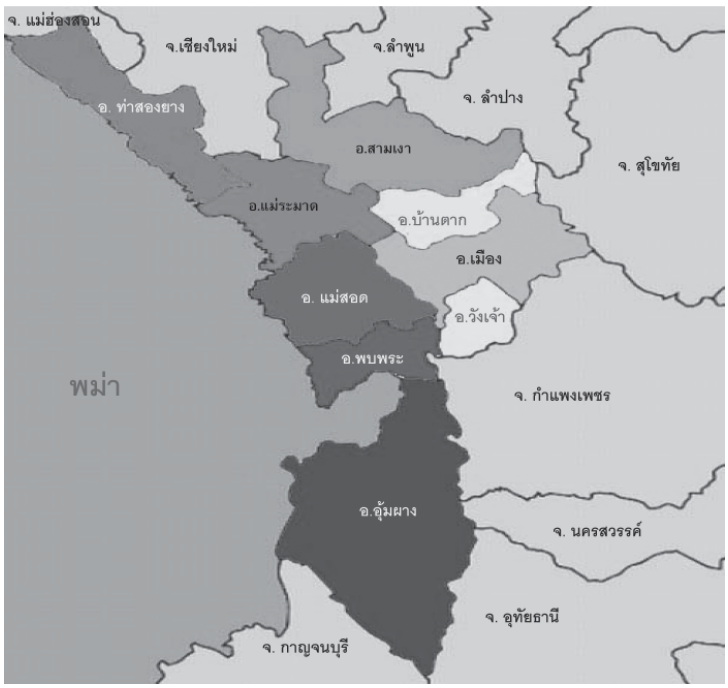
- ***หน่วยงานภาครัฐจำนวน 5 หน่วยงาน*** คือ สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก, สำนักจัดหางานอำเภอแม่สอด และโรงพยาบาลแม่สอด
- ***หน่วยงานภาคประชาสังคมและธุรกิจเอกชนจำนวน 4 แห่ง*** ได้แก่ หอการค้าจังหวัดตาก, หอการค้าอำเภอแม่สอด, และโรงงานในเขตอำเภอแม่สอด 2 แห่ง โดยเป็นโรงงานผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูปส่งต่างประเทศซึ่งเป็นสาขาของโรงงานที่กรุงเทพฯ หนึ่งแห่ง และเป็นโรงงานรวมการตัดเย็บเสื้อผ้าและหัตถกรรมประดับอัญมณีอีกหนึ่งแห่ง
- ***องค์กรพัฒนาเอกชนในเขตอำเภอแม่สอดจำนวน 5 องค์กร*** คือ องค์การหมอไร้พรหมแดน (Medecins Sans Frontieres), มูลนิธิศุภนิมิต (World Vision), มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (Migrant Assistance Program – MAP foundation), Mae Tao Clinic และ International Rescue Committee (IRC)

3.3 บริบทเชิงพื้นที่ของจังหวัดตาก

3.3.1 ลักษณะภูมิประเทศที่เอื้อต่อการย้ายถิ่นเข้ามาของแรงงานข้ามชาติ

จังหวัดตากตั้งอยู่ในภาคเหนือค่อนไปทางตะวันตกของประเทศไทย มีเนื้อที่ประมาณ 16,406.65 ตร.กม. ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 426 กม. พื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดเป็นป่าไม้และภูเขาสูง มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่างๆ ถึง 9 จังหวัด ประกอบด้วย ทิศเหนือติดต่อกับ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน และจังหวัดลำปาง ทิศใต้ติดต่อกับ จังหวัดกาญจนบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี โดยทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า ซึ่งมีชายแดนติดกับประเทศไทยเป็นระยะทางกว่า 580 กิโลเมตร เป็นพรมแดนที่กั้นด้วยแม่น้ำเมยและห้วยวาเลย์เป็นระยะทางยาวประมาณ 380 กิโลเมตร และเป็นพรมแดนที่กั้นด้วยทิวเขาตะนาวศรีประมาณ 155 กิโลเมตร

รูปที่ 3.1 แผนที่จังหวัดตาก



จังหวัดตากแบ่งการปกครอง ออกเป็น 8 อำเภอ และ 1 กิ่งอำเภอ มีทิวเขาถนนธงชัย เป็นตัวแบ่งพื้นที่จังหวัดออกเป็น 2 ฝั่ง โดยตากฝั่งตะวันออก คือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านตาก อำเภอสามเงา กิ่งอำเภอวังเจ้า และตากฝั่งตะวันตกที่มีชายแดนติดกับประเทศพม่า คือ อำเภอแม่สอด อำเภอแม่ระมาด อำเภอพบพระ อำเภอท่าสองยาง และอำเภออุ้มผาง (ดังรูปที่ 3.1) มีจุดทำการค้าระหว่างชายแดนหนึ่งแห่ง คือจุดผ่านแดนถาวรแม่สอด-เมียวดี ตั้งอยู่บริเวณบ้านริมเมย หมู่ที่ 2 ตำบลท่าสายลวด อำเภอแม่สอด มีช่องทางอนุมัติที่ใช้นำเข้า-ส่งออกสินค้า คือสะพานมิตรภาพไทย-พม่า (สำนักงานจังหวัดตาก 2549) แม้ว่าจะมีช่องทางการข้ามผ่านแดนโดยถูกต้องตามกฎหมาย แต่ชนกลุ่มน้อยชาวพม่าที่ลักลอบเข้ามาขายแรงงานจำนวนมากใช้วิธีเข้ามาทางช่องทางธรรมชาติที่มีระยะทางยาวกว่า 500 กิโลเมตร

3.3.2 คนต่างชาติและคนไร้รัฐในจังหวัดตาก

จากการประเมินของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตากโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากการขอโควต้าของผู้ประกอบการ มีจำนวนแรงงานต่างชาติในช่วงปี 2546-2549 อยู่ประมาณ 100,000 คน ต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมผู้ติดตามซึ่งคาดว่าน่าจะมีอีกประมาณร้อยละ 20 หรือ อีกประมาณ 20,000 คนเป็นอย่างน้อย นอกจากแรงงานข้ามชาติแล้วยังมีกลุ่มบุคคลไร้รัฐอันประกอบด้วย คนบนที่สูง และคนไทยพลัดถิ่น จากการคาดประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่าน่าจะมีบุคคลไร้รัฐในจังหวัดตากอีกประมาณ 50,000 คน และจากรายงานของสำนักงานจัดหางานจังหวัดพบว่ากลุ่มคนต่างด้าวสัญชาติพม่านั้นประกอบด้วยกลุ่มหลักๆ 4 กลุ่มคือ

(1) **กลุ่มผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า** หมายถึงผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ก่อน วันที่ 9 มีนาคม 2519 กลุ่มนี้อยู่ในความดูแลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยบุคคลกลุ่มนี้ได้รับบัตรประจำตัวผู้พลัดถิ่น (บัตรสีชมพู) และสามารถทำงานได้ใน 27 อาชีพ ตามประกาศของกระทรวงแรงงาน ในปัจจุบันมีจำนวน 1,200 คน ในจังหวัดตาก และตั้งถิ่นฐานอยู่ในอำเภอแม่สอดและอำเภอแม่ระมาด ทั้งนี้บุตรของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ที่เกิดระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ถึง 13 ธันวาคม 2535 จะได้รับสัญชาติไทยตามพระราชบัญญัติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2535 ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการจัดทำบัตรประชาชนให้โดยกรมการปกครอง

(2) **กลุ่มผู้หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า** หมายถึงผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยหลังจากวันที่ 9 มีนาคม 2519 อยู่ในความดูแลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เช่นเดียวกับกลุ่มแรก โดยบุคคลกลุ่มนี้จะได้รับบัตรสีม่วง และบัตรสีส้ม ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับบัตรสีม่วง หมายถึงผู้หลบหนีเข้าเมืองที่พักอาศัยอยู่กับนายจ้าง มีจำนวน 12,560 คน ส่วนผู้ได้รับบัตรสีส้ม หมายถึง ผู้หลบหนีเข้าเมืองที่มีหลักแหล่งถาวร มีจำนวน 9,351 คน บุคคลเหล่านี้สามารถอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้เป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับ และผ่อนผันให้ทำงานชั่วคราวตามความจำเป็น

(3) **กลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบในพื้นที่พักพิงชั่วคราว** คือกลุ่มบุคคลที่หลบหนีภัยจากการสู้รบในประเทศพม่า โดยส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยง ซึ่งรัฐบาลไทยจัดให้พักอยู่ใน "พื้นที่พักพิงผู้หนีภัยจากการสู้รบ" 3 แห่ง ปัจจุบันมีจำนวนผู้ลี้ภัยรวมประมาณ 84,114 คน ได้แก่ พื้นที่พักพิงฯ บ้านแม่หละ อำเภอท่าสองยาง มีผู้ลี้ภัยจำนวน 49,275 คน พื้นที่พักพิงฯ บ้านอุ้มเปี้ยม อำเภอพบพระ มีผู้ลี้ภัยจำนวน 19,557 คน และพื้นที่พักพิงฯ บ้านนุโพ อำเภออุ้มผาง มีผู้ลี้ภัยจำนวน 15,282 คน (Thailand Burma Border Consortium 2006) ซึ่งมีผู้ลี้ภัยส่วนหนึ่งหลบหนีออกจากที่พื้นที่พักพิงฯ ไปทำงานตามแนวชายแดนของจังหวัดตาก และส่วนหนึ่งหนีเข้าไปทำงานในจังหวัดชั้นใน ซึ่งยากต่อการคาดประมาณว่ามีจำนวนที่หลบหนีจากพื้นที่พักพิงฯ จำนวนเท่าไร

(4) **กลุ่มแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย** หมายถึงกลุ่มที่หลบหนีและลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทยบริเวณแนวชายแดน และเข้าสู่จังหวัดชั้นใน

จากสถานการณ์ความหลากหลายและซับซ้อนในระดับพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น ทำให้จังหวัดตากต้องมีการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ดังจะกล่าวถึงต่อไปในส่วนของการดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและลักลอบทำงานในประเทศไทยของจังหวัดตาก เพราะคนข้ามชาติเหล่านี้ต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย แม้ว่าเป็นการอยู่อาศัยเพียงชั่วคราวก็ตาม

3.3.3 ทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติ

(1) ทัศนคติของคนทั่วไป เนื่องจากตากเป็นจังหวัดที่มีอำเภอติดชายแดนประเทศพม่าถึง 5 อำเภอ คือแม่สอด แม่ระมาด ท่าสองยาง อำเภอพบพระ และอำเภออุ้มผาง รวมถึงอำเภอที่มีคนต่างด้าวอยู่บ้างแต่ไม่หนาแน่นมากนัก ซึ่งเป็นชาวมอญและลาวผสมอยู่ด้วย คือ อำเภอเมือง อำเภอสามเงา อำเภอบ้านตาก และอำเภอวังเจ้า จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่คนในพื้นที่ดังกล่าวรู้สึกคุ้นเคยกับการมีคนต่างด้าวเดินปะปนกับคนไทยโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นในตลาด หรือในโรงพยาบาล จากการสอบถามพบว่าคนไทยในพื้นที่มีความรู้สึกต่อคนต่างด้าวเหล่านี้แตกต่างกันไป ส่วนหนึ่งไม่ได้รู้สึกรังเกียจหรือแบ่งแยกคนต่างชาติเหล่านี้ เพราะมองว่าส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้มาแย่งตลาดงานของคนในพื้นที่ และยังทำให้การค้าขายคล่องตัวขึ้น ในขณะที่คนไทยในพื้นที่บางส่วนมองว่าคนต่างด้าวกลุ่มนี้สกปรก เพิ่มค่าใช้จ่ายของรัฐ หรืออาจเป็นภัยต่อความมั่นคง

(2) ทัศนคติของนายจ้าง เนื่องจากมีความต้องการแรงงานราคาถูก และทดแทนแรงงานบางส่วนที่คนงานในพื้นที่ไม่ต้องการทำ จากทัศนะของนักธุรกิจมองว่าคนในพื้นที่ไม่ต้องการทำงานบางประเภทเนื่องจากมีการศึกษาเพิ่มขึ้นและต้องการทำงานที่มีรายได้สูงกว่า รวมถึงการไปทำงานในต่างประเทศ จึงต้องจ้างแรงงานข้ามชาติเข้ามาทดแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคการเกษตรซึ่งส่วนใหญ่มีการจ้างงานตามฤดูกาลผลิต นายจ้างและแรงงานต่างต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นนายจ้างจึงมักจะดูแลแบบครอบครัว อย่างไรก็ตาม มีนายจ้างจำนวนไม่น้อยที่ประสบปัญหาในการจ้างลูกจ้างต่างชาติเพราะส่วนใหญ่เมื่อฝึกฝนจนมีทักษะในการทำงานที่ดีแล้ว จะหนีไปหางานใหม่ที่มีค่าแรงสูงกว่าหรือหนีเข้าจังหวัดชั้นใน นายจ้างเห็นว่าการจัดการและการดูแลแรงงานข้ามชาติก็มีความสำคัญ ดังนั้นการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับสถานประกอบการที่ต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว รวมถึงการจัดแบ่งเขตพื้นที่เฉพาะสำหรับแรงงานต่างด้าวน่าจะง่ายต่อการควบคุมดูแลทั้งในด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และรวมถึงความมั่นคง

(3) ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากจังหวัดตาก โดยเฉพาะอำเภอแม่สอด และอำเภอพบพระ เป็นพื้นที่ๆมีความต้องการในการใช้แรงงานอย่างเข้มข้น มีหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐบางส่วนยังมองว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นกลุ่มที่เข้ามาเพราะต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นพวกเขาเหล่านั้นจะต้องอยู่ภายใต้อาณัติของเจ้าหน้าที่ ได้มีความพยายามของหัวหน้าหน่วยงานบางแห่งที่พยายามเปลี่ยนทัศนะดังกล่าว โดยมองว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำให้หน่วยงานราชการเพิ่มอัตราจ้างพนักงานเพื่อมารับผิดชอบงานด้านแรงงานต่างด้าว ดังนั้นแรงงานข้ามชาติทำให้พวกเขาเหล่านั้นมีงานทำในขณะที่หน่วยงานที่ให้การบริการด้านสุขอนามัยมองเรื่องจริยธรรมและกรณีภาระโรคที่เผชิญอยู่เป็นหลัก ดังนั้นไม่ว่าคนไทยหรือคนข้ามชาติก็ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ใส่ใจในสถานะการเข้าเมืองว่าถูกต้องหรือไม่ ถึงแม้ว่ามาตรฐานในการรักษาจะแตกต่างกันในบางโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ

3.4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและลักลอบทำงาน

การดำเนินการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและลักลอบทำงานในประเทศไทยนั้น รัฐไทยได้ใช้นโยบายยืดหยุ่น โดยใช้พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ 2522 ในการผ่อนผันให้ผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายสามารถทำงานชั่วคราวได้ในประเทศไทย ทั้งนี้ต้องดำเนินการตามที่รัฐกำหนดเงื่อนไขไว้และให้ปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นครั้งๆไป (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) ซึ่งการแก้ไขแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและลักลอบทำงานด้วยวิธีดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2539 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ในพื้นที่จังหวัดตากเองก็ได้ปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นครั้งๆไปเช่นเดียวกัน จากเอกสารรายงานการประชุมร่วมกับผู้ประกอบการเกี่ยวกับการจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก (2549ก) สรุปผลของมติครม.แต่ละครั้งได้ดังนี้

(1) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน, 2 กรกฎาคม และ 6 สิงหาคม 2539 ได้มีการผ่อนปรนการจ้างแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย โดยให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ลักลอบเข้ามาทำงานก่อนวันที่ 25 มิถุนายน 2539 อยู่ในราชอาณาจักรได้เป็นการชั่วคราวไม่เกิน 2 ปี อนุญาตให้ทำงานกรรมกรตามประเภทกิจการที่กำหนด 36 กิจการ ใน 8 กลุ่มอุตสาหกรรม คือ เหมืองแร่/เหมืองหิน, เกษตรกรรม, ก่อสร้าง, ประมงทะเล, ต่อเนื่องประมงทะเล, ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ, การผลิต และงานรับใช้ในบ้าน ในพื้นที่อนุญาต 43 จังหวัด มีแรงงานมาจดทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงานรวม 293,654 คน (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) โดยจังหวัดตากได้ออกใบอนุญาตทำงานให้แก่แรงงานต่างด้าวจำนวน 7,185 คน ส่วนใหญ่เป็นสัญชาติพม่า มีเพียง 2 คนที่เป็นสัญชาติลาว และ 1 คนเป็นสัญชาติกัมพูชา

(2) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 เมษายน และ 8 พฤษภาคม 2541 ผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติต่อได้อีก 1 ปี โดยมีเป้าหมายว่าจะอนุญาตไม่เกิน 158,253 คน แต่มีแรงงานมาจดทะเบียนต่ำกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ คือ 90,911 คน เท่านั้น (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548) ทั้งนี้มีการผ่อนผันให้แรงงงานต่างด้าวทำงานในประเภทกรรมกร 14 กิจการ (ขายอาหารและเครื่องดื่ม, ผลิตเครื่องทองเงินและโลหะ, สิ่งถักทอเสื้อผ้าสำเร็จรูป, ผลิตของเด็กเล่น, ผลิตและจำหน่ายวัสดุก่อสร้าง, ผลิตชิ้นส่วนอิเลคทรอนิคส์, ขายปลีก-ขายส่งสินค้า, ผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่ม, เฟอร์นิเจอร์, เจียรนัยอัญมณี, ผลิตน้ำดื่ม-น้ำแข็ง, ก่อสร้าง, ผลิตหินแกรนิต, ผลิตภัณฑ์หนัง, ปลูกพืชไร่) โดยให้มีอัตราจ้างงานแรงงานไทย 1 คน ต่อแรงงานต่างด้าว 4 คน ทั้งนี้จังหวัดตากมีการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าทำงานชั่วคราวกำหนดระยะเวลา 1 ปี มีนายจ้างในจังหวัดตากจำนวน 393 ราย มาขอโควต้าแรงงาน 20,062 คน และได้รับการอนุญาตให้จ้างแรงงานต่างด้าว ตามสัดส่วน 16,180 คน มีแรงงานต่างด้าวมายื่นขอรับใบอนุญาตทำงานจำนวน 3,325 คน ลดลงจากปี 2539 ประมาณครึ่งหนึ่ง

(3) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2542 ผ่อนผันให้แรงงานต่างชาติทำงานได้ใน 18 กิจการ โดยอนุญาตเฉพาะพื้นที่ 37 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดชายแดน 10 จังหวัด จังหวัดที่มีกิจการประมงทะเล 18 จังหวัด และจังหวัดที่อยู่ระหว่างการปรับปรุงกระบวนการผลิต 9 จังหวัด มีแรงงานได้รับใบอนุญาตทำงานรวม 99,974 คน ในส่วนของจังหวัดตากผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยโดยไม่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่ 4 สิงหาคม 2542 ให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว 1 ปี และผ่อนผันให้ทำงานได้ในประเภทงานกรรมกร 2 กิจการ ได้แก่ ก่อสร้างและพืชไร่ ไม่เกิน 2,125 คน คือ กิจการก่อสร้างจำนวน 1,250 คน และกิจการพืชไร่ จำนวน 875 คน ตามมตินี้มีนายจ้างในจังหวัดตากจำนวน 226 ราย ได้นำแรงงานจำนวน 935 คน มาขอรับใบอนุญาตทำงาน

(4) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2543 เห็นชอบตามที่คณะอนุกรรมการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวอนุญาตให้แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ทำงานได้อีก 1 ปี (ใบอนุญาตทำงานสิ้นสุด 31 พฤษภาคม 2544) โดยอนุญาตในกิจการตามมติรัฐมนตรี ปี 2542 (37 จังหวัด 18 กิจการ) โดยเพิ่มจำนวนแรงงานที่อนุญาตในปี 2542 จังหวัดตากได้อนุญาตในกิจการก่อสร้าง พืชสวน/กาแฟ จำนวน 955 คน

(5) มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2544 ผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองสามารถขึ้นทะเบียนได้ทุกจังหวัด ในทุกประเภทกิจการ ทั้งนี้แรงงานสามารถขอขึ้นทะเบียนด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องมีนายจ้าง ซึ่งทำให้มีแรงงานมาขึ้นทะเบียนมากถึง 568,249 คน จังหวัดตากมีแรงงานต่างด้าวมาขอใบอนุญาตทำงานรวม 50,253 คน

(6) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม และ 1 ตุลาคม 2545 ผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตเมื่อปี 2544 ทำงานต่อ โดยให้คงจำนวนไม่เกินยอดรวมในปี 2544 ซึ่งมีแรงงานมาต่ออายุใบอนุญาต เพียง 430,074 คนเท่านั้น และในจังหวัดตากมีแรงงานขอใบอนุญาตทำงานรวม 41,528 คน ลดลงจาก ปี 2544 ประมาณ 9,000 คน

(7) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2546 อนุมัติให้ต่อใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม และ 1 ตุลาคม 2545 ทั้งประเทศมีแรงงานมาต่ออายุใบอนุญาตทำงานเพียง 288,780 คน เท่านั้น ในจังหวัดตากมีแรงงานขอใบอนุญาตทำงานรวม 31,981 คน ลดลงจากปี 2545 ประมาณหนึ่งหมื่นคน

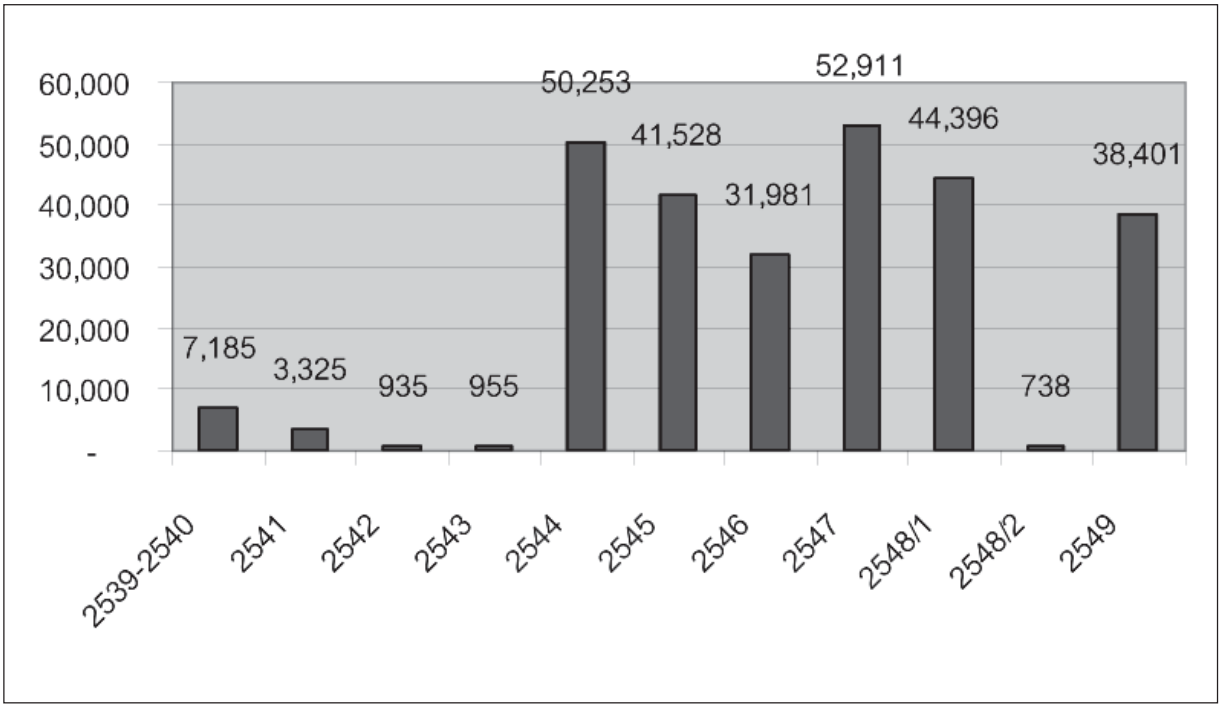
(8) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มีนาคม และ 27 เมษายน 2547 กำหนดยุทธศาสตร์ใหม่ในการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติ โดยให้ขึ้นทะเบียนทั้งตัวแรงงานและผู้ติดตาม และรวมถึงนายจ้างด้วย มีผู้มารายงานตัวทั้งประเทศ 1,284,920 คน แต่มาถ่ายรูปและพิมพ์ลายนิ้วมือเพียง 1,122,192 คน จำนวนคนที่มารายงานตัวทั้งหมดร้อยละ 8 (93,082 คน) เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ในครั้งนี้มีผู้มารายงานตัวมากกว่าล้านคนแต่มีผู้มาขอใบอนุญาตทำงานรวม 838,943 คน ในจังหวัดตากมีแรงงานต่างด้าวยื่นขอใบอนุญาตทำงาน จำนวน 52,911 คน

(9) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2548 ผ่อนผันให้แรงงานที่จดทะเบียนหรือมีใบอนุญาตทำงานในปี 2547 รวมทั้งผู้ติดตามอยู่ต่อชั่วคราวได้อีก 1 ปี โดยระหว่างรอการส่งกลับสามารถทำงานได้ และให้แรงงานเหล่านี้เข้ารับการพิสูจน์สัญชาติกับเจ้าหน้าที่ของประเทศต้นทางที่พร้อมเข้ามาดำเนินการในประเทศไทย เพื่อรับรองสถานะและออกหนังสือเดินทางโดยให้อยู่ได้ตามกฎหมาย ตามบันทึกความเข้าใจ (MOU) ว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงาน จากมติคณะรัฐมนตรีครั้งนี้มีผู้ได้รับใบอนุญาตทำงานรวม 705,293 คน จังหวัดตากมีแรงงานขอใบอนุญาต ทำงานรวม 44,396 คน (สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก 2548)

(10) มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2548 และ 16 พฤษภาคม 2549 ผ่อนผันให้คนต่างด้าวที่มี ท.ร. 38/1 ซึ่งจดทะเบียนในปี 2547 ที่ยังไม่เคยขอรับใบอนุญาตทำงาน และที่มีใบอนุญาตทำงานที่หมดอายุแล้ว มาขอรับใบอนุญาตทำงาน โดยมีการประกันตัว 50,000 และ 10,000 บาท ตามลำดับ มติครั้งนี้ประสบปัญหาในทางปฏิบัติจึงได้ยกเลิกการประกันตัว ทั้งนี้ในช่วงที่มีการประกันตัวนั้นมีแรงงานมาขอต่อใบอนุญาตทำงานทั้งประเทศ 256,899 คน และหลังมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 มีแรงงานมาขอรับใบอนุญาตทำงาน จำนวน 668,576 คน ส่วนในจังหวัดตากช่วงที่มีการประกันตัวมีนายจ้างเพียง 228 คนเท่านั้น ที่พาแรงงานมาจดทะเบียน และมีแรงงานเพียง 738 คนเท่านั้นที่มาขอต่อบัตรอนุญาตทำงาน และเมื่อยกเลิกการประกันตัวมีแรงงานต่างด้าวยื่นขอใบอนุญาตทำงานจำนวน 38,401 คน (สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก 2549ข)

น่าสังเกตว่า การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่เป็นไปตามที่รัฐบาลไทยต้องการ คือการตรึงจำนวนแรงงานไว้ เห็นได้จากภาพสะท้อนของแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในแต่ละปียังคงมีการแกว่งตัวอยู่ตลอด (ดังรูปที่ 3.2) เนื่องจากแรงงานมีการเคลื่อนย้ายและหมุนเวียนสูง ประกอบกับการเติบโตของภาคธุรกิจที่ทำให้มีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น ดูเหมือนว่าข้อกำหนดต่าง ๆของทางภาครัฐเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อจำนวนแรงงานในแต่ละปี

รูปที่ 3.2 จำนวนแรงงานที่ได้รับในอนุญาตทำงานในจังหวัดตาก ปี 2539-2549



ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก. 2549.)

3.5 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและการจ้างแรงงานข้ามชาติ

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านเศรษฐกิจของประเทศในปี 2547 และ 2548 จังหวัดตากมีมูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรจังหวัดที่ 46,048 บาท ในปี 2547 และ 51,868 บาท ในปี 2548 ซึ่งต่ำกว่ามูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรในประเทศประมาณครึ่งหนึ่ง (สำนักบัญชีประชาชาติ 2549) โดยสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดตาก (GPP) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) จะอยู่ที่ 0.34 ในปี 2547 และ 0.35 ในปี 2548 ตามลำดับ (ตาราง 3.1) ซึ่งในสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดดังกล่าว เป็นภาคกิจการที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติร้อยละ 65 และมีการจ้างแรงงานข้ามชาติในภาคกิจการที่ใช้แรงงานข้ามชาติมากเหล่านี้สูงถึงร้อยละ 93 ในปี 2547 และร้อยละ 78 ในปี 2548 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.2 และ ตารางที่ 3.3) สัดส่วนดังกล่าวชี้ชัดเจนว่า แรงงานข้ามชาติเป็นที่ต้องการสูงและมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดตากเป็นอย่างมาก แต่ควรมีข้อสังเกตว่า สัดส่วนของการจ้างแรงงานในภาคการจ้างงานแรงงานข้ามชาติน้อย/ไม่ใช้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจสะท้อนให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติได้เข้ามาทำงานในส่วนของแรงงานมีฝีมือมากขึ้น หรือว่าทำงานได้ระยะเวลาหนึ่งแล้วมีทักษะฝีมือมากขึ้นก็อาจเป็นได้

ตารางที่ 3.1 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดและมูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรจังหวัดตาก ปี 2547-2548

	2547	2548
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)	6,503,488	7,104,228
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดตาก (GPP)	22,358	25,062
สัดส่วน GPP ต่อ GDP	0.34	0.35
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรในประเทศ (บาท)	101,304	109,696
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรจังหวัด (บาท)	46,048	51,868

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549 (คำนวณจากข้อมูลของสำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549)

ตารางที่ 3.2 สัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดตาก ปี 2547-2548

จำแนกตามกิจการการจ้างงานแรงงานข้ามชาติ

กิจการที่จ้างแรงงานข้ามชาติมาก	สัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	
	2547	2548
เกษตร	21.0	23.0
ประมง	0.2	0.2
เหมืองแร่	6.8	8.0
การผลิต	15.8	14.6
ก่อสร้าง	6.3	5.9
ค้าปลีก ค้าส่ง	0.0	0.0
ลูกจ้างในครัวเรือนบุคคล	0.2	0.2
ผลิตภัณฑ์ส่วนบุคคลและครัวเรือน	14.3	13.5
รวม	**64.6**	**65.4**
กิจการที่จ้างแรงงานข้ามชาติน้อย		
ไฟฟ้า เชื้อเพลิง ประปา	2.9	2.6
ธุรกิจการเงิน อสังหาริมทรัพย์ บริการธุรกิจ	6.7	6.6
ภาคบริการสาธารณะ	20.7	20.6
บริการโรงแรม ภัตตาคาร	5.2	5.0
รวม	**35.5**	**34.8**

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549)

ตารางที่ 3.3 สัดส่วน GPP และสัดส่วนการจ้างงานแรงงานข้ามชาติตามความต้องการการจ้างงานจังหวัดตาก ปี 2547-2548

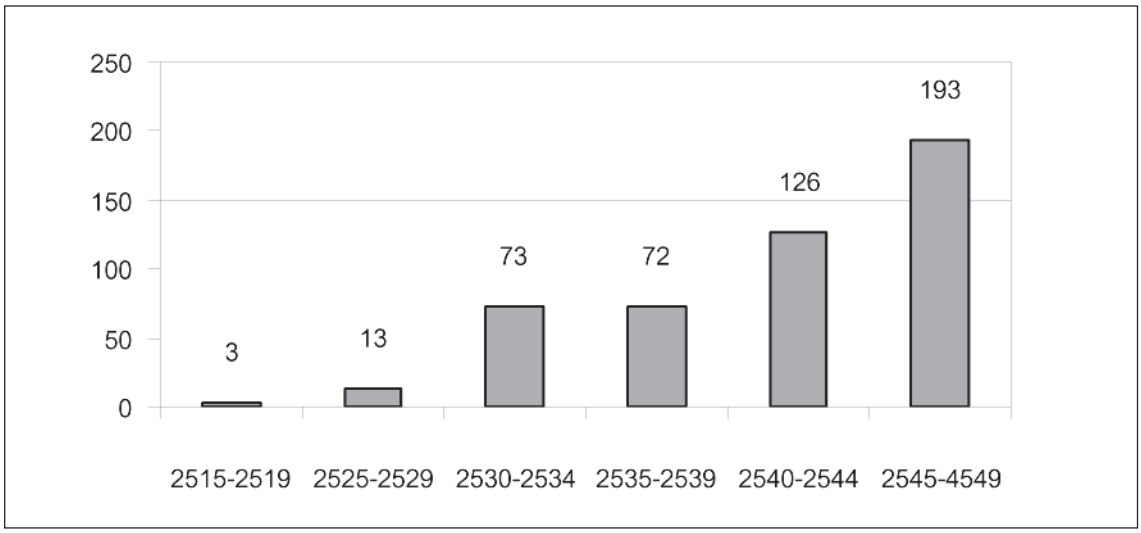
ภาคการจ้าง	2547		2548	
	% GPP	% การจ้างแรงงาน	% GPP	% การจ้างแรงงาน
ภาคการจ้างงานแรงงานข้ามชาติมาก	64.6	93.1	65.4	77.6
ภาคการจ้างงานแรงงานข้ามชาติน้อย/ไม่ใช้	35.4	6.9	34.7	22.4

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549 (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ปี 2547-2548)

3.5.1 การเติบโตของภาคธุรกิจกับความต้องการแรงงาน

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของจังหวัดตากนั้นได้มีการเสนอและผลักดันแนวคิดการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษขึ้น ดังนั้นอุสาหกรรมจังหวัดตากจึงได้มีการปรับตัวเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว โดยมีทั้งการจัดพื้นที่ (Zoning) การเชิญทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประชาพิจารณ์ และในปัจจุบันกำลังร่างแผนยุทธศาสตร์ แต่ยังคงต้องชะลอไปอีกเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐบาล อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาได้มีการการส่งเสริมการลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอแม่สอด ทำให้มีการเติบโตของโรงงานในอำเภอแม่สอดเป็นจำนวนมากในช่วง 7-8 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งโรงงานที่ผลิตเสื้อผ้าและสิ่งทอมีอัตราเติบโตเป็นอันดับต้นๆ[1] และเมื่อพิจารณาจำนวนโรงงานที่จดทะเบียนในแต่ละปีสะท้อนให้เห็นการเติบโตทางภาคธุรกิจอย่างชัดเจน จากข้อมูลของสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตากพบว่ามีจำนวนโรงงานทั้งหมด 496 แห่ง (สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก 2549) ทั้งนี้มีการจดทะเบียนโรงงานเพิ่มขึ้นในแต่ละช่วง 5 ปี โดยในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2540 -2549) เป็นช่วงที่มีการจดทะเบียนโรงงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รูปที่ 3.3) แต่เมื่อพิจารณาการเติบโตของภาคธุรกิจในช่วงที่มีการผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวทำงานชั่วคราว ในช่วงปี 2539-2549 (รูปที่ 3.4) พบว่าในช่วงปี 2548 มีโรงงานใหม่จดทะเบียนจำนวนสูงที่สุด 59 แห่ง รองลงมาคือปี 2547 มีโรงงานจดทะเบียนใหม่ 46 โรงงาน ทั้งนี้โรงงานส่วนใหญ่ในจังหวัดตากเป็นอุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องแต่งกาย ซึ่งมีจำนวน 136 แห่ง หรือ ร้อยละ 27 รองลงมาคือ อุตสาหกรรมการเกษตรซึ่งมีจำนวน 80 แห่ง หรือร้อยละ 16

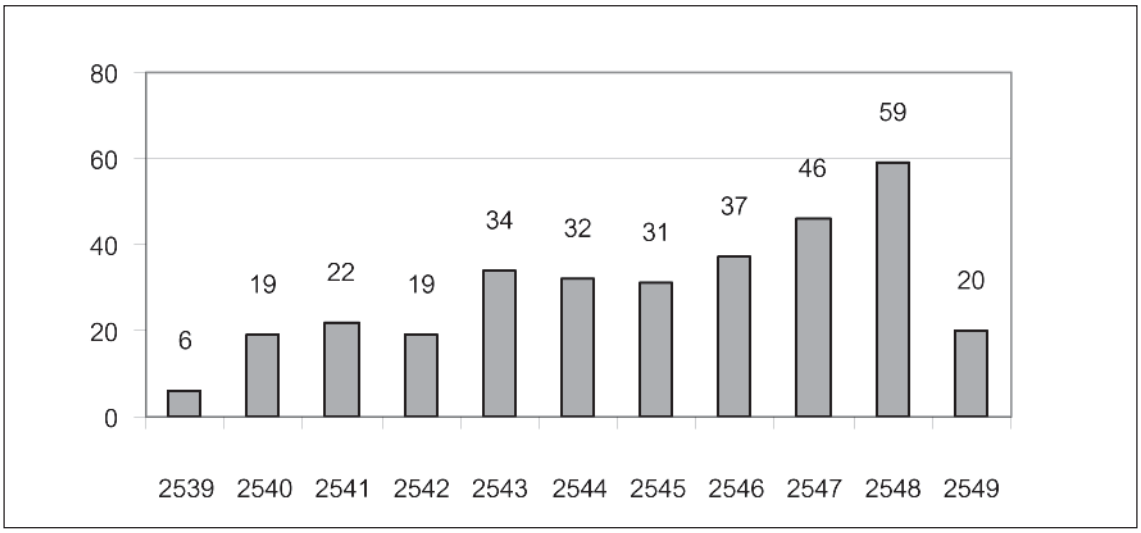
รูปที่ 3.3 จำนวนโรงงานที่จดทะเบียนในจังหวัดตากระหว่างปี 2515-2549



ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานอุสาหกรรมจังหวัดตาก 2549.)

[1] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549

รูปที่ 3.4 จำนวนโรงงานที่จดทะเบียนจังหวัดตากระหว่างปี 2539-2549*

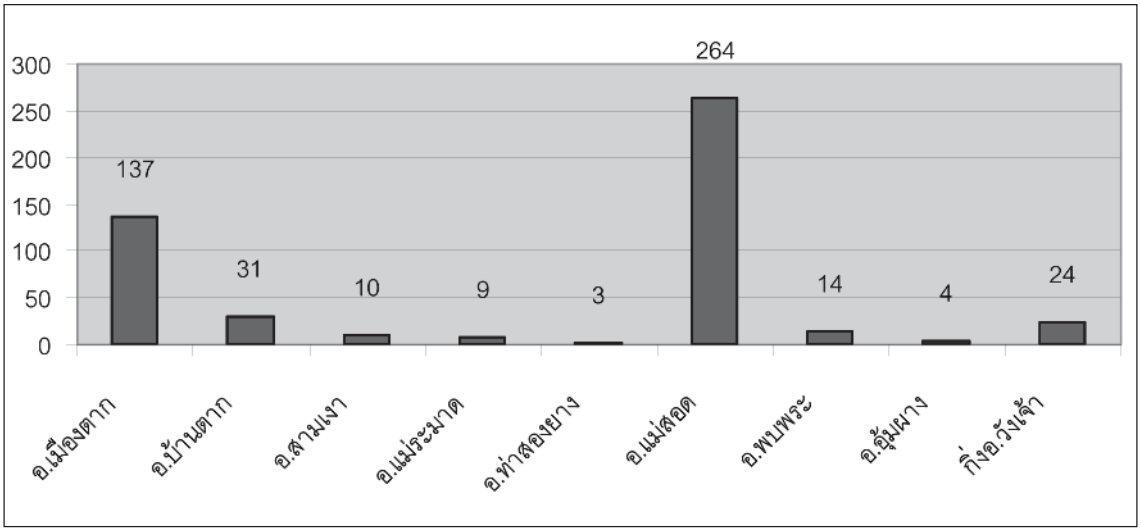


ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานอุสาหกรรมจังหวัดตาก 2549.)

* หมายเหตุ: เป็นช่วงที่มีการผ่อนผันการใช้แรงงานต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรี

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของโรงงานในอำเภอต่างๆ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง (53.2%) ของโรงงานทั้งหมดตั้งอยู่ในอำเภอแม่สอด (264 โรงงาน) รองลงมาคืออำเภอเมืองซึ่งมีประมาณ 1 ใน 4 (27.6% หรือ 137 โรงงาน) และอำเภอบ้านตาก ตามลำดับ (ดังรูปที่ 3.5)

รูปที่ 3.5 จำนวนโรงงานในจังหวัดตาก ปี 2549 จำแนกตามอำเภอ



ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (รวบรวมจากข้อมูลของสำนักงานอุสาหกรรมจังหวัดตาก 2549.)

จากการเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและการกระจายตัวของโรงงานดังกล่าวทำให้ความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอแม่สอดที่มีความต้องการแรงงานมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากภาคอุตสาหกรรมต้องการแรงงานราคาถูกเพื่อแข่งขันในเวทีโลกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประเทศจีนที่มีแรงงานราคาถูก ส่วนในอำเภอพบพระซึ่งถึงแม้ว่าจะมีจำนวนโรงงานเพียง 14 แห่ง แต่ความต้องการแรงงานมีมากเป็นอันดับรองลงมา ทั้งนี้เนื่องจาก

เป็นพื้นที่ทำการเกษตร[2] จากข้อมูลของจังหวัดตากพบว่าอำเภอพบพระมีพื้นที่ถือครองในการทำการเกษตรประมาณเกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 24) ของทั้งจังหวัด (สำนักงานจังหวัดตาก 2549)

นอกจากนี้ ข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตากยังพบว่าในช่วงปี 2547 – 2549 มีความต้องการแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น เห็นได้จากจำนวนนายจ้างที่มาขอโควต้าแรงงาน และจำนวนความต้องการแรงงาน (ดูตารางที่ 3.4) เมื่อพิจารณาจำนวนความต้องการแรงงานและจำนวนที่จัดหางานอนุญาตให้จ้าง เห็นได้ว่าจำนวนความต้องการแรงงานนั้นสูงกว่าจำนวนที่จัดหางานอนุญาตให้จ้าง เนื่องจากมีการขอเผื่อคนงานหนี[3] จากการพูดคุยกับนายจ้างพบว่านายจ้างจำเป็นต้องขอโควต้าเกิน เพราะเงื่อนไขของภาครัฐที่มีระยะเวลาการจดทะเบียนเพียงช่วงระยะเวลาเดียวในปีหนึ่งๆ แต่ในความเป็นจริงการหมุนเวียนเคลื่อนย้ายของแรงงานมีสูง เช่น ภาคการเกษตร ที่มีระยะเวลาหยุดรอการเก็บเกี่ยวผลผลิต ทำให้แรงงานชุดแรกที่ทำงานเพาะปลูกกับชุดที่สองที่เก็บเกี่ยวผลผลิตเป็นคนละคนกัน ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วคือจำนวนคนงานในแต่ละช่วงเท่ากัน จึงต้องขอโควต้าไว้เป็นจำนวน 2 เท่าของการจ้างจริง[4]

จากตัวเลขความต้องการแรงงานและจำนวนแรงงานที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงานมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ทำให้เกิดคำถามว่า แรงงานข้ามชาติจริงๆมีจำนวนเท่าไร ซึ่งจากการคาดประมาณของเจ้าหน้าที่ๆทำงานในพื้นที่พบว่าประชากรต่างด้าววัยแรงงานในจังหวัดตากน่าจะมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 100,000 คน[5] นอกจากนั้นจากฐานข้อมูลของสำนักทะเบียนราษฎร์ในปี 2547 พบว่ามีจำนวนประชากรต่างด้าวทุกกลุ่มอายุในจังหวัดตากประมาณ 130,000 คน และ120,685 คน อยู่ในอำเภอแม่สอด (โรงพยาบาลแม่สอด, 2547) และจากสถิติการจดทะเบียนในปี 2547 ที่พบว่าร้อยละ 80 เป็นวัยแรงงาน ดังนั้นในจังหวัดตากน่าจะมีแรงงาน 104,000 คน เมื่อพิจารณาจากตัวเลขความต้องการแรงงานการคาดประมาณของผู้ที่ทำงานที่เกี่ยวข้องและตัวเลขจากสำนักทะเบียนราษฎร์ ตัวเลขแรงงานที่มีอยู่จริงในจังหวัดตากน่าจะมีประมาณหนึ่งแสนคน แต่จำนวนแรงงานที่จดทะเบียนกลับมีประมาณหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีแรงงานที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบจำนวนมาก

เมื่อมีแรงงานที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบทำให้มีผู้ประกอบการลักลอบใช้แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย และแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนแต่ลักลอบทำงาน ดังนั้นจังหวัดตากจึงได้มีการจัดทำแผนการปราบปรามแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง โดยมีหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันคือ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงกลาโหม การดำเนินการปราบปรามดังกล่าวคือการดำเนินคดีกับแรงงานข้ามชาติ ผู้ประกอบการที่ทำผิดกฎหมายและรวมถึงนายหน้ารับจ้างขนแรงงาน แรงงานผิดกฎหมายเหล่านี้ส่วนหนึ่งจะลักลอบเข้าสู่จังหวัดชั้นในของประเทศ ซึ่งถูกมองว่าจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศเป็นประเด็นหลัก ในการดำเนินการดังกล่าวในเดือน กรกฎาคม ปี 2549 มีจำนวนแรงงานที่ถูกจับกุมทั้งสิ้น 10,114 คน เป็นแรงงานชาย 5,777 คน และแรงงานหญิง 4,337 คน นายหน้าอีก 27 คน ซึ่งทั้งหมดมาจากประเทศพม่า (สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก 2549ก)

---

[2] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549 และจากการสัมภาษณ์ประธานหอการค้าจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

[3] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

[4] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หอการค้าแม่สอดและตัวแทนนายจ้าง เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2549

[5] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549, และจากการสัมภาษณ์จัดหางานจังหวัดตากเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

ตารางที่ 3.4 จำนวนนายจ้างที่มาขอโควต้า จำนวนความต้องการแรงงาน และจำนวนแรงงานที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงาน จังหวัดตาก ปี 2547 –2549

มติ ครม. พ.ศ.	จำนวนนายจ้างที่มาขอโควต้า	จำนวนความต้องการแรงงาน	จำนวนที่จัดหางานอนุญาตให้จ้าง	จำนวนแรงงานที่รับใบอนุญาตทำงาน
2547	6,926	96,847	88,924	52,911
2548 (1)	5,987	110,052	93,262	44,396
2548 (2)	228	มข.	มข.	738
2549	7,011	143,012	114,947	38, 416

ที่มา: สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก (2547–2549)

มข. = ไม่มีข้อมูล

3.5.2 การกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตาก

เมื่อพิจารณาแรงงานข้ามชาติที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงานจำแนกตามประเภทของอุตสาหกรรมก็พบว่าแรงงานที่ทำงานในโรงงานต่างๆมีสัดส่วนสูงที่สุด ซึ่งโรงงานส่วนใหญ่เป็นโรงงานสิ่งทอ ตัดเย็บเสื้อผ้า และอโลหะ โดยโรงงานส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอแม่สอด รองลงมาคือแรงงานที่ทำงานในภาคเกษตร ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอพบพระ (ตารางที่ 3.5 และตารางที่ 3.6) ถึงแม้ว่าลักษณะงานที่แรงงานส่วนใหญ่ทำนั้นจะเป็นงานหนัก ค่าตอบแทนต่ำ และ ไม่ได้รับความคุ้มครอง ในสายตาของแรงงานไทย แต่งานเหล่านี้กลับเป็นโอกาสของแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากค่าจ้างที่ได้รับสูงกว่าประเทศต้นทางหลายเท่า[6] นอกจากนั้นทางเลือก โอกาส และความยากจนในประเทศต้นทางก็ผลักดันให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มีความอดทนสูงต่อสภาพความเป็นอยู่และการทำงานที่ยากลำบากในประเทศไทย และรวมถึงการขาดความรู้ความเข้าในในเรื่องสิทธิของตัวแรงงานเอง (โครงการอนุภาคลุ่มน้ำโขงเพื่อต่อต้านการค้าเด็กและหญิง 2549)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนเพศของแรงงาน พบว่า สัดส่วนแรงงานเพศหญิงเพิ่มขึ้นจากปี 2547 ที่มีมากกว่าผู้ชายเพียงเล็กน้อย และเพิ่มเป็นเกือบ 2 ใน 3 ในปี 2549 สังเกตได้ว่ามีแรงงานหญิงเข้าไปทำงานในโรงงานประมาณ 3 ใน 4 ของแรงงานหญิงทั้งหมด สำหรับแรงงานชายนั้นส่วนใหญ่จะทำงานในภาคเกษตรและโรงงาน อย่างไรก็ตามสัดส่วนที่ทำงานในภาคการเกษตรมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่โรงงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ดังตารางที่ 3.5) ทั้งนี้เนื่องจากการเติบโตของอุตสาหกรรมที่ต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในอุตสาหกรรมสิ่งทอ และตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ซึ่งต้องการแรงงานหญิงมากกว่าแรงงานชาย

[6] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จัดหางานจังหวัดตากเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549 และจากการสัมภาษณ์ประธานหอการค้าจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

ตารางที่ 3.5 ร้อยละของแรงงานแยกตามเพศและภาคส่วนกิจการที่จ้าง จังหวัดตาก ปี 2547-2549

ประเภทกิจการ	2547		2548		2549	
	% ชาย	% หญิง	% ชาย	% หญิง	% ชาย	% หญิง
รวม	44.1	55.9	42.8	57.2	36.2	63.8
1) ประมง	-	-	-	-	-	-
ประมงทะเล	-	-	0.0	0.0	-	-
ประมงน้ำจืด	-	-	0.0	0.0	-	-
2) ต่อเนื่องประมง	0.1	0.0	0.9	0.4	0.0	0.0
3) เกษตรและปศุสัตว์	33.6	10.1	32.0	9.5	21.8	4.8
เกษตร	31.7	9.9	30.6	9.2	20.6	4.7
ปศุสัตว์	1.9	0.2	1.4	0.3	1.1	0.1
4) โรงสีข้าว	0.5	0.1	0.4	0.0	0.3	0.0
5) โรงอิฐ	0.2	0.0	0.5	0.1	0.4	0.1
6) โรงน้ำแข็ง	0.2	0.0	0.3	0.1	0.3	0.1
7) ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	0.2	0.0	3.0	0.4	3.0	0.3
8) ก่อสร้าง	10.0	0.8	9.4	1.1	10.5	0.9
9) เหมืองแร่/เหมืองหิน	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
10) ลูกจ้างในครัวเรือนส่วนบุคคล	1.0	6.1	1.2	5.9	1.3	4.6
11) อื่นๆ(ระบุ)	54.2	82.9	52.3	82.5	62.2	89.2
- 1) การผลิต สิ่งทอ สิ่งถัก	-	-	22.9	42.3	21.7	32.2
- 2) การผลิตเครื่องแต่งกายตัดเย็บ เสื้อผ้าสำเร็จรูป	-	-	9.2	27.8	21.0	45.7
- 3) การผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้	-	-	1.2	0.4	1.8	0.5
- 4) การผลิตผลิตภัณฑ์จากเซรามิค	-	-	0.4	2.6	1.1	2.5
- 5) การผลิตชิ้นส่วนประกอบ อิเลกทรอนิกส์	-	-	0.1	0.6	0.6	1.0
- 6) การผลิตภัณฑ์อาหาร	-	-	1.7	1.0	1.3	0.6
- การผลิตอื่นๆ นอกจาก 1-6	-	-	4.6	2.5	3.2	2.5
- การขายปลีก-ขายส่ง	-	-	8.7	3.6	8.7	3.2
- การซ่อมแซมยานยนต์	-	-	1.2	0.2	1.2	0.1
- การโรงแรม ร้านอาหาร ภัตตาคาร	-	-	1.3	1.2	0.9	0.5
- สถานที่เก็บสินค้า	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
- การให้เช่าหรือบริการทางธุรกิจ	-	-	0.4	0.1	0.3	0.1
- การบริการทำความสะอาดหรือ ซักอบรีด	-	-	0.1	0.0	0.1	0.0
- สถานศึกษา	-	-	0.1	0.1	-	-
- มูลนิธิสมาคมการกุศล	-	-	0.0	0.0	-	-

ตารางที่ 3.5 (ต่อ)

ประเภทกิจการ	2547		2548		2549	
	% ชาย	% หญิง	% ชาย	% หญิง	% ชาย	% หญิง
- มูลนิธิสมาคมการกุศล/สถานศึกษา	-	-	-	-	0.1	0.1
- บริการเสริมความงาม	-	-	0.0	0.0	-	0.0
- การบริการซ่อมแซมติดตั้งเครื่องใช้ไฟฟ้า	-	-	0.3	0.0	0.1	0.0
- เคลื่อนย้ายสินค้า	0.1	0.0	-	-	-	-
- อู่ซ่อมรถ	0.1	-	-	-	-	-
- ชำแหละเนื้อสัตว์	0.0	0.0	-	-	-	-
- ผลิตปูนขาว	0.2	0.1	-	-	-	-
- โรงงาน	43.5	78.5	-	-	-	-
- สถานประกอบการอื่นๆ	10.3	4.6	-	-	-	-
รวม (จำนวน)	**23,329**	**29,582**	**18,987**	**25,409**	**13,898**	**24,518**

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก 2547-2549)

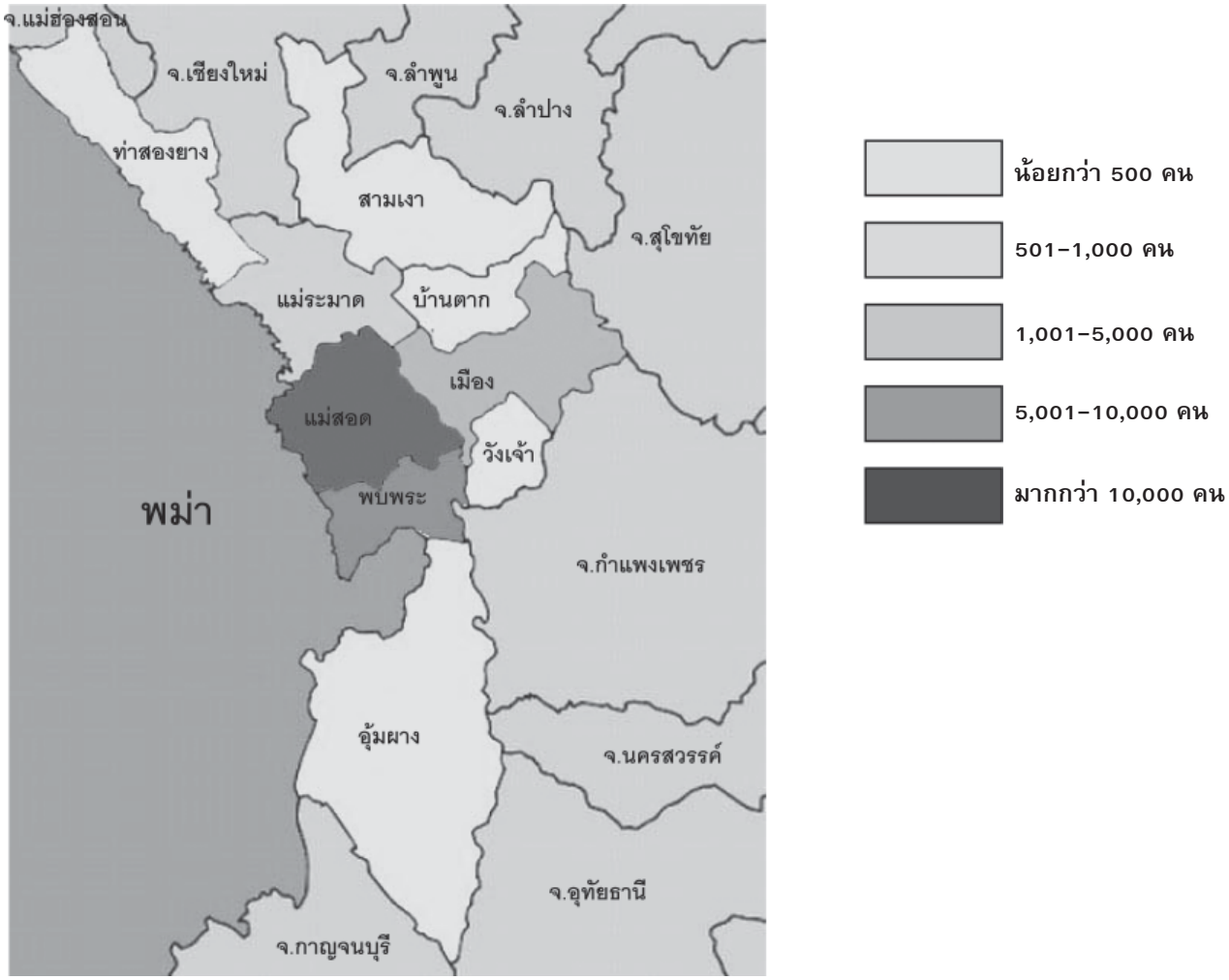
ส่วนการกระจายตัวของแรงงานในจังหวัดตากนั้น เป็นไปตามความต้องการแรงงานตามพื้นที่เชิงภูมิศาสตร์ ทั้งนี้ อำเภอแม่สอดมีแรงงานข้ามชาติมากที่สุดคือกว่าร้อยละ 80 รองลงมาคืออำเภอพบพระ และอำเภอเมืองตามลำดับ เห็นได้ว่าอำเภอแม่สอดมีแรงงานข้ามชาติมากกว่าอำเภอพบพระซึ่งมีจำนวนแรงงานข้ามชาติมากเป็นอันดับรองลงมาประมาณ 6 เท่า ถึง 15 เท่า (ตารางที่ 3.6 และ รูปที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 การกระจายแรงงานข้ามชาติเชิงพื้นที่ จังหวัดตาก ปี 2547-2549

อำเภอ	พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2548		พ.ศ.2549	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เมือง	1,006	1.90	876	1.98	800	2.08
บ้านตาก	351	0.66	210	0.47	170	0.44
สามเงา	90	0.17	99	0.22	86	0.22
แม่สอด	42,771	80.84	36,431	82.30	34,524	89.87
แม่ระมาด	975	1.84	603	1.36	306	0.80
ท่าสองยาง	130	0.25	186	0.42	75	0.20
อุ้มผาง	303	0.57	377	0.85	150	0.39
พบพระ	7,041	13.31	5,421	12.25	2,127	5.54
วังเจ้า	244	0.46	64	0.14	178	0.46
รวมทุกอำเภอ	**52,911**	**100.00**	**44,267**	**100.00**	**38,416**	**100.00**

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก 2547-2549)

รูปที่ 3.6 จำนวนของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตากปี 2547 จำแนกตามอำเภอ



3.6 สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตาก

3.6.1 การตรวจสุขภาพก่อนขอและต่อใบอนุญาตทำงาน

การมีแรงงานต่างชาติเข้ามาจำนวนมากทำให้งานจัดการทางด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นอย่างยิ่ง แต่เป็นการตรวจสุขภาพเฉพาะกลุ่มแรงงานที่ทำงานและบังคับซื้อบัตรประกันสุขภาพ ส่วนกลุ่มผู้ติดตามซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุไม่มีการบังคับว่าต้องตรวจสุขภาพ จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขพบว่า แรงงานที่เข้ารับการตรวจสุขภาพมีผลการตรวจสุขภาพเป็นปกติร้อยละ 95 ขึ้นไป ในกลุ่มที่พบว่ามีโรคประเภท 2 คือ โรคที่ต้องติดตามรักษา ส่วนมากคือวัณโรคระยะที่สามารถติดตามรักษาได้ ซิฟิลิส เท้าช้าง และมาลาเรีย ตามลำดับ ส่วนโรคประเภท 3 (โรคต้องห้ามในการทำงาน) นั้น ตรวจพบวัณโรคในระยะติดต่อ และการติดสารเสพติดประเภทยาบ้า ขณะเดียวกันพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ (ตารางที่ 3.7) คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 1.5 ของจำนวนหญิงที่มาตรวจสุขภาพทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก 2547, และ 2548)

ในปี 2547 จำนวนแรงงานที่มาตรวจสุขภาพและรับบัตรอนุญาตทำงาน พบว่าจำนวนแรงงานที่รับบัตรอนุญาตทำงานมีจำนวนน้อยกว่าผู้มาตรวจสุขภาพ เนื่องจากแรงงานและผู้ติดตามได้รับการตรวจสุขภาพโดยสมัครใจและบางส่วนไม่ได้ต้องการทำงาน แต่ในปี 2548 กลับพบว่าจำนวนแรงงานที่มารับบัตรอนุญาตทำงานสูงกว่าจำนวนแรงงาน

ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประมาณ 4,000 คน ซึ่งเกิดจากการที่ระยะเวลาในการต่อใบอนุญาตทำงานกำลังจะหมด ทำให้สำนักงานจัดหางานต่อใบอนุญาตให้ก่อนแล้วให้แรงงานไปตรวจร่างกายในภายหลัง แต่ในความเป็นจริงแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานก่อนตรวจร่างกายกลับไม่ได้ไปตรวจร่างกาย กลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจร่างกายเหล่านี้อาจส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของฝ่ายสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวพบว่า การที่จำนวนแรงงานที่มารับบัตรอนุญาตทำงานสูงกว่าจำนวนแรงงานที่ได้รับการตรวจสุขภาพเนื่องจากขาดการประสานงานกันระหว่างสำนักงานจัดหางานและโรงพยาบาล รวมถึงไม่มีระเบียบข้อตกลงระหว่างหน่วยงาน ทำให้ต่างคนต่างทำ และมองว่าน่าจะมีเจ้าภาพเข้ามารับผิดชอบโดยตรง[7]

ตารางที่ 3.7 ผลการตรวจสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงาน ตั้งแต่ปี 2547-2548 ของจังหวัดตาก

ผลการตรวจ	ปี 2547						ปี 2548					
	ชาย	%	หญิง	%	รวม	%	ชาย	%	หญิง	%	รวม	%
ผลการตรวจปกติ (ประเภท 1)	23,304	97.1	29,921	96.8	53,225	96.9	16,224	95.9	22,138	94.8	8,362	95.3
โรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภท 2)	678	2.8	487	1.6	1,165	2.1	687	4.1	588	2.5	1,278	3.2
วัณโรค	มข.	มข.	มข.	มข.	682	1.2	มข.	มข.	มข.	มข.	937	2.3
ซิฟิลิส	147		251		398	0.7	122		195	มข.	317	0.8
เท้าช้าง	มข.	มข.	มข.	มข.	81	0.1	มข.	มข.	มข.	มข.	24	0.1
มาลาเรีย	มข.	มข.	มข.	มข.	1	0.0	มข.	มข.	มข.	มข.	1	0.0
โรคที่ต้องห้ามไม่ให้ทำงาน (ประเภท 3)	20	0.1	11	0.0	31	0.1	2	0.0	-	0.0	2	0.0
วัณโรคระยะติดต่อ	มข.	มข.	มข.	มข.	29	0.1	มข.	มข.	มข.	มข.	2	0.0
ซิฟิลิสระยะที่ 3	0	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0
เท้าช้างมีอาการ	มข.	มข.	มข.	มข.	-	0.0	มข.	มข.	มข.	มข.	-	0.0
ยาบ้า (Amphetamine)	มข.	มข.	มข.	มข.	2	0.0	มข.	มข.	มข.	มข.	-	0.0
ตั้งครรภ์ (ประเภท 4)	-	มข.	480	1.6	480	0.9	-	มข.	605	2.6	605	1.5
จำนวนที่ตรวจทั้งหมด	24,002	100	30,899	100	54,901	100	16,919	100	23,342	100	40,243	100
จำนวนบัตรอนุญาตทำงาน	23,329	44.1	29,582	55.9	52,911	100	18,987	42.8	25,409	57.2	44,396	100

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549 (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และข้อมูลสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ปี 2547-2548)
มข. = ไม่มีข้อมูล

[7] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณะทำงานแรงงานต่างด้าว โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

3.6.2 การเฝ้าระวังโรคในแรงงานข้ามชาติ

นอกจากการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติดังกล่าวแล้ว ยังมีโรคที่เป็นปัญหาและต้องเฝ้าระวังทั้งในกลุ่มคนไทยและคนต่างชาติอีกหลายโรคซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ของสำนักระบาดวิทยา ในช่วงปี 2547-2548 พบว่าโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น หัด มีอัตราป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนในคนข้ามชาติสูงกว่าคนไทย ประมาณ 4-7 เท่า และโรคมาลาเรียในคนข้ามชาติสูงกว่าคนไทยประมาณ 3-8 เท่า วัณโรคสูงกว่าคนไทยประมาณเกือบ 3 เท่า เมื่อพิจารณาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ แผลริมอ่อน หนองใน หนองในเทียม และซิฟิลิส พบว่าในปี 2547 อัตราเจ็บป่วยต่อแสนประชากรในคนข้ามชาติสูงกว่าคนไทย แม้ว่าในปี 2548 มีรายงานผู้ป่วยด้วยหนองในในแรงงานต่างชาติเพียงกรณีเดียวเท่านั้น (ตารางที่ 3.8 และตารางที่ 3.9)

ส่วนผลการตรวจสุขภาพในปี 2548 พบว่ามีจำนวนแรงงานที่มีผลการตรวจเลือดและมีผลกามโรคเป็นบวก (VDRL) จำนวน 317 คน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ก็พบว่ามีทิศทางของโรคที่ต้องเฝ้าระวังไปในทางเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาลาเรียและวัณโรค ซึ่งมีอัตราในคนต่างชาติสูงกว่าคนไทย (ตารางที่ 3.10)

มีข้อสังเกตว่า โรคอื่นๆ เช่น อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก กลับพบว่าอัตราต่อแสนประชากรในกลุ่มคนไทยสูงกว่าคนข้ามชาติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าคนข้ามชาติ ทำให้การบันทึกข้อมูลของโรคกลุ่มนี้สูง และแรงงานเพียงบางส่วนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ของโรคบางอย่างในกลุ่มคนไทย ยังต้องการการแก้ไขปัญหาเช่นกัน

ตารางที่ 3.8 จำนวนและอัตราเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่เฝ้าระวัง จังหวัดตาก ปี 2547: เปรียบเทียบระหว่างประชากรไทยกับประชากรต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) (อัตราต่อแสนประชากร) *

โรค	ปี 2547											
	รวม				ไทย				ต่างชาติ			
	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย
ไข้กาฬหลังแอ่น	2	0.4	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	1.9	0	0.0
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	4007	704.5	1	0.2	3442	776.7	0	0.2	565	1067.8	1	1.9
ไข้เลือดออก	213	37.4	0	0.0	212	41.3	0	0.0	1	1.9	0	0.0
ฉี่หนู	2	0.4	0	0.0	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อุจจาระร่วง	16883	2968.2	4	0.7	15944	3272.7	4	0.8	939	1774.7	0	0.0
ไทฟอยด์	80	14.1	0	0.0	74	15.5	0	0.0	6	11.3	0	0.0
ปอดบวม	1505	264.6	6	1.1	1360	291.7	4	1.2	145	274.0	2	3.8
มาลาเรีย	2057	361.6	1	0.2	1429	398.7	0	0.2	628	1186.9	1	1.9
เรื้อน	7	1.2	0	0.0	6	1.4	0	0.0	1	1.9	0	0.0
วัณโรค	252	44.3	2	0.4	192	48.8	0	0.4	60	113.4	2	3.8
สครับไทฟัส	233	41.0	1	0.2	205	45.2	1	0.2	28	52.9	0	0.0
หัด	77	13.5	0	0.0	46	14.9	0	0.0	31	58.6	0	0.0
อาหารเป็นพิษ	1072	188.5	2	0.4	1011	207.8	2	0.4	61	115.3	0	0.0
ฆ่าตัวตาย	26	4.6	1	0.2	24	5.0	1	0.2	2	3.8	0	0.0
แผลริมอ่อน	4	0.7	0	0.0	4	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 3.8 (ต่อ)

โรค	ปี 2547											
	รวม				ไทย				ต่างชาติ			
	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย
หนองใน	14	2.5	0	0.0	8	2.7	0	0.0	6	11.3	0	0.0
หนองในเทียม	1	0.2	0	0.0	0	0.2	0	0.0	1	1.9	0	0.0
ซิฟิลิส	5	0.9	0	0.0	3	1.0	0	0.0	2	3.8	0	0.0

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากรายงาน ๕๐๖ ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

* **หมายเหตุ** :อัตราป่วย และอัตราตาย ต่อแสนประชากรของคนไทย คำนวณโดยใช้ประชากรปลายปี 2547 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ในปี 2547 มีประชากร 515,877 คน และของคนข้ามชาติ คำนวณโดยใช้ประชากรต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2547 จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ทั้งนี้ในปี 2547 มีจำนวน 52,911คน

ตารางที่ 3.9 จำนวนและอัตราเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่เฝ้าระวัง จังหวัดตาก ปี 2548: เปรียบเทียบระหว่างประชากรไทยกับประชากรต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) (อัตราต่อแสนประชากร) *

โรค	ปี 2548											
	รวม				ไทย				ต่างชาติ			
	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย
ไข้กาฬหลังแอ่น	9	1.6	0	0.0	6	1.1	0	0.0	3	6.8	0	0.0
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	5130	905.4	2	0.4	4230	810.0	2	0.4	900	2027.2	0	0.0
ไข้เลือดออก	378	66.7	0	0.0	357	68.4	0	0.0	21	47.3	0	0.0
ฉี่หนู	7	1.2	1	0.2	6	1.1	1	0.2	1	2.3	0	0.0
อุจจาระร่วง	15451	2727.0	2	0.4	14565	2789.2	2	0.4	886	1995.7	0	0.0
ไทฟอยด์	58	10.2	0	0.0	52	10.0	0	0.0	6	13.5	0	0.0
ปอดบวม	2131	376.1	18	3.2	1780	340.9	17	3.3	351	790.6	1	2.3
มาลาเรีย	3298	582.1	9	1.6	1923	368.3	6	1.1	1375	3097.1	3	6.8
เรื้อน	6	1.1	0	0.0	1	0.2	0	0.0	5	11.3	0	0.0
วัณโรค	260	45.9	3	0.5	214	41.0	2	0.4	46	103.6	1	2.3
สครับไทฟัส	322	56.8	0	0.0	271	51.9	0	0.0	51	114.9	0	0.0
หัด	101	17.8	0	0.0	65	12.4	0	0.0	36	81.1	0	0.0
อาหารเป็นพิษ	1047	184.8	0	0.0	1014	194.2	0	0.0	33	74.3	0	0.0
ฆ่าตัวตาย	56	9.9	5	0.9	54	10.3	5	1.0	2	4.5	0	0.0
แผลริมอ่อน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หนองใน	14	2.5	0	0.0	13	2.5	0	0.0	1	2.3	0	0.0
หนองในเทียม	1	0.2	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ซิฟิลิส	4	0.7	0	0.0	4	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากรายงาน ๕๐๖ ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

* หมายเหตุ: อัตราป่วย และอัตราตาย ต่อแสนประชากรของคนไทย คำนวณโดยใช้ประชากรปลายปี 2548 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ในปี 2548 มีประชากร 522,197 คน และของคนข้ามชาติ คำนวณโดยใช้ประชากรต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2548 จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ทั้งนี้ในปี 2548 มี จำนวน 44,396 คน

ตารางที่ 3.10 จำนวนและอัตราเจ็บป่วยจากโรคที่เฝ้าระวัง จังหวัดตาก ปี 2547-2548

(อัตราต่อแสนประชากร) *

โรคติดต่อ	2547				2548			
	ไทย	อัตรา (ต่อแสน)	ต่างชาติ	อัตรา (ต่อแสน)	ไทย	อัตรา (ต่อแสน)	ต่างชาติ	อัตรา (ต่อแสน)
อุจจาระร่วง	13,958	2,705.7	590	1,115.1	14,728	2,820.4	886	1,995.7
ไข้เลือดออก	196	38.0	1	1.9	356	68.2	22	49.6
ไข้กาฬหลังแอ่น	1	0.2	1	1.9	6	1.1	3	6.8
มาลาเรีย	1,331	258.0	531	1,003.6	1,930	369.6	1,382	3,112.9
วัณโรค	202	39.2	48	90.7	216	41.4	46	103.6
เท้าช้าง	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0
เลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	2	0.4	0	0.0	6	1.1	1	2.3
สุนัขบ้า	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ไข้สมองอักเสบ	6	1.2	1	1.9	4	0.8	1	2.3

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก)

* **หมายเหตุ** :อัตราป่วย และอัตราตาย ต่อแสนประชากรของคนไทย คำนวณโดยใช้ประชากรปลายปี 2547 และ 2548 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ในปี 2547 มีประชากร 515,877 คน และในปี 2548 มีประชากร 522,197 คน และของคนข้ามชาติ คำนวณโดยใช้ประชากรต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2547 และ 2548 จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ทั้งนี้ในปี 2547 มีจำนวน 52,911คน และในปี 2548 มี จำนวน 44,396 คน

3.7 สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ

3.7.1 การตั้งครรภ์และคลอด

จากข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่า มีจำนวนเด็กต่างชาติเกิดมีชีพมากกว่าจำนวนหญิงต่างชาติที่มาฝากครรภ์รายใหม่ (ตารางที่ 3.11) สะท้อนว่าไม่มีการฝากครรภ์ แต่มาคลอดที่โรงพยาบาลเลย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าแม่ตาวคลินิกที่ระบุว่า หญิงตั้งครรภ์จากประเทศพม่าจำนวนหนึ่ง ตั้งใจเข้ามาเพื่อรับบริการการคลอดที่ฝั่งไทยเท่านั้น แสดงว่าไม่ได้มีการฝากครรภ์กับสถานบริการสาธารณสุขในไทยแต่อย่างใด[8]

จากตารางที่ 3.11 พบว่าจำนวนการคลอดทั้งหมดมาจากตัวเลขที่รวบรวมจากโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมการคลอดที่ทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม หรือ หมอตำแย/เพื่อน แต่ก็พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ถึงร้อยละ 11 ในปี 2547 และร้อยละ 12.4 ในปี 2548[9] ซึ่งถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอันจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก ในขณะที่อัตราติดเชื้อเอชไอวี ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมีแนวโน้มลดลง

เมื่อคำนวณอัตราเกิดมีชีพ[10] พบว่า ในปี 2547 อัตราเกิดมีชีพเท่ากับ 27 ต่อพัน และในปี 2548 เท่ากับ 37 ต่อพัน ส่วนอัตราตายของเด็กพบว่ามีเด็กตายคลอด (Still birth) ต่อการเกิดรอดชีพ 1000 คนในปี 2547 เท่ากับ 21.1

---

[8] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Cynthia Maung แห่งแม่ตาวคลินิก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[9] คำนวณจากจำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตรต่อจำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่

[10] อัตราเกิดมีชีพ คำนวณจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพต่อแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานหนึ่งพันคน ในปี 2547 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1,422 คน และจำนวนประชากรข้ามชาติ 52,911คน และในปี 2548 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1,661 คน และจำนวนประชากรข้ามชาติ 44,396 คน

ต่อพัน และ ในปี 2548 เท่ากับ 26.5 ต่อพัน[11] ขณะที่อัตราตายปริกำเนิดต่อการเกิดรอดชีพต่อการเกิดรอดชีพ 1,000 คนในปี 2547 เท่ากับ 13.4 และ ในปี 2548 เท่ากับ 39.1[12] และอัตราทารกตายภายในขวบปีแรกต่อการเกิดรอดชีพ 1,000 คนในปี 2547 เท่ากับ 15.5 และ ในปี 2548 เท่ากับ 39.1 [13] ในส่วนของอัตราตายของหญิงต่างด้าวขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในปี 2547 เท่ากับ 140.6 ต่อแสน และในปี 2548 เท่ากับ 60.2 ต่อแสน[14] ซึ่งอัตราตายของมารดานั้นนับว่าสูงมาก เพราะอัตราตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 17–20 ต่อแสน

อย่างไรก็ตาม แม้อัตราตายของมารดาและทารกจะเป็นตัวชี้วัดทางด้านอนามัยแม่และเด็ก แต่จากสถิติชีพดังกล่าวไม่อาจบ่งชี้ได้ว่างานอนามัยแม่และเด็กมีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพหรือไม่ เนื่องจากไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีความครอบคลุมมากน้อยเพียงใด เพราะขาดข้อมูลจำนวนรวมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์และคลอดกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ และรวมถึงข้อมูลที่รวบรวมได้มาจากโรงพยาบาลของรัฐเพียง 8 แห่ง ไม่รวมสถานีอนามัย และสถานพยาบาลอื่นๆ และการคลอดโดยบุคคลอื่นๆ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องได้ให้ข้อมูลว่ามีการทำแท้งและคลอดในชุมชนของแรงงานข้ามชาติโดยหมอตำแย[15]

จากการสำรวจของ IRC (International Rescue Committee) พบว่า แทบทุกพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติหนาแน่นจะมีหมอตำแยอยู่ในชุมชน ดังเช่น ในปี 2548 พบว่ามีหมอตำแยในอำเภอแม่สอดจำนวน 32 คน และจากข้อมูลการรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พบว่าในปี 2548 ในจังหวัดตากมีหญิงต่างชาติคลอดบุตรโดยผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรมจำนวน 259 คน และจากรายงานของแม่ตาวคลินิกพบว่าในปี 2547 มีผู้มารับบริการฝากครรภ์จำนวน 4,122 คน ได้ทำคลอดทารกจำนวน 1,602 คน และในปี 2548 มีจำนวนผู้มารับบริการฝากครรภ์จำนวน 3,383 คน ทำคลอดทารกจำนวน 1,439 คน (ตารางที่ 3.12) (คลินิกแม่ตาว 2549)

ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าจำนวนหญิงที่ไปฝากครรภ์ที่แม่ตาวคลินิกมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐประมาณ 3–4 เท่า ส่วนจำนวนการคลอดนั้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ก็พบว่าหญิงต่างชาติที่ท้องในจังหวัดตากที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ให้หมอตำแยทำคลอด ดังนั้นจังหวัดตากเองจึงได้เห็นความสำคัญของหมอตำแยกลุ่มนี้ ที่ผ่านมาได้มีการจัดอบรมโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน[16] และนอกจากหน่วยงานของสาธารณสุขแล้วแม่ตาวคลินิกยังได้อบรมหมอตำแยเพื่อให้การดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดในรายที่ปกติด้วยเช่นกัน

---

[11] อัตราเด็กตายคลอด คำนวณจากจำนวนเด็กเกิดตายคลอดต่อเด็กเกิดมีชีพ หนึ่งพันคน ในปี 2547 มีจำนวนเด็กตายคลอด 30 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,422 และในปี 2548 มีจำนวนเด็กตายคลอด 44 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,661 คน

[12] อัตราตายปริกำเนิด คำนวณจากจำนวนเด็กเกิดตายปริกำเนิดต่อเด็กเกิดมีชีพ หนึ่งพันคน ในปี 2547 มีจำนวนเด็กตายปริกำเนิด 19 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,422 และในปี 2548 มีจำนวนเด็กตายปริกำเนิด 65 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,661 คน

[13] อัตราตายทารก คำนวณจากจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ตายต่อเด็กเกิดมีชีพ หนึ่งพันคน ในปี 2547 มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีตาย 22 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,422 และในปี 2548 มีจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีตาย 65 ราย และเด็กเกิดมีชีพ 1,661 คน

[14] อัตราตายมารดา คำนวณจากจำนวนมารดาตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ต่อการเกิดมีชีพ 1000,000 คน

[15] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศุภนิมิต แม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[16] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ IRC (International Rescue Committee) เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2550

ตารางที่ 3.11 จำนวนหญิงต่างชาติตั้งครรภ์และคลอด ปี 2547-2548 (เฉพาะในโรงพยาบาล 8 แห่ง)

จำนวนหญิงต่างชาติตั้งครรภ์และคลอด	2547		2548	
	จำนวน	อัตรา (ต่อพัน)	จำนวน	อัตรา (ต่อพัน)
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่	977	-	1,303	-
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่ที่มีผล เอชไอวี เป็นบวก	10	10.2	10	7.7
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	1,422	27.0	1,661	37.0
จำนวนเด็กตาย				
จำนวนทารกตายคลอด	30	21.1	44	26.5
จำนวนทารกตายปริกำเนิด (ตายใน 7 วัน)	19	13.4	65	39.1
จำนวนทารกตาย (ภายในปี)	3	15.5	0	39.1
จำนวนหญิงที่คลอดโดย				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1,370	-	1,685	-
ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	มข.	-	มข.	-
หมอตำแย/เพื่อน	มข.	-	มข.	-
จำนวนหญิงคลอดที่มีผล เอชไอวี เป็นบวก (ANC และ Non- ANC)	35	24.6	31	18.7
จำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร	150	10.5*	209	12.6*
จำนวนหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	2	140.6**	1	60.2**

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และเสาวภาค สุขสินชัย 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก)

หมายเหตุ: *อัตราต่อร้อยหรือร้อยละ

** อัตราต่อแสน

ตารางที่ 3.12 จำนวนหญิงต่างชาติตั้งครรภ์และคลอด ปี 2547-2548 (เฉพาะในแม่ตาวคลินิก)

จำนวนหญิงต่างชาติตั้งครรภ์และคลอด	2547	2548
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์รายใหม่	4,122	3,383
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	1,602	1,439

ที่มา: รายงานประจำปี 2548-คลินิกแม่ตาว

3.7.2 การให้วัคซีนเด็กต่างชาติ

ข้อมูลการให้วัคซีนพื้นฐาน อันได้แก่ วัณโรค ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอและหัด ในกลุ่มเด็กต่างชาติอายุต่ำกว่า 5 ปี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พบว่าไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการได้รับวัคซีนมีความครอบคลุมมากน้อยแค่ไหน เพราะไม่ทราบจำนวนเด็กต่างชาติที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กซึ่งเป็นผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องพบว่า การให้วัคซีนในเด็กไทยนั้นน่าจะครอบคลุมทั้งหมด แต่ในเด็กต่างด้าวไม่สามารถบอกได้ว่าครอบคลุมและได้ครบชุดของวัคซีนหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากเด็กต่างชาติจะได้รับก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่พบเจอตัวเมื่อมีการออกหน่วยเคลื่อนที่เท่านั้น และในการลงบันทึกการได้รับวัคซีนไม่ได้แยกว่าเป็นเด็กต่างชาติหรือว่าเด็กไทย (ตารางที่ 3.13)

แต่จากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่าในปี 2547 สามารถแยกจำนวนเด็กต่างชาติในจังหวัดตากได้ว่า มีจำนวน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน 2,322 คน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในช่วง NID (National Immunization Day) 2 ครั้ง จำนวน 48,850 คน และหญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก จำนวน 1,216 (ตารางที่ 3.14) แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าครอบคลุมหรือไม่อย่างไร เพราะไม่ทราบจำนวนเด็กต่างชาติรวมว่ามีเท่าไร ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นเพียงสิ่งที่ชี้ว่ามีการดำเนินงานในด้านนี้จริงเท่านั้น

ตารางที่ 3.13 จำนวนของเด็กที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน ปี 2547-2548 *

ชนิดวัคซีน	2547		2548	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วัณโรค (BCG)	มข.	มข.	5,528	-
ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก (DTP)	มข.	มข.	4,421	-
โปลิโอ (OPV)	มข.	มข.	4,421	-
หัด	มข.	มข.	5,999	-

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (2547-2548)

* รวมไทยและต่างชาติ

มข. = ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 3.14 การได้รับวัคซีนของแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดตาก ปี 2547-2548

ชนิดวัคซีน	2547	2548
	จำนวน	จำนวน
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน	2,322	มข.
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในช่วง NID 2 ครั้ง	48,850	มข.
หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก	1,216	มข.

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย. 2549. (คำนวณจากรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

มข. = ไม่มีข้อมูล

3.7.3 การคุมกำเนิด

ประชากรข้ามชาติที่มีอยู่มากกว่าหนึ่งแสนคนในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ จากการศึกษาของโรงพยาบาลแม่สอดพบว่าในปี 2543 ร้อยละ 54 ของหญิงชาวพม่าที่อยู่กินกับสามีใช้วิธีคุมกำเนิด จึงได้มีการดำเนินการจัดบริการวางแผนครอบครัวให้ในชุมชนชาวพม่าตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา กิจกรรมประกอบด้วย (1) การอบรมอาสาสมัครต่างชาติ (อสต.) ประจำชุมชนและโรงงาน (2) การอบรมผดุงครรภ์โบราณ ให้มีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะการคุมกำเนิด (3) การให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ (4) การสนับสนุนยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย และ 5) การตั้งศูนย์สาธารณสุขชุมชนต่างชาติ หลังจากดำเนินการไปแล้ว 2 ปี มีการศึกษาติดตามพบว่าอัตราคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78 (วิทยา และคณะ 2549ก)

นอกจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่สอดแล้ว องค์พัฒนาเอกชนในพื้นที่ เช่น IRC (International Rescue Committee) ยังได้ให้บริการความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์รวมถึงให้บริการคุมกำเนิดในพื้นที่อำเภอแม่สอด

ท่าสองยาง พบพระ และอุ้มผาง การบริการประกอบด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย (International Rescue Committee 2007) โดยมีการจัดตั้งมุมสุขภาพในโรงงาน หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน และการออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ นอกจากนั้นยังมีแม่ตาวคลินิกอีกแห่งหนึ่งที่รับปรึกษาการวางแผนครอบครัวด้วยเช่นกัน (คลินิกแม่ตาว 2549)

3.7.4 การทำแท้ง

จากการศึกษาในโรงพยาบาลแม่สอดช่วงปี 2546-2548 (วิทยา และคณะ 2549ข) พบว่าจำนวนของหญิงที่แท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอดมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของหญิงที่ทำแท้งเปรียบเทียบกับการแท้งเองของหญิงพม่ากลับเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การทำแท้งเพิ่มจากร้อยละ 18 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 19 ในปี 2547 และร้อยละ 29 ในปี 2548 (ตารางที่ 3.15) นอกจากนี้ สถิติของแม่ตาวคลินิกชี้ว่า ในแต่ละปีมีผู้หญิงเข้ามารับการรักษาที่แม่ตาวคลินิกด้วยอาการแท้งประมาณ 400-500 คนต่อปี และ 1 ใน 3 เป็นเหตุจากการทำแท้ง (Belton and Maung 2005) การที่หญิงที่ทำแท้งและเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง[17] อย่างไรก็ตามยังมีจำนวนหญิงอีกส่วนหนึ่งที่ทำแท้งแล้วไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงไม่ต้องเข้ารับการรักษา ดังนั้นจำนวนหญิงที่ทำแท้งน่าจะสูงกว่าสถิติที่รายงาน เพราะจากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่อำเภอแม่สอด ระบุว่ามีการทำแท้งในชุมชนต่างชาติค่อนข้างมาก[18] แต่ไม่มีสถิติตัวเลขว่ามีจำนวนเท่าใด

ตารางที่ 3.15 จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วยการแท้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด ปี 2546-2548

การแท้ง	2546		2547		2548	
	ไทย	พม่า	ไทย	พม่า	ไทย	พม่า
แท้งเอง	126	192	80	100	95	90
% แท้งเอง	78.3	82.4	80.0	81.3	75.4	71.4
ทำแท้ง	35	41	20	23	31	36
% ทำแท้ง	21.7	17.6	20.0	18.7	24.6	28.6
รวม	**161**	**233**	**100**	**123**	**126**	**126**

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของ วิทยา และคณะ 2549.)

3.7.5 การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ในการฝากครรภ์นั้นหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และเมื่อพบว่ามีการติดเชื้อจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์เจ้าที่ๆทำงานที่เกี่ยวข้องพบว่าในกรณีที่เป็นคนไทย หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อจะได้รับยาต้านไวรัสทุกราย แต่หากเป็นหญิงต่างชาติจะได้รับเฉพาะในกรณีที่มั่นใจว่าจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานของแม่ตาวคลินิกพบว่าในปี 2547 มีหญิงต่างชาติที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่แม่ตาวคลินิกเพียงร้อยละ 71 ที่ผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก แล้วได้รับยา AZT และในปี 2548 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 44 เท่านั้นที่ได้รับยา AZT (Mae Toa Clinic 2006a) แม้มีการให้ยา AZT กับหญิงตั้งครรภ์บางส่วน แต่ไม่มีการให้ยา ARV ต่อแต่อย่างใดหลังจากที่คลอดแล้ว[19]

[17] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[18] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิต แม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[19] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Cynthia Maung แห่งแม่ตาวคลินิก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

เห็นได้ว่าการได้รับยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นยังไม่ครอบคลุม จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า เป็นผลมาจากข้อจำกัดบางประการไม่ว่าจะเป็นเรื่องของงบประมาณ และความต่อเนื่องของการได้รับยา

3.7.6 การออกใบรับรองการเกิดและการแจ้งเกิด

ตามนโยบายของรัฐไทยแล้ว เด็กทุกคนที่คลอดในสถานบริการของรัฐได้รับใบรับรองการเกิด ทั้งแม่ไทยและแม่ต่างชาติ ในทางปฏิบัติ จังหวัดตากได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ห้องคลอดของโรงพยาบาลแม่สอด พบว่าเด็กทุกรายจะได้ใบรับรองการเกิด แต่พ่อแม่จะต้องไปแจ้งเกิดที่เทศบาลเพื่อรับใบรับรองการเกิด ในความเป็นจริงแล้วพบว่ามีเฉพาะพ่อแม่ที่มีบัตรถูกต้องตามกฎหมายเท่านั้นที่ไปแจ้งเกิดที่เทศบาล[20] ในส่วนของแม่ตาวคลินิกนั้นมีรายงานว่า ทารกที่คลอดในคลินิกทุกรายได้รับใบรับรองการเกิด และตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมาได้ออกเอกสารสำคัญการเกิดให้แก่ทารกไปแล้วจำนวน 6,700 คน อย่างไรก็ตามยังมีทารกที่คลอดที่บ้านที่ไม่มีเอกสารสำคัญการเกิด ซึ่งจากการคาดประมาณของหัวหน้าแม่ตาวคลินิกพบว่า ในแต่ละปีในจังหวัดตากน่าจะมีเด็กประมาณ 3,000 คนที่ไม่ได้แจ้งเกิดแม้ว่ามีเอกสารรับรองการเกิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกของทั้งแรงงานที่เข้ามาทำงานอย่างผิดกฎหมายและหญิงที่เข้ามาเพื่อรับบริการการทำคลอดในฝั่งไทยเพียงอย่างเดียวแล้วกลับไปฝั่งพม่าหลังคลอด[21]

ที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะให้ทารกที่คลอดที่บ้านได้รับเอกสารสำคัญการเกิด ดังนั้นในปี 2546 จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสิทธิเด็ก (Committee for the Protection and Promotion to Child Rights-CPPCR) โดยความร่วมมือขององค์กรชุมชนในอำเภอแม่สอด เพื่อจัดให้มีการออกเอกสารสำคัญการเกิดของเด็กที่เกิดที่บ้าน ทั้งนี้ในช่วงปี 2546 - 2548 ได้ออกเอกสารสำคัญการเกิดไปแล้ว1,778 ราย (คลินิกแม่ตาว 2549)

3.8 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดตากนั้น หากพิจารณาถึงจำนวนสถานบริการทางเพศ จำนวนผู้ให้บริการ และรวมถึงการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดตาก น่าจะสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในพื้นที่ได้ในระดับหนึ่ง จากการสำรวจและประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่าในช่วงปี 2547-2548 มีจำนวนสถานสถานบริการเพิ่มขึ้นจาก 62 แห่งเป็น 75 แห่ง ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนผู้ขายบริการทางเพศต่ำกว่า 100 คน แต่จากการคาดประมาณของเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก คาดว่าสามในสี่หรือมากกว่านั้นเป็นหญิงข้ามชาติที่เข้ามาขายบริการ (ตารางที่ 3.16)

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่อำเภอแม่สอดซึ่งมีแรงงานข้ามชาติหนาแน่นที่สุด มีการประเมินว่ามีหญิงขายบริการที่เป็นชาวต่างชาติร้อยละ 90 และจากนโยบายการปราบปรามสถานบริการทำให้หญิงขายบริการเกือบทั้งหมดเป็นผู้ให้บริการทางเพศแบบแฝง[22] ส่วนที่เป็นผู้ให้บริการตรงนั้น เจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องเองบอกว่าในปัจจุบันมีประมาณ 60 คน ที่สามารถติดตามและพามาตรวจเช็คร่างกายเป็นประจำ ขณะที่ผู้ให้บริการทางเพศแฝงไม่สามารถเข้าถึงได้ การติดตามกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศตรงก็ประสบกับปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการที่เข้าไปรับผู้ให้บริการทางเพศตามบ้าน (ซ่อง) มาตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล และหลังจากนั้นเจ้าของถูกตำรวจจับ ทำให้ยากลำบากต่อการเข้าถึงกลุ่มที่ขายบริการทางเพศโดยตรงเช่นกัน และจะทำให้มีผู้ขายบริการทางเพศแบบแฝงเพิ่มมากขึ้น[23]

---

[20] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2549

[21] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Cynthia Maung แห่งแม่ตาวคลินิก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[22] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[23] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิต แม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

ในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศแฝงเหล่านี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวว่า ยากต่อการติดตามและยากต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค และยังมองว่าการปรับเปลี่ยนระบบของกระทรวงสาธารณสุขที่ย้ายคลินิกกามโรคไปอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ (UC) นั้น โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการกลับไม่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานดังกล่าว เนื่องจากมีการย้ายคลินิกแต่ตัวเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญยังอยู่ที่เดิม นอกจากนั้นการให้บริการในโรงพยาบาลทำให้ผู้ขายบริการไม่กล้าเข้าไปรับบริการในคลินิกนิรนามของโรงพยาบาล เพราะในความเป็นจริงแล้วไม่ได้นิรนามตามชื่อคลินิก เมื่อเดินเข้าไปในคลินิก ทุกคนที่เห็นสามารถเข้าใจได้ทันทีว่าเป็นโรคชนิดใด ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่ถูกตีตรา[24] ซึ่งแม้แต่ในคลินิกแม่ตาวเองก็ประสบปัญหานี้เช่นเดียวกัน[25] ดังนั้นจึงทำให้กามโรคและเอชไอวีเป็นเรื่องซ่อนเร้นยากแก่การติดตามและควบคุมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศ

ตารางที่ 3.16 ผู้ให้บริการ ผู้ขายบริการทางเพศ สถานบริการทางเพศในจังหวัด

	2547		2548	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ข้อมูลจากสสจ.ตาก				
จำนวนผู้ให้บริการ*	126	180	180	245
จำนวนผู้ขายบริการทางเพศ*	0	74	0	98
คาดประมาณ %ของผู้ขายบริการที่เป็นต่างชาติ*	–	75%	–	80%
จำนวนสถานบริการ	62		75	
ข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์				
จำนวนผู้ให้บริการ**	162	442	35	245
จำนวนผู้ขายบริการทางเพศ**	0	236	0	190
จำนวนสถานบริการ**	90		47	

ที่มา: * ข้อมูลจากการสำรวจและการคาดประมาณของเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

** ข้อมูลจากสำนักโรคเอดส์ (กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548, กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่รวบรวมโดยหน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำมาใช้ระบุถึงสถานการณ์ของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ในระดับหนึ่ง ดังเช่น ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากชี้ว่า จำนวนผู้มีผลการตรวจกามโรคเป็นบวกในคนต่างชาติสูงกว่าคนไทย และเมื่อคิดเป็นอัตราร้อยละพบว่าต่างชาติมีอัตราติดเชื้อกามโรคสูงกว่าคนไทย (ตารางที่ 3.17) การที่ผลการตรวจกามโรคเป็นบวกนั้น อาจมีความเชื่อมโยงกับการติดเชื้อเอชไอวี เพราะสะท้อนให้เห็นว่ามีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงไม่ปลอดภัยจนทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาในอำเภอแม่สอดพบว่าในปี 2547 หญิงบริการทางเพศชาวพม่ามีอัตราติดเชื้อร้อยละ 10 หญิงตั้งครรภ์ชาวพม่ามีอัตราติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.6 ขณะที่อัตราติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยคือร้อยละ 0.5 (วิทยา และคณะ 2549ก) หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าอัตราติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ชาวพม่าสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย 3 เท่า และรายงานของแม่ตาวคลินิก พบว่าในปี 2547 มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.5 และเพิ่มเป็นร้อยละ 2.3 ในปี 2548 (Mae Toa Clinic 2006b) โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระบุว่า

[24] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

[25] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ MAP Foundation เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2549

ในปี 2547-2548 อัตราติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงข้ามชาติอยู่ที่ 1.0 และ 0.7 ตามลำดับ โดยทั้งนี้หญิงที่มาคลอดมีอัตราติดเชื้อสูงกว่า คือ ร้อยละ 2.5 ในปี 2547 และ ร้อยละ 1.8 ในปี 2548

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยรอบที่ 22 และ 23 ซึ่งดำเนินงานโดยกลุ่มงานโรคเอดส์ฯ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในจังหวัดตาก ในช่วงปี 2547-2548 อัตราติดเชื้อในกลุ่มผู้บริจาคเลือดและหญิงตั้งครรภ์ลดลงแต่ในกลุ่มหญิงขายบริการตรงกลับเพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว (ตารางที่ 3.18) (สำนักระบาดวิทยา 2549) และอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงทั้งในคนต่างชาติและคนไทย อย่างไรก็ตาม อัตราต่อประชากรหนึ่งแสนคนในคนต่างชาติก็ยังสูงกว่าคนไทย (ตารางที่ 3.19 และ 3.20)

ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ข้างต้นสะท้อนว่า โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเป็นปัญหาในการควบคุมและป้องกันในจังหวัดตาก

ตารางที่ 3.17 จำนวนและอัตราติดเชื้อกามโรค (VDRL+) ปี 2547-2548: เปรียบเทียบระหว่างประชากรไทยกับประชากรต่างชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา)

กลุ่มประชากร	2547			2548		
	จำนวนที่ตรวจ	จำนวนที่ผลการตรวจเป็นบวก	ร้อยละ	จำนวนที่ตรวจ	จำนวนที่ผลการตรวจเป็นบวก	ร้อยละ
ไทย	1,256	39	3.1	2,102	53	2.5
ต่างชาติ	1,679	75	4.5	2,541	102	4.0

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก)

ตารางที่ 3.18 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มประชากรเฝ้าระวัง ปี 2547-2548

กลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง	2547			2548		
	จำนวนที่ตรวจทั้งหมด	จำนวนที่ผลการตรวจเป็นบวก	ร้อยละ	จำนวนที่ตรวจทั้งหมด	จำนวนที่ผลการตรวจเป็นบวก	ร้อยละ
รวมทั้งประเทศ						
ผู้บริจาคโลหิต	58,322	170	0.29	63,768	238	0.37
หญิงที่มาฝากครรภ์	48,585	414	0.85	59,877	631	1.05
โสเภณีตรง	5,619	560	9.97	5,679	465	8.19
โสเภณีแฝง	11,097	502	4.54	11,184	423	3.78
จังหวัดตาก						
ผู้บริจาคโลหิต	789	5	0.63	1,156	5	0.43
หญิงที่มาฝากครรภ์	278	3	1.8	447	6	1.34
โสเภณีตรง	75	3	4.00	102	10	9.80
โสเภณีแฝง	มข.	มข.	มข.	53	3	5.66

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (รวบรวมข้อมูลจากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี ในประเทศไทยรอบที่ 22 และ 23 กลุ่มงานโรคเอดส์ฯ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

มข. = ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 3.19 จำนวนผู้ป่วยเอดส์คนไทย/ต่างชาติ (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย	517	421	11	16	32	20	51	31	8	10
	พม่า	61	68	19	18	28	23	25	16	22	19
	ลาว	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	กัมพูชา	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
พนักงานบริการ	ไทย	มข.	29	มข.	31	มข.	35	มข.	39	มข.	53
	พม่า	มข.	63	มข.	68	มข.	72	มข.	75	มข.	102
	ลาว	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	กัมพูชา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (2544-2548)

มข. = ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 3.20 อัตราผู้ป่วยเอดส์คนไทย/ต่างชาติ (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548*

สัญชาติ	2544 อัตรา (ต่อแสน)	2545 อัตรา (ต่อแสน)	2546 อัตรา (ต่อแสน)	2547 อัตรา (ต่อแสน)	2548 อัตรา (ต่อแสน)
ไทย	188.0	5.4	10.4	16.4	3.6
พม่า	256.7	73.6	101.5	81.6	81.6

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก)

* หมายเหตุ : อัตราป่วย และอัตราตาย ต่อแสนประชากรของคนไทย คำนวณโดยใช้ประชากรปลายปี 2547 และ 2548 จากสำนักทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ในปี 2547 มีประชากร 515,877 คน และในปี 2548 มีประชากร 522,197 คน และของคนข้ามชาติ คำนวณโดยใช้ประชากรต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2547 และ 2548 จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก ทั้งนี้ในปี 2547 มีจำนวน 52,911คน และในปี 2548 มี จำนวน 44,396 คน

3.8.1 การให้บริการให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT)

การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีนั้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เป็นไปโดยสมัครใจ และผู้เข้ารับการตรวจดังกล่าวต้องได้รับคำปรึกษา จากการสัมภาษณ์ผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดังกล่าวต่างก็บอกว่ามีการให้คำปรึกษาก่อนและหลังเจาะเลือดในทุกกรณี แม้ว่าจะเป็นคนต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ แต่ก็มีอาสาสมัครที่สามารถพูดภาษาของคนต่างด้าว ซึ่งได้รับการอบรมในเรื่องของการให้คำปรึกษามาแล้วเป็นผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้ในการจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวนั้นมีวัตถุประสงค์หลักในเรื่องของการสื่อสารภาษาของต่างชาติ โดยจะใช้เงินขององค์กรพัฒนาเอกชนในการจ้าง[26] เพราะภาครัฐเองไม่สามารถจ้างได้เนื่องจากติดขัดในเรื่องของกฎหมาย ดังนั้นการจ้างโดยใช้งบประมาณภายนอกจึงเป็นทางออกที่ดีประการหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากมีการถอนตัวขององค์กรพัฒนาเอกชน การจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวอาจต้องชะงักลงหากไม่มีมาตรการทางกฎหมายหรือนโยบายมารองรับ

[26] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดที่ทำงานเกี่ยวกับต่างด้าว เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2549

3.8.2 บทบาทภาคประชาสังคมกับการแก้ไขปัญหาเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดตาก

การดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับชาตินั้น ประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติซึ่งเป็นแผน 5 ปี ล้อกับระยะเวลาในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทั้งนี้แผนเอดส์ชาติฉบับแรกได้เริ่มตั้งแต่ปี 2535 – 2539 แต่ที่ผ่านมานโยบายในระดับชาติไม่ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติแต่อย่างใด จนกระทั่ง 10 ปี ต่อมาแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติเอดส์ชาติปี 2545 – 2549 จึงได้ระบุว่าแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มหนึ่ง (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ 2547) อย่างไรก็ตามจากการประเมินนโยบายด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงปี 2539–2547 พบว่าที่ผ่านมานโยบายเอดส์ชาติยังไม่ให้ความสำคัญต่อกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีเพียงแต่ในระดับพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นบางจังหวัดที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดมีแผนงานด้านเอดส์เป็นการเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และมักเป็นงานที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรทุนนานาชาติและเป็นการร่วมทำงานกับองค์พัฒนาเอกชนในพื้นที่ มีการเน้นความร่วมมือจะมีก็เพียงแต่การแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548)

จังหวัดตากเองเป็นจังหวัดที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติอย่างเข้มข้นที่ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน ทั้งนี้บทบาทขององค์กรต่าง ๆที่ทำงานในพื้นที่สามารถแบ่งได้ออกเป็นการทำงานในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติ การทำงานในฐานะผู้สนับสนุน และทำทั้งสองบทบาท

องค์กรระหว่างประเทศที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้งบประมาณผ่านสำนักงานสาธารณสุข ที่ผ่านมาได้มีการจัดอบรมและจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เพื่อให้ทำงานเชิงรุกซึ่งอบรมไปแล้วประมาณ 1,000 คน และได้จ้างพสต.ประมาณ 7–10 คน ทั้งนี้การจ้างพสต. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration–IOM) โดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา

สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศที่มีบทบาท คือ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ หรือ MAP (Migrant Assistance Program) Foundation และมูลนิธิศุภนิมิต ซึ่งเป็นภาคีในการทำงานภายใต้โครงการฟ้ามิตร ได้ให้ความรู้ อบรมแกนนำ ในโรงงานในเรื่องของเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนการวางแผนครอบครัว นอกจากงานภายใต้โครงการฟ้ามิตรแล้วมูลนิธิศุภนิมิตยังได้เข้าไปทำงานกับชุมชนในประเด็นของสุขภาพและการค้ามนุษย์[27] ในขณะที่ MAP Foundation ได้ให้ความช่วยเหลือองค์กรชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรที่ดำเนินงานโดยคนพม่าในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชน โดยการอบรมแกนนำ และการผลิตสื่อต่าง ๆให้แก่องค์กรชุมชน[28] ส่วนองค์กรระหว่างประเทศ คือองค์การหมอไร้พรมแดน (MSF) ได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคในระยะที่มีอาการ โดยมีที่พักชั่วคราวและให้การรักษา[29]

ถัดมาคือบทบาทขององค์กรชุมชนที่ทำงานเรื่องเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ องค์กรชุมชนเหล่านี้ไม่ได้จดทะเบียนตามกฎหมาย ที่เด่นชัด คือ แม่ตาวคลินิก ซึ่งทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับในเรื่องสุขภาพของคนข้ามชาติทั้งที่อยู่ฝั่งไทยและฝั่งพม่า รวมถึงเรื่องของการศึกษา ทั้งนี้งบประมาณสามในสี่ได้รับมาจากองค์กรระหว่างประเทศและบางส่วนได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่สอดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก[30]

---

[27] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ มูลนิธิศุภนิมิต เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[28] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ MAP Foundation เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2549

[29] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ MSF เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2549

[30] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Cynthia Maung แห่งแม่ตาวคลินิก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

นอกจากนั้นแล้วยังมีองค์กรที่ทำหน้าที่ทั้งการสนับสนุนและการปฏิบัติ คือ IRC (International Rescue Committee) ที่เคยทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติมาก่อน ก่อนที่จะผันตัวเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเน้นด้านการให้การศึกษาภายใต้โครงการ SHIELD (Support to, Health, Institution Building, Education and, Leadership in Policy Dialogue)[31] ดำเนินงานโครงการเข้าแทรกแบบมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่อยู่ในชุมชุนทั้งประเภทโรงงานและเกษตรกรรม ในส่วนขององค์กรภาครัฐนั้นส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศในการดำเนินงาน ก็ได้มีบทบาททั้งเป็นผู้ปฏิบัติและผู้สนับสนุนแก่องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนด้วยเช่นกัน องค์กรของรัฐนั้นขาดกำลังคน แต่ก็ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนในการจัดหาจัดจ้าง อสต. และ พสต.

การทำงานร่วมกันขององค์กรในพื้นที่ต่างเป็นไปในลักษณะของการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างเดียวกัน แต่ก็มีอุปสรรคปัญหาบ้างเนื่องจากวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่ต่างกันของแต่ละองค์กร การเปลี่ยนแปลงในเรื่องนโยบาย และสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในเขตชายแดน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการดำเนินงานด้านนี้ต้องพึ่งพิงงบประมาณการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกอยู่ตลอด ผู้ปฏิบัติงานมองว่าหากองค์กรที่ให้การช่วยเหลือถอนตัวออกไปคงต้องประสบกับปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องของโครงการ[32]

3.9 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในการเข้าสู่ระบบแรงงานโดยการผ่อนผันตามมติของคณะรัฐมนตรีนั้น แรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตทำงานต้องเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 1,300 บาท โดยถูกจำแนกออกเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (964 บาท) ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (206) และค่าบริหารจัดการ (130 บาท) ซึ่งในส่วนของงบบริหารจัดการนั้น 10 บาท ถูกส่งให้กับกระรวงสาธารณสุข และที่เหลือ 120 บาท จะใช้ในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.9.1 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาล

จากจำนวนแรงงานที่ได้รับการประกันสุขภาพในปีงบประมาณ 2546-2547 ของจังหวัดตากนั้นจะมีงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากแรงงานที่ประกันสุขภาพรวม 31,070,684 บาท และ 52,379,904 บาท ตามลำดับ แต่พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงคือ 75,579,784 บาท และ 97,296,242 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงกับกลุ่มคนข้ามชาติที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพได้กลับกลายมาเป็นภาระของภาคสาธารณสุขในจังหวัดตากอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ตารางที่ 3.21 และ 3.22) (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2549)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลแม่สอดพบว่า มีผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติได้เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลแม่สอดจำนวนมากทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประมาณ 200 คนต่อวัน หรือประมาณ 1 ใน 6 และแผนกผู้ป่วยในประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยในทั้งหมด[33] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดตาม นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากแม่ตาวคลินิก และ องค์การหมอไร้พรมแดนหรือที่รู้จักกันในนามของ MSF (Medecins Sans Frontieres) ผู้ป่วยส่งต่อส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง แม้องค์กรพัฒนา

[31] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ IRC เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2550

[32] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์คณะทำงานแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[33] โรงพยาบาลแม่สอด เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 317 เตียง (ในขณะที่ทำการศึกษา ปี พ.ศ. 2549) มีจำนวนผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกประมาณเกือบ 1,000 คนต่อวัน

เอกชนที่ส่งผู้ป่วยมาจะช่วยในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลแต่ก็ไม่เพียงพอ และเมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นทางโรงพยาบาลแจ้งค่าใช้จ่ายไปยังองค์กรพัฒนาเอกชนที่ส่งผู้ป่วย พบว่าบางช่วงองค์กรที่รับผิดชอบไม่มีงบประมาณ และบางครั้งทางองค์กรเหล่านั้นได้แจ้งให้โรงพยาบาลหยุดรักษาในบางรายแต่ในความเป็นจริงแล้วโรงพยาบาลไม่สามารถหยุดรักษาได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่เหลือตกเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล[34] ซึ่งสอดคล้องกับการให้ข้อมูลของแม่ตาวคลินิกที่บอกว่าสามารถช่วยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยส่งต่อได้ประมาณ 10-15% ของค่าใช้จ่ายจริงเท่านั้น[35] ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มคนข้ามชาติกลายเป็นภาระของโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2547 โรงพยาบาลแม่สอดมีค่าใช้จ่ายในการสังคมสงเคราะห์แก่คนต่างชาติสูงถึง 20,512,365 บาท (โรงพยาบาลแม่สอด 2547)

ที่ผ่านมารัฐไทยเองมิได้มีนโยบายในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับต่างด้าวที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ขณะที่ชาวต่างชาติที่มารับบริการส่วนใหญ่ยากจน ไม่มีเงินจ่าย มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จ่ายเอง ดังนั้นทางโรงพยาบาลแม่สอดได้พยายามที่จะหางบประมาณเพื่อช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับคนข้ามชาติ โดยการขายบัตรประกันสุขภาพให้กับคนข้ามชาติ ที่ผ่านมามีคนข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ (ดูได้จากผลต่างของจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงาน และจำนวนบัตรสุขภาพในตารางที่ 3.22) ซึ่งมีจำนวนไม่มากนักที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่พบว่าคนข้ามชาติที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ คือบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเท่านั้น เช่น โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในคนกลุ่มนี้กลายเป็นภาระของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น[36]

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมองว่าหากแรงงานประมาณครึ่งหนึ่งที่มีอยู่จริงมาประกันสุขภาพ งบประมาณที่มีก็น่าจะเพียงพอสำหรับแรงงานและผู้ติดตามทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่ การเข้ามารับการรักษาของคนข้ามชาตินั้นเป็นผลเนื่องมาจากคนเหล่านี้เป็นชนกลุ่มน้อย ไม่สามารถเข้าถึงบริการในประเทศต้นทางได้ และรวมถึงรัฐบาลทหารพม่าไม่ได้ให้ความสำคัญในการลงทุนสาธารณะแต่อย่างใด เพราะจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าพม่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีการลงทุนเพื่อสาธารณะต่ำที่สุดคือน้อยกว่า 1 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (Beyrer et al. 2006)

ตารางที่ 3.21 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างชาติ
จำแนกตามการมี/ไม่มีบัตรประกัน (จ่ายได้/รักษาฟรี) ปีงบประมาณ 2546-2547

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานต่างชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2546	2547	2546	2547	2546	2547
ผู้ป่วยนอก						
ครั้ง	17,755	40,098	48,968	69,517	23,985	40,316
ค่าใช้จ่าย	2,797,680	10,829,197	5,675,409	8,590,344	4,000,699	6,645,641
เฉลี่ย (บาท/คน)	-	-	-	-	-	-
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	2,797,680	270.07	115.90	123.57	166.80	164.84

[34] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[35] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Cynthia Maung แห่งแม่ตาวคลินิก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

[36] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549

ตารางที่ 3.21 (ต่อ)

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานต่างชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2546	2547	2546	2547	2546	2547
ผู้ป่วยใน						
คน	1,236	1,973	7,898	9,253	5,213	1,630
วัน	4,468	6,870	38,456	42,413	26,257	5,797
ค่าใช้จ่าย	5,184,002	9,280,408	42,863,858	59,117,988	15,058,136	2,832,664
เฉลี่ย (บาท/คน)	4,187.40	4,92.15	5,427.18	6,389.06	2888.57	1737.83
รวม	7,981,682	20,109,605	48,539,267	67,708,332	2,888.57	9,478,305

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

ตารางที่ 3.22 จำนวนเงินประกันสุขภาพ การจัดสรร และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2547-2548

จำนวนเงิน และค่าใช้จ่าย	2546-7	2547-8
จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับบัตรอนุญาตทำงาน	31,981	52,911
จำนวนบัตรประกันสุขภาพในคนข้ามชาติ	32,231	54,336
จำนวนเงินที่ได้จากการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจดทะเบียน	41,900,300	70,636,800
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ (964 บาท)	31,070,684	52,379,904
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าควบคุมและป้องกันโรค (206)	6,639,586	11,193,216
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าบริหารจัดการ (120+10)	4,190,030	7,063,680
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มีบัตรประกันสุขภาพ+รักษาพยาบาลฟรี)	75,579,784	97,296,242

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลการออกใบอนุญาตทำงานของสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก)

3.9.2 ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในส่วนของการส่งเสริมป้องกันโรคนั้นได้รับการจัดสรรงบประมาณ 206 บาทต่อหัว ดังนั้นมีจำนวนเงินสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดตากปีงบประมาณ 2546-2547 ทั้งสิ้น 6,639,586 บาท และในปีงบประมาณ 2547-8 มีจำนวนเงิน 11,193,216 บาท (ตารางที่ 3.22) ในการบริหารจัดการเงินในส่วนนี้ จำนวน 50% หรือ 103 บาท

สถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพจะเก็บไว้ดำเนินการเอง ส่วนอีก 50% ที่เหลือจะส่งให้สำนักงานสาธารณสุขดำเนินการ ทั้งนี้สถานพยาบาลในเครือข่ายของ CUP (Contacting Unit for Primary Care) จะเขียนโครงการเพื่อของบประมาณส่วนนี้มาใช้ในการดำเนินการส่งเสริมป้องกันโรคในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเองโดยเรียกงบประมาณนี้ว่า "งบประมาณสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากแรงงานต่างด้าว"

ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากมีเงินในการดำเนินงานในโครงการนี้ 4,506,194 บาท (50% ของ 9,145,576 บาท จากจำนวนแรงงาน 44,396 คน) ได้มีการกระจายงบประมาณไปยังพื้นที่ต่างๆ (ตารางที่ 3.23) จะเห็นได้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้งบประมาณในส่วนนี้ประมาณ 1 ใน 3 ซึ่งมากที่สุด แต่ทั้งนี้โครงการที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด อย่างไรก็ตามงบประมาณที่เหลือจะกระจายไปสู่พื้นที่ที่เป็นชายแดนที่ติดต่อกับประเทศพม่า ซึ่งประกอบด้วย อำเภอแม่สอด อำเภอแม่ระมาด อำเภอท่าสองยาง อำเภอพบพระ และอำเภออุ้มผาง ในขณะเดียวกันในพื้นที่ชั้นในของจังหวัดตากก็ได้รับงบประมาณในส่วนนี้ในสัดส่วนที่ลดลงมา (ตารางที่ 3.23)

งบประมาณในส่วนของการส่งเสริมป้องกันโรคในจังหวัดตากส่วนใหญ่ใช้ในเรื่องของการวางแผนครอบครัว เวชภัณฑ์ (ส่วนใหญ่เป็นวัคซีน) และการรณรงค์ ซึ่งในการณรงค์นั้นจะดำเนินการทั้งในโรงงานและชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เป็นผู้ช่วย ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลจะป็นผู้ฝึกอบรม อสต. จากการสัมภาษณ์คณะทำงานต่างด้าวของโรงพยาบาลแม่สอดพบว่า ในการทำงานควบคุมป้องกันโรคนั้นทางโรงพยาบาลขาดคนทำงาน โดยเฉพาะที่สามารถสื่อสารภาษาของคนต่างชาติได้ ดังนั้น อสต. จึงเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเจ้าหน้าที่ภาครัฐในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค อย่างไรก็ตามการทำงานดังกล่าวยังมีปัญหาบางประการ เนื่องจากพื้นที่ที่ทำงานแบ่งออกเป็นสองพื้นที่ใหญ่ๆ คือในชุมชนที่มีคนข้ามชาติอาศัยอยู่และในโรงงาน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานได้กล่าวว่า ในการทำงานรณรงค์ในชุมชนนั้นไม่มีปัญหา แต่ในพื้นที่โรงงานนั้นมีปัญหาเนื่องจากมีแรงงานผิดกฎหมายทำให้เจ้าของสถานประกอบการไม่ให้เข้าไปในโรงงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมองว่าแม้แรงงานบางส่วนตรวจสุขภาพ แต่บางส่วนเป็นแรงงานเถื่อนและผู้ติดตามแรงงานที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพ อาจทำให้ยากต่อการควบคุมโรค เช่น วัณโรค เป็นต้น[37] ซึ่งจากการลงพื้นที่ของนักวิจัยเอง พบว่าแรงงานข้ามชาติในโรงงานส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในโรงงาน และบางส่วนเป็นแรงงานที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบ

ตารางที่ 3.23 การกระจายงบประมาณการส่งเสริมและป้องกันโรคจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2549 จำแนกตามเครือข่ายและพื้นที่รับผิดชอบ

เครือข่าย	พื้นที่รับผิดชอบ	จำนวนเงิน	ร้อยละ
เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	เมือง และกิ่งอำเภอวังเจ้า	193,200	4.62
เครือข่ายโรงพยาบาลแม่สอด	แม่สอด	378,350	9.05
เครือข่ายโรงพยาบาลบ้านตาก	บ้านตาก	472,832	11.31
เครือข่ายโรงพยาบาลสามเงา	สามเงา	165,884	3.97
เครือข่ายโรงพยาบาลแม่ระมาด	แม่ระมาด	421,592	10.08
เครือข่ายโรงพยาบาลท่าสองยาง	ท่าสองยาง	373,729	8.94
เครือข่ายโรงพยาบาลพบพระ	พบพระ	339,094	8.11
เครือข่ายโรงพยาบาลอุ้มผาง	อุ้มผาง	429,816	10.28
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ทุกอำเภอ	1,406,800	33.65

ที่มา: มาลี สันภูวรรณ์ และ เสาวภาค สุขสินชัย . 2549. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก 2548)

[37] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คณะทำงานแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลแม่สอด, เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิต แม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549 และ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของ MAP Foundation ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2549

3.9.3 ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ

ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการนั้นมีงบประมาณ 130 บาทต่อหัว โดยทั้งนี้จะถูกส่งให้กับกระทรวงสาธารณสุข 10 บาทต่อหัว ดังนั้นจึงเหลือ 120 บาทต่อหัวสำหรับใช้บริหารจัดการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในปี 2547 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากมีงบบริหารจัดการจากการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจำนวน 6,349,320 บาท และ 5,327,520 บาท ในปี 2548 ซึ่งงบประมาณดังกล่าวจะใช้ในการดำเนินงานในด้านบริหารจัดการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีข้อสังเกตว่าการใช้งบประมาณในส่วนนี้ที่ไม่มีความชัดเจนในมุมมองของหน่วยบริการได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ตึงเครียดระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด

3.10 สรุปการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ในพื้นที่จังหวัดตาก ได้มีการจัดแผนงานสำหรับสำหรับแรงงานข้ามชาติโดยการใช้งบประมาณจากการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ที่แบ่งเป็นงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล งบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค และงบประมาณในการบริหารจัดการ ทั้งนี้งบสำหรับการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติจะเป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณทั้งหมดเอง ส่วนงบทางด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคนั้นครึ่งหนึ่งสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพเป็นผู้บริหารจัดการ และที่เหลืออีกครึ่งหนึ่งสำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการ โดยสำนักสาธารณสุขจะนำเงินงบประมาณทั้งหมดเป็นกองกลาง และให้พื้นที่ต่างๆภายในจังหวัดเขียนโครงการเข้ามาเพื่อขอใช้เงินดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับคนต่างชาติ โดยเรียกงบประมาณนี้ว่า “งบประมาณสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากแรงงานต่างด้าว” ในขณะที่งบบริหารจัดการที่บริหารโดยสำนักงานสาธารณสุขนั้น กลับพบว่ายังไม่มีความชัดเจนจนทำให้เกิดความสัมพันธ์ตึงเครียดระหว่างหน่วยงาน

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นสถานพยาบาลที่มีแรงงานข้ามชาติประกันสุขภาพมากที่สุด แต่กลับพบว่าจำนวนแรงงานที่ประกันสุขภาพมีจำนวนลดลง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติในแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลต้องแบกรับภาระในการรักษาพยาบาล ไม่เพียงแต่ตัวแรงงานที่ประกันสุขภาพเท่านั้นแต่รวมถึงผู้ติดตามและผู้ที่ข้ามฝั่งเข้ามาเพื่อรับการรักษาเพียงอย่างเดียวซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลมีภาระมากขึ้นจากการที่เงินประกันสุขภาพสำหรับคนข้ามชาติลดลง ดังนั้นการบริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลชายแดนน่าจะได้รับการพิจารณาแตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ

เมื่อพิจารณาโครงการที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคนั้น ทางสาธารณสุขได้ดำเนินการเชิงรุกโดยมุ่งเน้นไปที่ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับและกระทบต่อคนไทยในพื้นที่เป็นอันดับแรก แม้งบประมาณที่ใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคจะไม่มาก ทั้งนี้ไม่นับรวมค่าตอบแทนบุคคลากร แต่ปัญหากลับอยู่ที่ไม่มีบุคลากรในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่สามารถพูดภาษาของแรงงานต่างชาติได้ จึงได้มีการจัดอบรมและจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทำงานเชิงรุก ทั้งนี้การจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว และการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรพัฒนาเอกชน โดยดำเนินการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามองค์กรที่ให้การสนับสนุนนั้นเป็นองค์กรภายนอก หากถอนตัวออกไปคงต้องเกิดผลกระทบต่อความต่อเนื่องและยั่งยืนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในส่วนของคลินิกกามโรคซึ่งแต่เดิมอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่หลังจากมีการปฏิรูประบบราชการ คลินิกดังกล่าวได้ไปอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลต่างๆ และจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเรื่องของการปราบปรามการค้าประเวณี ทำให้การควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความยากลำบากมาก

ขึ้น เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายกลายเป็นผู้ค้าประเวณีแฝง ซึ่งยากต่อการติดตามและให้ความรู้ และรวมถึงยากต่อการควบคุมและป้องกันโรค

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการจัดระบบการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาตินั้นเป็นการออกแบบของพื้นที่และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งที่ผ่านมาในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ได้พยายามเรียกร้องขอการบริหารจัดการแบบพิเศษจากภาครัฐ แต่ดูเหมือนว่ายังเป็นข้อเรียกร้องที่ยังไม่มีการตอบสนองในระดับนโยบาย ในขณะที่การให้บริการสุขภาพแก่คนข้ามชาติเหล่านี้ไม่สามารถที่จะหยุดดำเนินการได้

3.10.1 บทบาทเครือข่ายประชาสังคม

พบว่าหน่วยงานภาคประชาสังคมในพื้นที่มีการประสานงานระหว่างกัน การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยเอื้อประโยชน์ในการช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัยของแรงงาน โดยมีการแบ่งขอบข่ายประเภทของความรับผิดชอบกันค่อนข้างชัดเจน ทั้งบทบาทของการเป็นผู้สนับสนุน ผู้ปฏิบัติ และดำเนินการในสองบทบาทไปพร้อมๆ กัน การร่วมงานกันระหว่างหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ในพื้นที่มีภาพของความสัมพันธ์อันดีในการประสานงานและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น โรงพยาบาลแม่สอดสนับสนุนยาและวัคซีนให้แก่แม่ตาวคลินิก และรับคนไข้ส่งต่อจากแม่ตาวคลินิกหรือจากองค์การหมอไร้พรหมแดน เป็นต้น แต่การทำงานแบบร่วมมือกันยังไม่ชัดเจนนักในบางมิติ เช่น ในการร่วมกันฝึกอบรมและการใช้งานอาสาสมัครต่างด้าว ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมขององค์กรมีความแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างองค์กรของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ และรวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ จะสามารถแก้ปัญหาระดับพื้นที่ได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มีกระบวนการที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายที่เป็นรูปธรรมจากส่วนกลางหรือรัฐไทย ทั้งนี้ในการดำเนินการดังกล่าวนั้นต้องอาศัยช่องทางในการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร แนวคิด และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการผลักดันให้รัฐเห็นความสำคัญและกำหนดนโยบาย

3.10.2 กระบวนการทำงานเรื่องเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตาก

ในด้านโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและโรคติดเชื้ออื่นๆพบว่า ชาวต่างชาติมีอัตราติดเชื้อและเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอชไอวี จึงได้ดำเนินการควบคุมป้องกัน เฝ้าระวังในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน ทั้งนี้บทบาทขององค์กรต่างๆที่ทำงานในพื้นที่เป็นลักษณะการทำงานในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติ การทำงานในฐานะผู้สนับสนุน และทำทั้งสองบทบาทร่วมกัน การทำงานร่วมกันขององค์กรในพื้นที่ต่างเป็นไปในลักษณะของการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างเดียวกัน แต่ก็มีอุปสรรคปัญหาบ้างเนื่องจากการบริหารจัดการที่ต่างกันของแต่ละองค์กร การเปลี่ยนแปลงในเรื่องนโยบายจากส่วนกลาง และสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในเขตชายแดน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการดำเนินงานด้านนี้ต้องพึ่งพิงงบประมาณการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกอยู่ตลอด ผู้ปฏิบัติงานมองว่าหากองค์กรที่การช่วยเหลือถอนตัวออกไปคงต้องประสบกับปัญหาในเรื่องความต่อเนื่องของโครงการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

3.10.3 ความคิดเห็นขององค์กรพัฒนาเอกชนและแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายและมาตรการในพื้นที่

การทำงานขององค์กรต่างๆบางครั้งมีการทับซ้อนในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เช่น การให้ความรู้ด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในโรงงาน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากโครงการฟ้ามิตร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนั้น มีเพียงโรงงานบางส่วนเท่านั้นที่องค์กรต่างๆสามารถเข้าถึงได้ และแต่ละองค์กรพยายามที่จะให้ได้เป้าหมายตามที่กำหนด จึงทำให้เกิดการทับซ้อนกันขึ้น ในขณะที่ผู้ประกอบการบางแห่งไม่ให้ความร่วมมือทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทำไม่ได้ แต่ที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาในเรื่องของพื้นที่และเป้าหมายที่ซับซ้อน แต่ยังไม่มีเจ้าภาพที่จัดการเรื่องนี้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มองว่าภาครัฐน่าจะเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการจัดการปัญหาดังกล่าว

3.11 ข้อเสนอแนะ

1. ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สอดคล้องกัน เช่น ข้อมูลจากสำนักพัฒนาระบบสาธารณสุขกับสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ ตัวเลขไม่ตรงกัน รวมถึงการไม่ใช้ฐานข้อมูลบางส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรชุมชนในพื้นที่ ซึ่งทำให้ขาดข้อมูลสำคัญหลายประการ ที่สำคัญคือ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์ในเชิงนโยบายเท่าที่ควร ทั้งๆที่ข้อมูลข่าวสารเป็นสาระสำคัญประการหนึ่งในการทำงานแบบเครือข่ายเพื่อเป็นช่องทางในการผลักดันนโยบาย ดังนั้นหากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบสอดคล้องกัน และรวมถึงการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลขององค์กรภาคอื่นๆในพื้นที่ จึงน่าจะเป็นประโยชน์ในการผลักดันให้เกิดนโยบาย

2. องค์กรในพื้นที่มีวัฒนธรรมการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน ทำให้การประสานงานและความร่วมมือในการทำงานสะดุด ดังนั้นการประสานงานและความร่วมมืออย่างเข้าใจเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกันจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

   ก. การออกบัตรอนุญาตทำงานให้แก่แรงงานและการตรวจร่างกายก่อนได้รับบัตรอนุญาตทำงานต้องมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพราะจำนวนเงินจากการประกันสุขภาพนั้นมีผลกระทบต่อภาระของหน่วยงานสาธารณสุขที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา หากมีจำนวนผู้ประกันสุขภาพจำนวนมากจะทำให้สามารถบริหารจัดการความเสี่ยงเรื่องภาระโรคได้

   ข. ความร่วมมือระหว่างองค์กรของรัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนต้องมีความเข้าใจและมีการเกื้อหนุนกัน โดยมีข้อตกลงในการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนรวมถึงการมีผู้รับผิดชอบประสานงานหลักที่ชัดเจน เช่น ในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดภาระแก่ภาคสาธารณสุขของรัฐมากเกินไป

3. นโยบายการจดทะเบียนแรงงาน

   ก. นโยบายการเปลี่ยนนายจ้างเป็นการผลักแรงงานออกนอกระบบ อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นการให้ความเสมอภาคระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง การมีสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษรน่าจะเป็นทางออกประการหนึ่ง

   ข. การเปิดให้มีการจดทะเบียนแรงงานเพียงช่วงเดียว ทำให้เกิดการขอโควต้าเพื่อสำรองแรงงาน ทำให้ไม่สะท้อนความเป็นจริงในเรื่องของการจ้างงาน ดังนั้นจึงน่าจะมีการเปิดเป็นช่วงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นช่วงที่สอดคล้องกับภาคเกษตรที่จ้างงานตามฤดูกาล

   ค. ระยะเวลาของใบอนุญาตทำงานกับระยะเวลาของบัตรประกันสุขภาพไม่สอดคล้องกัน ใบอนุญาตทำงานมีหลายประเภท คือ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ในขณะที่บัตรประกันสุขภาพมีประเภทเดียวเท่านั้นคือ 1 ปี ทำให้มีการหลีกเลี่ยงการจดทะเบียนและการประกันสุขภาพ ดังนั้นบัตรประกันสุขภาพน่าจะมีระยะเวลาสอดคล้องกับบัตรอนุญาตทำงาน

4. การดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในปัจจุบันต้องพึ่งพิงงบประมาณจากองค์กรภายนอกเป็นหลัก ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานหากมีการถอนตัวขององค์กรเหล่านี้ ดังนั้นการกำหนดนโยบายและงบประมาณที่ชัดเจนในพื้นที่เฉพาะตามสภาพความเป็นจริงของปัญหาในพื้นที่โดยส่วนกลางน่าจะเป็นการดำเนินการที่ยั่งยืน

5. อัตราโรคติดต่อที่ป้องกันได้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสูงกว่าประชากรทั่วไป ดังนั้นการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรชุมชนที่เข้าใจในเรื่องภาษาและวัฒนธรรม โดยองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในการให้การสนับสนุน เช่น การฝึกอบรม และการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

6. การได้รับยา AZT ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงติดเชื้อเอชไอวีที่ฝากครรภ์ที่แม่ตาวคลินิก ควรกระตุ้นองค์กรภาคเอกชนให้เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนแม่ตาวคลินิกในเรื่องการให้ยา AZT แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ และรวมถึงการให้การอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาในการให้ยา AZT แก่เจ้าหน้าที่และอาสามัครของแม่ตาวคลินิก

7. ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนข้ามชาติในโรงพยาบาลชายแดน ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระและประสบภาวะการขาดทุน ดังนั้นจึงต้องการมาตราการเรื่องการบริหารงบประมาณที่แตกต่างในพื้นที่จังหวัดชายแดน และการจดทะเบียนแรงงานต้องมีการบังคับประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อบริหารความเสี่ยง

8. ความครอบคลุมอนามัยแม่และเด็ก คนข้ามชาตินิยมคลอดกับหมอตำแย ดังนั้นการอบรมและทบทวนความรู้ให้แก่หมอตำแย จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถประเมินความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อการส่งต่อ

9. หนังสือรับรองการเกิดในกรณีที่ทารกคลอดที่บ้านหรือในชุมชน แม้ว่าในปัจจุบันมีคณะทำงานที่กระตุ้นให้คนข้ามชาติเห็นความสำคัญและออกหนังสือรับรองการเกิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรชุมชนที่ดำเนินการโดยคนพม่า อย่างไรก็ตามหากเด็กเกิดบนผืนแผ่นดินไทยแล้วมีหนังสือรับรองจากผู้เกี่ยวข้องที่เป็นคนไทยไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเด็กเกิดในประเทศไทยจริง น่าจะนำไปขอใบรับรองการเกิดและแจ้งเกิดจากหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทยในพื้นที่ เพื่อบรรเทาปัญหาคนเรื่องไร้รัฐ

10. นโยบายการปราบปรามสถานบริการทางเพศกับการควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความไม่สอดคล้องกัน การทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวงสาธารณสุขควรมีความสอดคล้องกันในทางปฏิบัติและเป็นไปได้ เพื่อไม่ให้ เอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งซ่อนเร้นซึ่งยากต่อการติดตามและควบคุม

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2546. *สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา*, นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2547. *คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ?,* นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ,* นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2547. *สถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547.* กรุงเทพฯ, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548. *สถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547.* กรุงเทพฯ, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คลินิกแม่ตาว. 2549. *รายงานประจำปี 2548– คลินิกแม่ตาว.* จังหวัดตาก, คลินิกแม่ตาว.

โครงการอนุภาคลุ่มน้ำโขงเพื่อต่อต้านการค้าเด็กและหญิง. 2549. *การจ้างแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย: งานหนัก จ่ายน้อย และไม่ได้รับการคุ้มครอง เล่ม 1.* กรุงเทพ, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ และ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์พร พันพึ่ง, ทรีส โคเอทท์, อวัศยา ปานำ, ไค มะ จอ ซอ และเสาวภาค สุขสินชัย. 2548. *คนรับใช้ในบ้าน: แรงงานอพยพจากประเทศพม่ามาไทย,* นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลแม่สอด. 2547. โรงพยาบาลแม่สอด *รายงานประจำปี 2547.* โรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.

วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, กนกนารถ พิศุทธกุล, ประพันธ์ ตาทิพย์, ตวิษา อ่ำผ่อง, ยุวดี ตาทิพย์ และปราณี มหาศักดิ์พันธ์ 2549ก. *'ประสบการณ์การควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชาวพม่า อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2547'*. วารสารวิชาการสาธารณสุข 15, 243–250.

วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์, ตวิษา อ่ำผ่อง, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ยุวดี ตาทิพย์, ประพันธ์ ตาทิพย์, ฉวีวรรณ เชาวกีรติพงศ์ และพัชรี เงินตรา. 2549ข. *ผลการบริการวางแผนครอบครัวเชิงรุกต่ออัตราคุมกำเนิดของสตรีชาวพม่าอพยพ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.* โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. 2547. *ประเทศไทยกับโรคเอดส์:ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย,* กรุงเทพมหานคร, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.

สำนักงานจังหวัดตาก. 2549. *ข้อมูลจังหวัดตาก.* http://www.tak.go.th/economic_3.htm.

สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก. 2547. *ผลการดำเนินงานด้านบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวจังหวัดตาก ตามมติ ครม.* วันที่ 2 มีนาคม 27 เมษายน และ 14 กันยายน 2547. สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก. 2548. *แบบรายงานการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547* สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก วันที่ 1 สิงหาคม 2547–30 มิถุนายน 2548 (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก. 2549ก. *การประชุมร่วมกับผู้ประกอบการเกี่ยวกับการจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา จังหวัดตาก* สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.

สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก. 2549ข. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต(โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ปี 2549.* สำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก วันที่ 1 –30 มิถุนายน 2549 (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. 2547. *ผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี 2547.*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. 2548. *ผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี 2548.*

สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก. 2549. *สถิติโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก.* http://www.m–industry.go.th/min/intro/ province/ Tak/nweb/facdata_con2.html.

สำนักบัญชีประชาชาติ. 2549. *ตารางสถิติ Gross Regional and Provincial Products 2005 (Estimation).* สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติhttp://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/NAD/menu/ gpp.htm.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2549. *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา. 2549. *ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี ในประเทศไทยรอบที่ 22 และ 23.* กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา).

ภาษาอังกฤษ

Belton, Suzanne and Cynthia Maung. 2005. *Working Our Way Back Home,* Mae Toa Clinic.

Beyrer, Christ, Luke Mullany, Adam Richards, Aaron Samuals, Voravit Suwanvanichkul, Tom Lee and Nicole Franck. 2006. *Responding to AIDS, TB, Malaria and Emerging Infectious Diseases in Burma: Dilemmas of Policy and Practice.* Baltimore, Center for Public Health and Human Rights, Department of Epidemiology, John Hopkins Bloomberg School of Public Health.

International Organization for Migration. 2006. About Migration. http://www.iom.int/jahia/page3html

Human Rights Watch. 2004. Out of Sight, Out of Mind: Thai Policy toward Burmese Refugees, Human Rights Watch, Asia division, http:www.hrw.org.

International Rescue Committee. 2007. Mae Sot, Tak.

Mae Toa Clinic.2006a. Prevention of Mother to Child Transmission, MTC-2005.

Mae Toa Clinic. 2006b. Trend of HIV prevalence in ANC pregnant women at MTC from 1999 to 2005.

Thailand Burma Border Consortium.2006. Programme Report for January to June 2006: Including funding appeal for 2007. www.tbbc.org.

สัมภาษณ์

Dr. Cynthia Maung, แม่ตาวคลินิก, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549

เจ้าหน้าที่ IRC, สัมภาษณ์, 11 มกราคม 2550

เจ้าหน้าที่ MAP Foundation, สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2549

เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิต แม่สอด, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549

เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2549

เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากที่ทำงานเกี่ยวกับต่างด้าว, สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2549

เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดตาก, สัมภาษณ์, 23 สิงหาคม 2549

เจ้าหน้าที่องค์การหมอไร้พรมแดน, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2549

คณะทำงานแรงงานต่างด้าวโรงพยาบาลแม่สอด, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549

ประธานหอการค้าจังหวัดตาก, สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2549

ผู้จัดการโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าและหัตถกรรมประดับอัญมณี แม่สอด, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2549

ผู้จัดการฝ่ายบุคคลโรงงานผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูปส่งต่างประเทศ แม่สอด, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2549

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด, สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549

หอการค้าจังกหวัดแม่สอดและตัวแทนนายจ้าง, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2549

หัวหน้าสำนักงานจัดหางานจังหวัดตาก, สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2549

หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลแม่สอด, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2549

4

กรณีศึกษา

จังหวัดกาญจนบุรี

■ กาญจนา ตั้งชลทิพย์

■ การไม่มีนโยบายที่ชัดเจนด้านสุขภาพของคนต่างชาติ และแรงงานข้ามชาติ ทำให้การดำเนินการดูแลรักษาคนกลุ่มนี้มีปัญหา โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ ทางผู้ให้บริการจึงต้องพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเข้าใจดีว่า สุขภาพไม่ว่าของคนไทย หรือต่างชาติ ต่างก็ส่งผลกระทบต่อกัน ไม่สามารถที่จะแบ่งแยก หรือไม่รักษา อีกทั้งยังมีเรื่องของมนุษยธรรมด้วย แต่บางครั้งก็หวาดเกรงว่าสิ่งที่ดำเนินการไปอาจไม่ตรงกับนโยบายของรัฐ การให้บริการแก่คนต่างชาติจึงอาจไม่สมบูรณ์เท่ากับที่ให้กับคนไทย ทั้งๆที่ ปัญหาสุขภาพของคนต่างชาติโดยเฉพาะโรคติดต่อบางโรค เช่น มาลาเรีย อุจจาระร่วง มีความรุนแรงกว่าที่เกิดในกลุ่มคนไทย ■

4

กรณีศึกษา
จังหวัดกาญจนบุรี

■ กาญจนา ตั้งชลทิพย์

4.1 เกริ่นนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีประชากรต่างชาติเข้ามาในประเทศจำนวนมาก ไม่ว่าจะด้วยแรงผลักดัน หรือแรงดึงดูดทางการเมือง เศรษฐกิจ หรือสังคม การเข้ามาในประเทศของประชากรต่างชาติได้ส่งผลต่อประเทศไทยทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลบวกทางด้านเศรษฐกิจที่เห็นได้ชัดก็คือ เป็นการตอบสนองความต้องการแรงงานของภาคเศรษฐกิจภายในประเทศ โดยเฉพาะภาคธุรกิจอุตสาหกรรมและบริการ นอกจากนี้ผู้ที่เข้ามาก็มีโอกาสที่จะได้งานทำ มีรายได้เพิ่ม ตลอดจนโอกาสที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกัน ผลกระทบทางด้านสังคมก็เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะการเข้ามาของคนจำนวนมากย่อมส่งผลต่อการดูแลและการให้บริการทางด้านต่าง ๆของประเทศปลายทาง ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะบริการด้านสาธารณสุข สังคม และสาธารณูปโภคต่าง ๆ

ผลกระทบทางด้านสุขภาพเป็นผลกระทบที่ชัดเจนที่สุด เพราะหากประชากรต่างชาติที่เข้ามาไม่ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ ก็มีโอกาสที่จะเผยแพร่กระจายโรคไปยังคนไทย และในทางกลับกันก็อาจมีการนำโรคที่เกิดขึ้นจากการเข้ามาอยู่ในประเทศไทยกลับไปสู่ประเทศบ้านเกิดของตนเองด้วย เพราะคนกลุ่มนี้มีความเปราะบาง (Vulnerability) ต่อความเจ็บป่วยและโรคภัยต่าง ๆ (www.iom.int/jahia/page610.html) ทั้งจากโรคที่ติดตัวมาและโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้ามาอยู่ในประเทศไทย ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย เท้าช้าง โรคเหล่านี้สามารถแพร่ระบาดจากคน ๆ หนึ่งไปยังคนอื่น ๆได้อีกจำนวนมาก หากไม่มีการป้องกันและรักษา

ผลกระทบอีกด้านหนึ่ง คือ ด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาตินั้นอาจมีความแตกต่างจากของคนไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยรวมของประเทศไทยได้ โดยเฉพาะถ้าแรงงานข้ามชาติมีภาวะเจริญพันธุ์สูง ก็จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อจำนวนเด็กที่จะเกิดมา ทำให้ประเทศไทยต้องรับผิดชอบดูแลทั้งตัวแม่และเด็กที่จะเกิดมา

ผลกระทบด้านสุขภาพ จึงมีทั้งผลต่อประเทศปลายทาง และตัวประชากรต่างชาติที่เข้ามา นโยบายสาธารณสุขต่อประชากรต่างชาติ จึงมีความจำเป็นเพื่อยังประโยชน์ทั้งแก่ประเทศปลายทางและตัวผู้ย้ายถิ่น นอกจากนี้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยยังเป็นสิ่งที่พึงกระทำไม่ว่าบุคคลนั้นเป็นใคร เป็นเรื่องของมนุษยธรรมและความเป็นมนุษย์ด้วยกัน

ควรกล่าวด้วยว่า ปัจจุบันสถานการณ์การเคลื่อนย้ายของประชากรมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไปมาก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรมากขึ้น นโยบายสาธารณสุขที่มีต่อประชากรต่างชาติจึงควรมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะนโยบายด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในขณะนี้ ประเทศไทยเองแม้ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ แต่ก็มีการกำหนดนโยบายเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนตามปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่บ้าง

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรต่างชาติจำนวนมาก ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากกาญจนบุรีเป็นจังหวัดชายแดนที่มีพรมแดนติดกับประเทศพม่าเป็นระยะทางที่ยาวถึง 370 กิโลเมตร ช่องทางที่จะเข้ามาในเขตประเทศไทยจึงมีหลายจุด ประกอบกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศพม่าเอง และแรงผลักดันทางด้านเศรษฐกิจภายในประเทศ ทำให้ในระยะเวลา 20–30 ปีที่ผ่านมา มีประชากรจากพม่าหลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก สาเหตุการเข้ามาจึงมีทั้งเพื่อหลบหนีภัยทางการเมืองภายในประเทศ และเพื่อหางานทำ นอกจากประชากรจากพม่าดังกล่าวแล้ว จังหวัดกาญจนบุรียังมีผู้ที่เป็นประชากรต่างชาติอีกจำนวนหนึ่ง โดยประชากรกลุ่มหลังนี้มีทั้ง ประชากรที่เป็นชนกลุ่มน้อย และกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ โดยประชากรกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานนับสิบปีแล้ว และจากนโยบายของรัฐที่ผ่านมาทำให้ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับใบสำคัญถิ่นที่อยู่ ซึ่งเป็นการกำหนดสถานะให้เป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย และรุ่นบุตรหลานที่เกิดในประเทศไทยก็จะได้รับสัญชาติไทย อย่างไรก็ตาม จะมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย ด้วยสาเหตุหลายๆ ประการ เช่น จากการตกสำรวจ หรือจากการไม่รู้จึงไม่ไปลงทะเบียนหรือแจ้งเกิด หรือจากการถูกเพิกถอน เป็นต้น

จังหวัดกาญจนบุรี ประสบปัญหาการดำเนินการด้านสาธารณสุขกับประชากรต่างชาติเหมือนพื้นที่อื่นๆ ที่มีประชากรต่างชาติจำนวนมาก เพราะผู้ที่เข้ามามีทั้งผู้ที่เข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และที่เข้ามาในลักษณะหลบหนีเข้ามาโดยไม่มีการขึ้นทะเบียน และรายงานตัวอย่างถูกต้อง ซึ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ที่หลบหนีเข้ามาที่มักเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับนโยบายการดำเนินการด้านสุขภาพของประชากรต่างชาติของรัฐเองก็ยังไม่ชัดเจน จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานในระดับจังหวัด ที่ต้องพยายามหาวิธีการดำเนินการของจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่มากที่สุด ซึ่งต่างก็พบกับปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการอยู่ตลอดเวลา

4.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของภาพรวมระดับประเทศ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือ ไม่ปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ช่วง ปี 2547– 2549 (2) วิเคราะห์ปฏิบัติการของเครือข่ายประชาสังคมเพื่อผลักดันภาครัฐให้ปรับเปลี่ยนนโยบายดังกล่าวว่าได้ผลอย่างไร และ (3) วิเคราะห์กระบวนการทำงานด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดกาญจนบุรี ว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นผลจากนโยบายของรัฐส่วนกลาง และหรือในระดับพื้นที่ และความคิดเห็นขององค์กรพัฒนาเอกชนและแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายและมาตรการในพื้นที่

สำหรับ**วิธีการศึกษา** ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธีหลักๆ คือ

(1) **การสัมภาษณ์ระดับลึก** ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ระดับลึกเจ้าหน้าที่ใน 2 หน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ คือ ด้านสุขภาพอนามัย และด้านแรงงาน ด้าน**สุขภาพ**ได้สัมภาษณ์

(ก) **เจ้าหน้าที่รัฐ** ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติงาน ใน*ระดับนโยบาย* คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา สำหรับระดับ*เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน* สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในส่วนงานต่างๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลพหลฯ และโรงพยาบาลสังขละบุรี นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลคริสเตียน ที่อำเภอสังขละบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การดูแลรักษาสุขภาพของประชากรในพื้นที่ สำหรับด้านนโยบายและการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ**แรงงาน** สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรีที่รับผิดชอบงานด้านแรงงานข้ามชาติโดยตรง

(ข) **ส่วนเอกชน** คือ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน ได้สัมภาษณ์กลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานของมูลนิธิเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพกับประชากรต่างชาติ (มูลนิธิพัฒนรักษ์) จำนวน 5 คน ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ ด้านภาวะเจริญพันธุ์ และงานด้านเอดส์ และ **ภาคธุรกิจเอกชน** ได้สัมภาษณ์ ประธานหอการค้าจังหวัดกาญจนบุรี

(2) **การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง** แยกเป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ สถานการณ์สุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และเอกสารที่เป็นรายงานของหน่วยงานในจังหวัดที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และจำนวนแรงงานข้ามชาติ ทั้งข้อมูลที่เป็นสถิติตัวเลขต่างๆ เช่น จำนวนแรงงานที่มาขอต่อใบอนุญาตทำงาน การมาตรวจสุขภาพ ผลการตรวจสุขภาพ และการทำบัตรประกันสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลจากเอกสารที่หน่วยงาน/องค์กรที่ทำงานในพื้นที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ เป็นต้น

(3) **ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ ข้อมูลสถิติด้านสาธารณสุขของจังหวัดกาญจนบุรี จากเว็บไซต์กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลสถิติแรงงานข้ามชาติ และข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดจากเว็บไซต์ของจังหวัดกาญจนบุรี เป็นต้น

4.3 บริบทพื้นฐานของพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

4.3.1 ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดกาญจนบุรีที่เอื้ออำนวยต่อการย้ายถิ่นเข้า

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดชายแดนทางทิศตะวันตกของประเทศไทย มีอาณาเขตทางด้านเหนือติดต่อกับจังหวัดตาก จังหวัดอุทัยธานี และประเทศสหภาพเมียนมาร์ หรือประเทศพม่า ด้านตะวันออกติดต่อจังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี ด้านใต้ติดกับจังหวัดราชบุรี ทางด้านตะวันตกติดกับประเทศพม่า ประเทศไทยมีพรมแดนติดกับประเทศพม่า ที่มีระยะทางยาวติดต่อกันถึง 370 กิโลเมตร

การที่พรมแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศพม่าที่มีระยะทางติดต่อกันที่ยาวมากนี่เอง ทำให้จังหวัดกาญจนบุรีมีช่องทางที่เอื้ออำนวยต่อการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทยหลายช่องทาง กล่าวคือ มีอำเภอถึง 5 อำเภอที่ติดกับชายแดนพม่า ได้แก่ อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอไทรโยค อำเภอเมือง และอำเภอด่านมะขามเตี้ย โดยมีเทือกเขาตะนาวศรีพาดไปตามแนวเส้นแบ่งเขตแดนไทย-พม่า ตั้งแต่ทางตอนเหนือของจังหวัดกาญจนบุรีลงไปจนถึงภาคใต้ผ่านเขตจังหวัดราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ เทือกเขาตะนาวศรีมีช่องทางที่เป็นทางผ่านระหว่างประเทศไทย และประเทศพม่า หลายช่องทาง และช่องทางที่สะดวกและมีจุดผ่านแดนระหว่างไทยกับพม่าที่สำคัญ

มี 3 แห่ง คือ ช่องด่านพระเจดีย์สามองค์ เขตอำเภอสังขละบุรี ช่องบ้องตี้ เขตอำเภอไทรโยค และ ช่องทางหินกอง เขตอำเภอทองผาภูมิ ซึ่งเป็นจุดผ่อนปรนชั่วคราว เพื่อให้ประชาชนของทั้งสองประเทศสามารถทำมาค้าขายกันได้ นอกจากนี้ มีการเข้ามาตามเส้นทางอื่นๆ อีก เพราะยังมีจุดผ่านแดนอีกประมาณ 30 แห่ง (บุญเลิศ และคณะ 2542) เช่น ช่องเขาสูง ซึ่งตั้งอยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติไทรโยค อำเภอไทรโยค ที่เคยเป็นเส้นทางเดินทัพในสมัยโบราณ เพื่อเข้าสู่เมืองทวายของพม่า (วรวุธ 2545) จุดที่มีการวางแผนเพื่อพัฒนามากกว่าช่องทางอื่นๆ คือ ทางช่องทางบ้องตี้ ที่ทางจังหวัด และหอการค้าจังหวัดให้ความสนใจ โดยได้มีการเจรจากับผู้แทนของพม่าทำความตกลงกันที่จะพัฒนาบริเวณนี้ ซึ่งหากมีการพัฒนาได้ตามแผนที่วางไว้ ก็จะทำให้บริเวณนี้สามารถเป็นจุดขนส่งสินค้าจากเมืองทวายที่ติดทะเลอันดามันและกำลังพัฒนาเป็นท่าเรือน้ำลึกมายังประเทศไทย เป็นการช่วยร่นระยะทางไม่ต้องผ่านมาทางสิงคโปร์ และยังมีทางช่องหินกองซึ่งเป็นจุดที่พม่าสร้างท่อส่งก๊าซจากแหล่งยาดานาในพม่ามาต่อกับฝั่งไทย โดยได้สร้างถนนคู่ขนานกับท่อก๊าซมาด้วย ทำให้การคมนาคมขนส่งสะดวกมากยิ่งขึ้น สำหรับฝั่งไทยเองทางบริษัทปตท.ก็กำลังพัฒนาบริเวณนี้ เพราะเป็นจุดต่อแดนท่อก๊าซที่ต้องมีการพัฒนา ทั้งระบบไฟฟ้า น้ำประปา และสาธารณูปโภคอื่นๆ (บุญเลิศ และคณะ 2542)

4.3.2 โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดกาญจนบุรี

จังหวัดกาญจนบุรีมีพื้นที่ทั้งหมด 19,486 ตารางกิโลเมตร หรือ 12 ล้านไร่ โดยพื้นที่ 7 ล้านไร่ หรือร้อยละ 58 ของพื้นที่ทั้งหมดเป็นป่าไม้ พื้นที่ป่าอยู่ในเขตอำเภอไทรโยค ทองผาภูมิ สังขละบุรี และศรีสวัสดิ์ (วรวุธ 2545) มีพื้นที่ทางการเกษตรจำนวน 2.3 ล้านไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของพื้นที่ทั้งหมด แยกเป็นที่นาร้อยละ 4 พืชไร่ร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นไม้ผล ไม้ดอกประดับ และพืชผักต่างๆ พืชเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด เรียงลำดับตามผลผลิตต่อปีจากมากไปหาน้อย คือ อ้อยโรงงาน ข้าวนาปี มันสำปะหลังโรงงาน ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ และข้าวนาปรัง ภาคเกษตรกรรมเป็นสาขาที่สร้างรายได้แก่จังหวัด รองจากสาขาอุตสาหกรรม และการค้าส่งและค้าปลีก (www.kanchanaburi.org)

ภาคอุตสาหกรรม โครงสร้างอุตสาหกรรมในจังหวัดแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ อุตสาหกรรมเกี่ยวเนื่องกับการเกษตร และอุตสาหกรรมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับการเกษตร อุตสาหกรรมเกี่ยวเนื่องกับการเกษตรมักมีขนาดใหญ่และมีการลงทุนมากกว่า 100 ล้านบาท และมีคนงานมากกว่า 300 คน เช่น โรงงานผลิตน้ำตาล โรงงานผลิตอาหารสำเร็จรูปจากผักและผลไม้ โรงงานแปรรูปอาหารสัตว์ โรงงานแปรรูปเนื้อสัตว์ โรงงานทำเฟอร์นิเจอร์หวายและผลิตภัณฑ์จากไม้ไผ่ เป็นต้น และมีการปลูกพืชที่สามารถนำไปแปรรูปในอุตสาหกรรมได้เป็นส่วนใหญ่ คือ อ้อย มันสำปะหลัง ข้าวโพด ฝ้าย พืชน้ำมันชนิดต่างๆ หน่อไม้ สับประรด กระเจี๊ยบเขียว และเลี้ยงสัตว์ประเภทต่างๆ เช่น วัว แพะ หมู ไก่ และเป็ด จึงทำให้จังหวัดมีความพร้อมด้านวัตถุดิบเพื่อป้อนเข้าสู่โรงงานอุตสาหกรรม (สุรีย์พร และปัทมา 2549)

จำนวนโรงงานในจังหวัดมีประมาณกว่าพันโรง เป็นโรงงานอุตสาหกรรมการเกษตรมากที่สุด ตัวอย่างอุตสาหกรรมการเกษตรที่มีกำลังเติบโต ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารสำเร็จรูปจากผักและผลไม้ในอำเภอเมืองและอำเภอท่ามะกา ซึ่งเป็นโรงงานขนาดใหญ่ มีคนงานมากกว่า 300 คน และเงินลงทุนมากกว่า 100 ล้านบาท นอกจากนี้มีโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์หวาย และผลิตภัณฑ์จากไม้ไผ่ ที่มีแหล่งผลิตใหญ่อยู่ที่อำเภอท่าม่วง และอำเภอทองผาภูมิ สำหรับอุตสาหกรรมที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับการเกษตรจะขึ้นอยู่กับวัตถุดิบ และเศรษฐกิจของจังหวัดเช่นกัน อุตสาหกรรมที่มีการลงทุนมาก ได้แก่ อุตสาหกรรมเกี่ยวกับรถยนต์และเครื่องจักร เช่น การซ่อมแซม พ่นสี กลึงและเชื่อมโลหะ อุตสาหกรรมเจียรนัย และทำเครื่องประดับ อุตสาหกรรมเหมืองแร่ เป็นต้น (สิงห์ และคณะ 2542)

การมีชายแดนติดต่อกับประเทศพม่าถึง 370 กิโลเมตร ในยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยจึงกำหนดให้จังหวัดกาญจนบุรีเป็นเขตพัฒนาอุตสาหกรรม “เพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจของกรุงเทพมหานคร” โดยเฉพาะเขตตอนบนของจังหวัด คือ อำเภอสังขละบุรี ศรีสวัสดิ์ ทองผาภูมิ และไทรโยค ให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ

ด้วยการย้ายอุตสาหกรรมไปตั้งที่ชายแดนไทย-พม่า เพื่อรองรับการใช้แรงงานจากพม่า และสนับสนุนให้เกิดการเดินทางแบบ "เช้ามา-เย็นกลับ" ส่วนหนึ่งเพื่อเป็นการลดต้นทุนการผลิต และยังทำให้สามารถควบคุมแรงงานพม่าให้อยู่ในที่ๆ โรงงานตั้งอยู่ อีกทั้งเป็นการช่วยลดปัญหาการเข้ามาตั้งถิ่นฐานของแรงงานจากพม่า (สิงห์ และคณะ 2542)

จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครเพียงประมาณ 128 กิโลเมตร แต่สามารถออกไปสู่ทะเลอันดามันได้สั้นที่สุด จึงสามารถพัฒนาเป็นเมืองอุตสาหกรรมด้านหน้าของฝั่งทะเลตะวันตกหรืออันดามันเพื่อระบายสินค้าสู่เอเชียตะวันออก และยุโรป สภาอุตสาหกรรมจังหวัดกาญจนบุรีจึงมีโครงการเปิดประตูสู่อันดามัน หรือเรียกว่า "ทวายโปรเจ็ค" และได้สร้าง"เมืองอุตสาหกรรมสมบูรณ์แบบแห่งภาคตะวันตก" บนเนื้อที่กว่า 700 ไร่ในอำเภอท่ามะกา ให้มีความสะดวกแก่โรงงานต่างๆอย่างครบวงจร มีลักษณะเบ็ดเสร็จ หรือเป็น "One-stop Service" และยังมีแผนที่จะสร้างถนนและทางรถไฟเชื่อมต่อระหว่างกาญจนบุรี-ทวาย เพื่อเชื่อมเข้าสู่ท่าเรือน้ำลึกทวาย (สิงห์ และคณะ 2542)

จากการที่ทางจังหวัดเน้นการพัฒนาในภาคอุตสาหกรรม ประกอบกับรายได้จากภาคอุตสาหกรรมสามารถทำรายได้แก่จังหวัดมากกว่ารายได้จากภาคเกษตรกรรม โดยรายได้ของจังหวัดมาจากสาขาอุตสาหกรรม ร้อยละ 22 รองลงมาเป็นสาขาการค้าส่งและค้าปลีก ร้อยละ 21 สาขาเกษตรกรรม ร้อยละ 15 และอื่นๆ อีกร้อยละ 42 รายได้อื่นๆ นี้จะรวมรายได้จากภาคบริการและการท่องเที่ยว ที่ทำรายได้ให้จังหวัดจำนวนไม่น้อยเช่นกัน เช่นในปี 2544 จังหวัดมีรายได้จากการท่องเที่ยว เป็นจำนวนเงิน 6,478.48 ล้านบาท) (www.kanchanaburi.org) ตัวเลขนี้สอดคล้องกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดกาญจนบุรี ที่พบว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของภาคอุตสาหกรรม ระหว่างปี 2546-2549 มีสัดส่วนถึง กว่าร้อยละ 80 ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัด (ตารางที่ 4.1) ในขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกันภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 20 ภาคอุตสาหกรรมจึงมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของจังหวัดอย่างเห็นได้ชัด

อย่างไรก็ตาม ด้านการประกอบอาชีพของประชากร พบว่า ส่วนใหญ่ยังกระจายอยู่ในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และ บริการ ตามความต้องการแรงงานของสาขาที่เป็นเศรษฐกิจหลักๆ ของจังหวัด ไม่ได้เน้นประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ตามรายได้หลักของจังหวัด ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงการมีงานทำของประชากรจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าร้อยละ 57 ยังประกอบอาชีพสาขาเกษตรกรรม ล่าสัตว์ ป่าไม้ และ การประมง รองลงมา ร้อยละ 11 ประกอบอาชีพในสาขา การขนส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543)

ตารางที่ 4.1: มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2546-2548

(หน่วย: ล้านบาท)

	2546	2547	2548
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Product -GPP)	49,625	50,993	55,693
ภาคเกษตรกรรม	8,505	9,167	10,489
สัดส่วนต่อ GPP	17.1	18.0	18.8
ภาคอื่น ๆ นอกเหนือจากเกษตรกรรม	41,119	41,826	45,204
สัดส่วนต่อ GPP	82.9	82.0	81.2
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากร (บาท)	61,881	62,249	66,585

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์.2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549, www.nesdb.go.th/econSocial/macro/NAD/menu/gpp.htm)

4.3.3 ลักษณะทางประชากร

ประชากรในจังหวัดกาญจนบุรีเกือบทั้งหมด หรือร้อยละ 96 เป็นผู้มีสัญชาติไทย รองลงมาเป็นผู้มีสัญชาติพม่าที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์พม่า มอญ และกระหรี่ยง ร้อยละ 3.4 และที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น ลาว และจีน เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543) ในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีสัญชาติพม่านี้ มีบางส่วนที่อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานและทำงานในประเทศไทยเป็นเวลานานหลายสิบปีแล้ว มีเพียงบางส่วนที่เข้ามาเป็นเวลาไม่นานนัก การจัดการประชากรชนกลุ่มน้อยนี้ กรมการปกครองได้จัดระบบทะเบียนบุคคล โดยออกบัตรสีประเภทต่างๆ ให้ และในรุ่นลูกหลานของบางกลุ่มกำลังรอการลงรายการสัญชาติไทย ตามมติคณะรัฐมนตรี สำหรับจังหวัดกาญจนบุรีมีผู้ถือบัตรสีประเภทต่างๆ จำนวน 6 ประเภทด้วยกัน (ประเภทของบัตรสีที่กรมการปกครองออกบัตรให้มีทั้งหมด 19 ประเภท) และมีอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีบัตรประจำตัว คือ กลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบ โดยบัตรสีต่างๆจะมีความหมายและสถานะ (กฤตยา 2547) ดังนี้

(1) **เนปาลอพยพ** (บัตรสีเขียว) คือกลุ่มคนเนปาลที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่าก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 แต่ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ถูกทหารญี่ปุ่นเกณฑ์เข้ามาให้ขนสัมภาระเพื่อสร้างทางรถไฟ และตกค้างอยู่ในประเทศไทย โดยอาศัยอยู่ที่อำเภอทองผาภูมิ และตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2543 และวันที่ 28 สิงหาคม 2544 กำหนดสถานะให้กับเนปาลอพยพเป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยรุ่นบิดามารดาที่อพยพเข้ามาในประเทศไทย***ได้ใบสำคัญถิ่นที่อยู่ และรุ่นบุตรหลานที่เกิดในประเทศไทยให้สัญชาติไทย*** มีข้อสังเกต คือ จำนวนประชากรเนปาลอพยพที่ทางกลุ่มงานความมั่นคง ที่ทำการปกครองจังหวัดกาญจนบุรี ให้กับทางโครงการวิจัยเมื่อเดือนตุลาคม 2549 นั้นมีทั้งหมด 748 คน ซึ่งไม่เท่ากับ ตัวเลขที่ทางกรมการปกครองเก็บรวบรวม คือ 988 คน (กฤตยา 2547) ซึ่งเหตุผลส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการเสียชีวิตของคนกลุ่มนี้ เพราะช่วงระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลนั้นห่างกันประมาณ 2 ปี โดยกลุ่มเนปาลอพยพทั้งหมดอยู่ที่อำเภอทองผาภูมิ

(2) **ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า** (บัตรสีชมพู) เป็นกลุ่มคนสัญชาติพม่าที่หลบหนีเข้ามาในประเทศไทยก่อนวันที่ 9 มีนาคม 2519 ซึ่งหลังจากนั้นกระทรวงมหาดไทยมีประกาศลงวันที่ 9 มีนาคม 2519 ห้ามบุคคลจากประเทศพม่าเดินทางเข้ามาอีก และต่อมาคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2543 และวันที่ 28 สิงหาคม 2544 กำหนดสถานะให้กับผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า เป็นคนต่างด้าวเข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย โดย***รุ่นบิดามารดาที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยได้ใบสำคัญถิ่นที่อยู่ และรุ่นบุตรหลานที่เกิดในประเทศไทยให้สัญชาติไทย***

(3) **บุคคลบนพื้นที่สูง** (บัตรสีฟ้า) เป็นกลุ่มคนซึ่งเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง ได้แก่ ชาวไทยภูเขา คนไทย หรือชนกลุ่มน้อยกลุ่มอื่นๆ เช่น พม่า จีน ลาว ไทยใหญ่ ไทยลื้อ ที่ไม่ได้จัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวอื่นเป็นการเฉพาะ แต่ได้รับสำรวจและจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2533 ในพื้นที่ที่เป็นพื้นที่สูง (ที่ถือความลาดชันโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 35 หรือพื้นที่ที่มีความสูงกว่าระดับน้ำทะเลกว่า 500 เมตรขึ้นไป) ใน 20 จังหวัด รวมทั้งจังหวัดกาญจนบุรี บุคคลบนพื้นที่สูงที่มีบัตรสีฟ้า จะถือหนังสือสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว และมีกระบวนการให้สัญชาติโดยการแปลงสัญชาติ

(4) **ผู้หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า หลัง 9 มีนาคม 2519 มีถิ่นที่อยู่ถาวร** (บัตรสีส้ม) คือ กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่าที่หลบหนีจากการปราบปรามชนกลุ่มน้อยของทหารพม่า ประกอบกับการที่พม่ามีภาวะฝืดเคืองทางเศรษฐกิจ และมีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง จึงหลบหนีเข้ามาในประเทศไทย โดยเข้ามาหลังวันที่ 9 มีนาคม 2519 และอาศัยอยู่ใน 9 จังหวัด รวมทั้งจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2535 ให้จัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวเพื่อ***ผ่อนผันการทำงานและประกาศกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2543 ผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวโดยไม่กำหนดระยะเวลาและสามารถขออนุญาตทำงานได้***

(5) **ผู้หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า หลัง 9 มีนาคม 2519 อยู่กับนายจ้าง** (บัตรสีม่วง) คือ กลุ่มคนที่หลบหนีเข้ามาเพื่อทำงาน โดยกลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่มีถิ่นที่อยู่ถาวรแน่นอนแต่อาศัยอยู่กับนายจ้าง ที่อยู่อาศัยใน 9 จังหวัด รวมทั้งจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2535 ให้จัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวเพื่อผ่อนผันการทำงานและประกาศกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2543 ผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวโดยไม่กำหนดระยะเวลาและสามารถขออนุญาตทำงานได้เช่นกัน

(6) ชุมชนบนพื้นที่สูง (บัตรเขียวขอบแดง) คือ กลุ่มคนซึ่งเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง ที่ตกสำรวจจากการจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลบนพื้นที่สูง เมื่อ พ.ศ. 2533-2534 และได้รับการจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรสำรวจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา สิ่งแวดล้อมและการควบคุมพืชเสพติดบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2540 และวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 สถานะของกลุ่มชุมชนบนพื้นที่สูงกลุ่มนี้ ดำเนินการเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่ (3) ***คือมีการให้ใบสำคัญที่อยู่กับรุ่นบิดามารดาที่อพยพเข้ามา***

หากพิจารณาดูถึงจำนวนผู้ที่ถือบัตรสีชนิดต่าง ๆ ที่ทางราชการไทยถือว่าประชากรกลุ่มนี้เป็นชนกลุ่มน้อย มีตัวเลขจากการสำรวจของกลุ่มงานความมั่นคง ที่ทำการปกครองจังหวัดกาญจนบุรี ในปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีจำนวนประชากรที่ถือบัตรสีต่างๆ ในจังหวัดกาญจนบุรีทั้งหมด 71,424 คน โดยแยกเป็นชนกลุ่มน้อยตามสัญชาติ และลักษณะการเข้าเมือง ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2: จำนวนชนกลุ่มน้อยในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม อำเภอ และ บัตรสี

อำเภอ/ ประเภท บัตรสี	เนปาล อพยพ (บัตรสี เขียว)	ผู้พลัดถิ่น สัญชาติ พม่า (บัตร สีชมพู)	บุคคล บนพื้นที่ สูง (บัตร สีฟ้า)	ผู้หลบหนี เข้าเมือง สัญชาติพม่า (บัตรสีส้ม)	ผู้หลบหนี เข้าเมือง สัญชาติพม่า (บัตรสีม่วง)	ชุมชนบน พื้นที่สูง (บัตรเขียว ขอบแดง)	ผู้หนีภัย จากการสู้รบ (ไม่มีบัตร ประจำตัว)	รวม
เมืองฯ	0	80	198	2	0	1,252	0	1,532
สังขละบุรี	0	4,586	4,546	10,057	0	6,337	3,644	29,170
ทองผาภูมิ	748	1,631	6,966	6,543	7,506	5,623	0	29,017
ไทรโยค	0	739	1,713	5,419	0	2,046	0	9,917
ศรีสวัสดิ์	0	18	89	34	0	1647	0	1,788
รวม	**748**	**7,054**	**13,512**	**22,055**	**7,506**	**16,905**	**3,644**	**71,424**

ที่มา: กลุ่มงานความมั่นคง ที่ทำการปกครองจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานจังหวัดกาญจนบุรี, สำรวจปี พ.ศ. 2548.

จากตัวเลขข้างต้น พบว่า ผู้ถือบัตรสีประเภทต่างๆ อาศัยอยู่ในอำเภอสังขละบุรี และอำเภอทองผาภูมิรวมกันสองอำเภอถึงร้อยละ 80 ของผู้ถือบัตรสีทั้งจังหวัด โดยอำเภอสังขละบุรีจะรวมผู้หนีภัยจากการสู้รบจากประเทศพม่า จำนวน 3,644 คนด้วย กลุ่มผู้หนีภัยจากการสู้รบเหล่านี้ทั้งหมดจะอยู่ที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวที่บ้านต้นยาง อำเภอสังขละบุรี ซึ่งอยู่ในความดูแลของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ ผู้ถือบัตรสีประเภทต่างๆ ดังกล่าว บางคนอยู่ในประเทศไทยมานาน บางคนเกิดในประเทศไทย โดยเฉพาะประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่พบว่าบางส่วนยังไม่ได้สัญชาติไทย คนเหล่านี้จึงไม่ได้สิทธิที่ควรจะได้

4.3.4 ภาวะเจริญพันธุ์

ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับจังหวัด พบว่า สตรีที่เคยสมรสอายุ 15-49 ปี 1 คนมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2 คน แต่เมื่อแยกเป็นเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) หญิงที่เคยสมรสในเขตเทศบาลมีบุตรเกิดรอดต่ำกว่านอกเขตเทศบาล คือ 1.9 คน และ 2.1 คน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543)

อย่างไรก็ตามเมื่อแยกตามเขตพื้นที่ จากรายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในพื้นที่เฝ้าระวังจังหวัดกาญจนบุรีของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2547 พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยพื้นที่สูงซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง และส่วนใหญ่เป็นป่าสงวน มีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าพื้นที่อื่น คือ สตรีที่เคยสมรสอายุ 15-49 ปี 1 คนมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยถึง 2.92 คน ในขณะที่พื้นที่อื่นอีก 4 พื้นที่ ของการศึกษามี

จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 2 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงลักษณะทางประชากรที่อยู่ในพื้นที่สูงที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง พบว่า ร้อยละ 49 ของประชากรในพื้นที่สูงที่เก็บข้อมูลไม่ได้ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน (ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันสามารถบอกถึงเชื้อชาติได้ระดับหนึ่ง) โดยมีการใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย คือ ภาษากระเหรี่ยง กะหร่าง และปากะญอ ในสัดส่วนที่สูงที่สุด ถึงร้อยละ 21.4 หรือกล่าวง่ายๆ ว่า ในทุกๆ 5 ครัวเรือนในพื้นที่สูง จะมี 1 ครัวเรือนที่พูดภาษากระเหรี่ยง กะหร่าง และปากะญอ นอกจากนี้ประมาณ 1 ใน 10 พูดภาษามอญ หรือลาว ขณะที่ครัวเรือนที่พูดภาษาพม่ามีร้อยละ 6 (รศรินทร์ 2547)

สำหรับภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นจากพม่าที่มีเชื้อชาติพม่า มอญ ในจังหวัดกาญจนบุรี มีการศึกษาพบว่า มีแนวโน้มสูงกว่าคนไทย โดยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 3.19 ขณะที่คนไทยเท่ากับ 1.69 และมีอัตราเจริญพันธุ์รายอายุสูงกว่าคนไทยทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ผู้ย้ายถิ่นยังแต่งงานเร็วกว่าคนไทย และยังมีอัตราการคุมกำเนิดที่ต่ำกว่าคนไทยด้วย วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (Peailueang 2002)

ข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของจังหวัดกาญจนบุรี สะท้อนให้เห็นว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรทั้งที่เป็นชนกลุ่มน้อย (รวมผู้ที่ได้รับสัญชาติไทย ผู้ที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย หรือยังเป็นคนไร้รัฐ) และผู้ย้ายถิ่นจากพม่า มีอัตราที่สูงกว่าประชากรโดยรวมของจังหวัด

4.4 การจ้างแรงงานข้ามชาติกับเศรษฐกิจในจังหวัดกาญจนบุรี

4.4.1 การจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดกาญจนบุรี

การที่ผู้ย้ายถิ่นเข้ามามีทั้งผู้ที่เข้ามาอย่างถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ส่งผลทำให้ตัวเลขที่แท้จริงของประชากรต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยไม่แน่นอนตามมา ตัวเลขที่ได้มักมาจากการมาขออนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ ที่แม้ว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าตัวเลขจริงอยู่มาก แต่ก็สามารถสะท้อนให้เห็นภาพของจำนวนแรงงานข้ามชาติได้ระดับหนึ่ง ตัวเลขในตารางที่ 4.3 เป็นตัวเลขที่ทางสำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรีเก็บรวบรวมไว้

ตารางที่ 4.3: จำนวนนายจ้าง ความต้องการแรงงานข้ามชาติ จำนวนโควตาที่ได้รับการพิจารณา จำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาตทำงาน และประเทศต้นทางของแรงงาน จังหวัดกาญจนบุรี ตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่าง ๆ (2547-2549)

มติ ค.ร.ม. พ.ศ.	จำนวนนายจ้างที่มาขอโควตา	จำนวนความต้องการแรงงาน	จำนวนโควตาที่ได้รับการพิจารณา	จำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาตทำงาน	ประเทศต้นทางของแรงงานที่ได้รับอนุญาตทำงาน		
					พม่า	กัมพูชา	ลาว
2547	3,875	39,554	39,554	15,026	14,346	228	452
2548/1	3,282	37,172	37,172	12,226	11,912	118	196
2548/2	มข.	มข.	มข.	2,481	2,392	22	67
2549 (ส.ค.)	3,282	37,172	37,172	9,245	9,035	83	127

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (ปรับจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา, สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี, 2547-2549)

มข. = ไม่มีข้อมูล

หากพิจารณาตัวเลขในตารางที่ 4.3 จะเห็นว่า ความต้องการแรงงานของจังหวัดกาญจนบุรีระหว่างช่วงปี 2547–2549 มีจำนวนไม่มากนัก และมีแนวโน้มลดลง และเป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานก็มีจำนวนที่ลดลงเช่นกัน และยังพบว่ามีจำนวนน้อยกว่าจำนวนความต้องการแรงงานมาก โดยน้อยกว่ากันกว่า 1 เท่าตัว การที่จำนวนความต้องการแรงงาน และจำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาตมีน้อย อีกทั้งยังมีจำนวนต่างกันมากนี้ เหตุผลส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการไม่นำแรงงานข้ามชาติมาขออนุญาตทำงานของนายจ้าง ซึ่งน่าเป็นผลมาจากลักษณะเศรษฐกิจของจังหวัด ดังกล่าวแล้วว่า ภาคเศรษฐกิจที่ทำรายได้แก่จังหวัดในอันดับต้นๆ คือ อุตสาหกรรมเกษตร และเกษตรกรรม โดยทำรายได้รวมกันเกือบร้อยละ 40 ของรายได้ทั้งหมดของจังหวัด (www.kanchanaburi.org) อุตสาหกรรมเกษตรนั้นจะใช้วัตถุดิบที่เป็นผลิตผลของจังหวัดเป็นหลัก ภาคเกษตรกรรมจึงยังคงต้องการแรงงานจำนวนมาก แต่ความต้องการแรงงานเกษตรนั้นจะขึ้นอยู่ช่วงเวลาของกระบวนการผลิตค่อนข้างสูง โดยจะมีความต้องการแรงงานมากในระยะแรกของการปลูก และจะทิ้งช่วงไปจนต้องการแรงงานอีกครั้งในช่วงเก็บเกี่ยว ประกอบกับแรงงานในภาคเกษตรมีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีอิสระในการเคลื่อนย้ายไปมามากกว่าการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือภาคบริการอื่นๆ ที่มีกฎข้อบังคับเป็นกลไกควบคุม แรงงานเกษตรจึงมีการเข้า–ออกงานสูง ในขณะที่หากนำแรงงานมาขอขึ้นทะเบียน หรือต่อใบอนุญาตทำงาน นายจ้างอาจจะต้องจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าประกันสุขภาพจำนวนเงิน 1,300 บาท (ต่อแรงงาน 1 คน) แทนแรงงาน (อาจเป็นการออกแทนให้ก่อนและเก็บคืนทีหลัง หรือออกให้เลย) ซึ่งเมื่อนายจ้างคิดคำนวณถึงผลได้ผลเสีย ความคุ้มค่าในการลงทุนแล้ว จึงมักตัดสินใจที่จะไม่นำแรงงานมาขึ้นทะเบียน หรือหากนำมาก็เพียงบางส่วนเท่านั้น และตัวแรงงานเองอาจไม่ต้องการเสียเงินค่าใช้จ่ายส่วนนี้ เพราะทำงานเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีเหตุผลที่ทางเจ้าหน้าที่ของรัฐคนหนึ่งกล่าวว่า หากมีการจับกุมของทางการจริง แรงงานเกษตรเหล่านี้มักไม่ถูกจับ เพราะมีหนทางหลบหนี โดย “หนีเข้าป่าไปเลย” นายจ้างจึงกล้าเสี่ยงที่จะใช้แรงงานผิดกฎหมาย มากกว่าการนำแรงงานมาขออนุญาตอย่างถูกต้อง (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับนโยบายด้านสาธารณสุขของจังหวัด เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549)

สำหรับสัดส่วนจำนวนแรงงานที่แยกตาม***ประเภทอาชีพ*** ในตารางที่ 4.4 ยืนยันถึง ความต้องการแรงงานในภาคเกษตรของจังหวัดกาญจนบุรี กล่าวคือ ในปี 2547 มีการขออนุญาตทำงานในกิจกรรมภาคเกษตร/ปศุสัตว์ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 41 สัดส่วนนี้ลดลงเล็กน้อยในการขออนุญาตทำงาน ปี 2548 แต่น่าสังเกตว่ามีการลดลงอย่างมากในการขออนุญาตทำงาน ระหว่างวันที่ 1–31 มีนาคม 2549 หรือ หลังมติครม. 20 ธันวาคม 2548 โดยสัดส่วนการขออนุญาตในช่วงนี้จะอยู่ที่กิจกรรมจ้างงานเพื่อผลิตอาหารกระป๋องมากกว่า คือ มีกว่าร้อยละ 60 ขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ภาคเกษตรลดลงเหลือเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น แต่เมื่อมีการขออนุญาตในครั้งล่าสุด การเกษตรจะกลับขึ้นมาเป็นร้อยละ 35 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประเภทกิจกรรมที่ขอทั้งหมด

เมื่อพิจารณาสัดส่วนแรงงานข้ามชาติที่แยกตาม***เพศหญิง และเพศชาย*** โดยภาพรวม พบว่า มีการขออนุญาตใช้แรงงาน เพศชายในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิง แต่มากกว่าไม่มากนัก โดยเป็นเพศชายร้อยละ 56–58 ในขณะที่เพศหญิงอยู่ที่ ร้อยละ 40–43 ทั้ง 4 ช่วงเวลา (ไม่ได้แสดงตัวเลขไว้ในตาราง) โดยอาชีพที่มีการขออนุญาตใช้แรงงานหญิงมากกว่าแรงงานชาย คือ ผู้รับใช้ในบ้าน และสำหรับในช่วงเวลาที่สามารถแยกอาชีพที่อยู่ในประเภทอื่นๆ ได้ก็จะพบสัดส่วนที่มากกว่าของผู้หญิงในอาชีพนวดแผนโบราณ ซึ่งก็เป็นไปตามลักษณะของงานที่ได้รับการมองว่า เป็นงานของผู้หญิงนั่นเอง

ตารางที่ 4.4: ร้อยละของแรงงานแยกตามประเภทกิจกรรมการจ้างงาน ในจังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่าง ๆ และ เพศ

ประเภทกิจกรรมการจ้างงาน	2547			2548 / 1			2548/ 2			2549 (มิ.ย.)		
	รวม	ช	ญ	รวม	ช	ญ	รวม	ช	ญ	รวม	ช	ญ
1. ประมง	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2. ประมงต่อเนื่อง	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3. เกษตร/ปศุสัตว์	41.2	45.6	35.0	39.5	43.6	34.0	13.0	14.2	11.4	35.5	38.3	31.8
3.1 เกษตร	*36.2*	*39.7*	*31.2*	*34.8*	*38.0*	*30.5*	*8.8*	*9.1*	*8.4*	*31.0*	*33.0*	*28.4*
3.2 ปศุสัตว์	*5.0*	*6.0*	*3.7*	*4.7*	*5.6*	*3.5*	*4.2*	*5.1*	*3.0*	*4.5*	*5.3*	*3.4*
4. โรงสีข้าว	0.8	1.0	0.5	0.8	1.0	0.5	0.4	0.6	0.3	0.7	0.9	0.5
5. โรงอิฐ	1.9	2.2	1.6	1.5	1.6	1.3	0.3	0.2	0.4	1.3	1.5	1.1
6. โรงน้ำแข็ง	0.6	0.9	0.3	1.2	1.5	0.6	0.4	0.6	0.2	1.4	1.8	0.8
7. ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
8. ก่อสร้าง	5.5	6.1	4.6	5.9	6.7	4.9	2.3	2.4	2.1	6.0	7.2	4.4
9. เหมืองแร่/เหมืองหิน	2.2	2.4	1.9	2.0	2.1	1.8	1.5	1.7	1.1	2.0	2.1	1.8
10. ผู้รับใช้ในบ้าน	5.9	1.9	11.6	6.3	2.6	11.2	2.1	0.6	4.0	5.9	2.5	10.5
11. อื่นๆ	41.9	39.9	44.6	42.9	40.8	45.6	80.0	79.6	80.6	47.1	45.7	49.0
11.1 นวดแผนโบราณ	–	–	–	*2.0*	*0.1*	*4.6*	*3.7*	*0.1*	*8.3*	–	–	–
11.2 ผลิตและจำหน่ายปุ๋ย	–	–	–	*6.4*	*6.3*	*6.4*	*3.4*	*3.4*	*3.3*	–	–	–
11.3 ร้านขายอาหาร	–	–	–	*1.0*	*0.5*	*1.7*	*0.5*	*0.2*	*0.9*	–	–	–
11.4 ผลิต/จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง	–	–	–	*2.4*	*2.8*	*1.9*	*1.1*	*1.2*	*0.9*	–	–	–
11.5 ผลิต/จำหน่ายวัสดุจากไม้	–	–	–	*1.6*	*1.5*	*1.8*	*0.8*	*0.9*	*0.6*	–	–	–
11.6 ที่พักและรีสอร์ท	–	–	–	*1.3*	*1.2*	*1.3*	*0.4*	*0.0*	*0.8*	–	–	–
11.7 เย็บผ้า	–	–	–	*1.6*	*1.4*	*1.9*	*0.0*	*0.0*	*0.0*	–	–	–
11.8 ผลิต/จำหน่ายของฝาก	–	–	–	*0.8*	*0.7*	*1.0*	*1.0*	*1.1*	*0.0*	–	–	–
11.9 ขายโรตี	–	–	–	*0.5*	*0.7*	*0.2*	*0.2*	*0.4*	*0.0*	–	–	–
11.10 ผลิตอาหารกระป๋อง	–	–	–	*17.6*	*17.5*	*17.7*	*63.2*	*66.9*	*58.5*	–	–	–
11.11 ค้าขาย	–	–	–	*2.6*	*2.6*	*2.6*	*1.5*	*1.0*	*2.0*	–	–	–
11.12 รับซื้อของเก่า	–	–	–	*0.6*	*0.6*	*0.5*	*0.2*	*0.2*	*0.1*	–	–	–
11.13 ปั๊มน้ำมัน	–	–	–	*0.5*	*0.5*	*0.6*	*0.3*	*0.4*	*0.3*	–	–	–
11.14 ขัด/จำหน่ายหินประดับ	–	–	–	*0.4*	*0.6*	*0.2*	*0.6*	*0.7*	*0.4*	–	–	–
11.15 บ่อทราย	–	–	–	*0.5*	*0.6*	*0.5*	*0.0*	*0.1*	*0.0*	–	–	–
11.16 อื่นๆที่เหลือ	–	–	–	*3.0*	*3.2*	*2.7*	*3.2*	*2.9*	*3.5*	–	–	–
รวมเปอร์เซ็นต์	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
รวมจำนวน	**15,026**	**8,803**	**6,223**	**12,226**	**6,980**	**5,246**	**2,481**	**1,394**	**1,087**	**9,245**	**5,287**	**3,958**

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (ปรับจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา, สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี, 2547–2549)

หมายเหตุ: อื่นๆ ที่เหลือเป็นอาชีพที่มีแรงงานข้ามชาติประกอบอาชีพนั้นๆ น้อยกว่า 50 คน เช่น คนงานในโรงงานวุ้นเส้นในโรงงานผลิตและจำหน่ายไฟแช็ก คาร์แคร์ ในที่ๆ รับซื้อพืชผลทางการเกษตร ในโรงงานทำเครื่องประดับ

การกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติตามพื้นที่โดยเฉพาะเมื่อแยกตามอำเภอ ในตารางที่ 4.5 และรูปที่ 4.1 พบว่ากิจการในอำเภอท่ามะกา อำเภอเมือง และอำเภอท่าม่วง มีการขออนุญาตทำงานมากเป็นอันดับ 1–3 ตามลำดับ ทั้ง 4 ช่วงเวลา โดยทั้ง 3 อำเภอนี้มีการขออนุญาตทำงานรวมกันแล้วมากกว่าร้อยละ 60 จากอำเภอทั้งหมด 13 อำเภอ ซึ่งทั้ง 3 อำเภอเป็นที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาล และอุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร อุตสาหกรรมเหล่านี้ใช้เงินทุนสูง และใช้แรงงานในการผลิตค่อนข้างมาก และมีการเชื่อมโยงกับการผลิตในภาคเกษตร (สิงห์ และคณะ 2542) สำหรับอำเภออื่นๆ ที่เหลือ มีการกระจายแรงงานที่ขออนุญาตทำงานไม่ถึงร้อยละ 10

ตารางที่ 4.5: จำนวนและร้อยละแรงงานข้ามชาติจำแนกตามอำเภอ ในจังหวัดกาญจนบุรี ตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่าง ๆ

อำเภอ	2547		2548/1		2548/2		2549	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ท่ามะกา	4,860	32.3	4,041	33.1	1,809	72.9	3,387	36.6
เมือง	2,865	19.1	2,267	18.5	290	11.7	1,973	21.3
ท่าม่วง	1,695	11.3	1,382	11.3	153	6.2	1,066	11.5
ทองผาภูมิ	1,432	9.5	1,180	9.7	3	0.1	580	6.3
ไทรโยค	1,315	8.8	1,218	10.0	21	0.8	901	9.7
บ่อพลอย	965	6.4	624	5.1	84	3.4	394	4.3
พนมทวน	652	4.3	529	4.3	82	3.3	363	3.9
ด่านมะขามเตี้ย	295	2.0	235	1.9	31	1.2	182	2.0
สังขละบุรี	276	1.8	232	1.9	–	–	102	1.1
ศรีสวัสดิ์	261	1.7	197	1.6	1	0.0	103	1.1
หนองปรือ	167	1.1	105	0.9	–	–	75	0.8
ห้วยกระเจา	145	1.0	135	1.1	4	0.2	63	0.7
เลาขวัญ	98	0.7	81	0.7	3	0.1	57	0.6
รวมทุกอำเภอ	15,026	100.0	12,226	100.0	2,481	100.0	9,246[1]	100.0

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจากข้อมูลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา, สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี, 2547–2549)

ในรูปที่ 4.1 เป็นภาพของการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติ แยกตามอำเภอเฉพาะปี 2547 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ให้แรงงานข้ามชาติมาขออนุญาตทำงานตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มีนาคม และ 27 เมษายน 2547 ที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ใหม่ในการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติ โดยให้ขึ้นทะเบียนทั้งตัวแรงงานและผู้ติดตาม และรวมถึงนายจ้างด้วย และในช่วงเวลานี้ได้มีการขออนุญาตทำงานที่ค่อนข้างสมบูรณ์กว่าทุกครั้ง

[1] เนื่องจากข้อมูลในตารางที่ 4.5 นี้คำนวณจากข้อมูลดิบที่ทางสำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรีให้มา ซึ่งยังอาจไม่ได้ปรับจำนวนตัวเลขให้สมบูรณ์ ทำให้จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน ตามมติครม. ช่วงปี 2549 ในตารางนี้มีจำนวนมากกว่า จำนวนที่อยู่ในรายงานที่ทางสำนักงานจัดหางานจังหวัดทำไว้เพื่อส่งไปที่กระทรวงแรงงาน (ข้อมูลในตารางที่ 4.4) 1 คน

รูปที่ 4.1 การกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติของจังหวัดกาญจนบุรีแยกตามอำเภอ เมื่อพ.ศ. 2547

4.4.2 บทบาทของแรงงานข้ามชาติต่อเศรษฐกิจของจังหวัดกาญจนบุรี

จากข้อมูลการจ้างงานแรงงานข้ามชาติของจังหวัดกาญจนบุรี ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติในภาคอาชีพต่างๆ ซึ่งหากแบ่งสาขากิจการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (1) กิจการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก และ (2) กิจการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติน้อย และนำมาพิจารณาร่วมกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดที่ได้จากกิจการหลักทั้ง 2 ประเภทข้างต้น ในตารางที่ 4.6 เห็นได้ว่า กิจการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก จะมีสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดสูงถึงร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของทั้งจังหวัด สะท้อนให้เห็นถึง ฐานเศรษฐกิจของจังหวัดจะอยู่ที่กิจการที่มีความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก

ตารางที่ 4.6: ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2548 และสัดส่วน GPP ในแต่ละประเภทกิจการต่อ GPP ของทั้งจังหวัดจำแนกตามประเภทของงานที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก และน้อย

กิจการ	GPP 2005P1[2] (หน่วย: ล้านบาท)	สัดส่วน GDP แต่ละประเภทกิจการต่อ GPP ของทั้งจังหวัด
จ้างแรงงานข้ามชาติมาก (ได้แก่ เกษตร ประมง เหมืองแร่ การผลิต (โรงงาน) ก่อสร้าง ค้าปลีก ค้าส่ง ซ่อมยานยนต์ ลูกจ้างในครัวเรือนบุคคล)	36,568	65.7
จ้างแรงงานข้ามชาติน้อย (ได้แก่ ไฟฟ้า เชื้อเพลิง ประปา, ธุรกิจการเงิน อสังหาริมทรัพย์ บริการธุรกิจ, ภาคบริการสาธารณะ, บริการโรงแรม ภัตตาคาร ขนส่ง สื่อสาร)	19,127	34.3
Gross Provincial Product (GPP)	55,695*	100.0

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549, www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm)

***หมายเหตุ** ตัวเลข GPP ในตารางนี้ ไม่เท่ากับตัวเลขในตารางที่ 4.1 เนื่องจากเป็นการคำนวณจากตัวเลขที่เป็นหน่วยล้านบาท

[2] เป็นมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัด ณ ราคาตลาดปัจจุบัน (Current Market Prices)

ในขณะที่ข้อมูลในตารางที่ 4.7 สะท้อนให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติ มีส่วนช่วยสนับสนุนเศรษฐกิจของจังหวัดกาญจนบุรีอย่างมาก ตัวเลขในตารางแสดงให้เห็นได้ว่า ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดกาญจนบุรีในภาคกิจการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก (ที่มีสัดส่วนร้อยละ 65.7) ได้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติในกิจการเหล่านี้ถึงร้อยละ 96.3 ของการจ้างแรงงานข้ามชาติทั้งหมดในจังหวัดกาญจนบุรี สัดส่วนที่สูงมากนี้ชี้ให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติมีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดกาญจนบุรีอย่างมาก

ตารางที่ 4.7: ร้อยละ GPP และร้อยละของกิจการจ้างงานแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2548

	% GPP	% กิจการจ้างงานแรงงานข้ามชาติ
ภาคที่มีการจ้างงานแรงงานข้ามชาติมาก	65.7	96.3
ภาคที่มีการจ้างงานแรงงานข้ามชาติน้อย	34.3	3.7

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549, www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm และข้อมูลของสำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี)

4.5 สถานการณ์สุขภาพแรงงานข้ามชาติ[3] ในจังหวัดกาญจนบุรี

ในระดับประเทศ แม้ว่านโยบายของรัฐในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติยังไม่ชัดเจน แต่ภารกิจหลักโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ มี 4 ลักษณะ คือ (1) การตรวจสุขภาพแรงงานก่อนจดทะเบียนและประกันสุขภาพแรงงาน (2) การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลถ้าเจ็บป่วย (3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ (4) การเฝ้าระวังโรค

4.5.1 การรายงานตัวตรวจสุขภาพและการทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

จากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2547 ที่ให้มีการเปลี่ยนระบบการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติใหม่ โดยให้แรงงานมารายงานตัวได้ทั้งแรงงานที่มีนายจ้างพามา หรือไม่มีนายจ้างพามา หรือทำงานรายวันไม่มีนายจ้าง โดยให้สามารถขึ้นทะเบียนได้ด้วยตนเอง รวมทั้งให้มีการขึ้นทะเบียนของ ผู้ติดตาม ด้วย (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548: 15) ดังนั้นแรงงานข้ามชาติที่มารายงานตัวจึงต้องผ่านการตรวจร่างกาย และทำประกันสุขภาพ โดยเสียค่าประกันสุขภาพในจำนวนเงินเพิ่มเป็น 1,300 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้จะได้รับการจัดสรรไปยังส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยรายละเอียดการจัดสรรเงินก้อนนี้จะกล่าวถึงอีกครั้งในเวลาต่อไป

[3] เนื่องจากจังหวัดกาญจนบุรี มีกลุ่มคนที่ถือบัตรสีประเภทต่างๆ ที่กระจายอาศัยอยู่ภายในจังหวัดจำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ตามแนวชายแดน เช่น ที่อำเภอทองผาภูมิ อำเภอสังขละบุรี และยังมีแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้ามาอีกจำนวนหนึ่ง ดังนั้นในรายงานของจังหวัดกาญจนบุรีนี้ เมื่อกล่าวถึงคนต่างชาติ โดยเฉพาะการมารับบริการทางด้านสุขภาพโดยทั่วไป จึงหมายถึงคนทั้งสองกลุ่มนี้ เพราะมีการขายบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้ถือบัตรสีที่ไม่มีบัตรทองด้วย แต่ในเมื่อพูดถึงในส่วนของแรงงาน และการตรวจสุขภาพก่อนรับใบอนุญาตทำงาน ก็จะเป็นการเจาะจงเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย

การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติก่อนออกใบอนุญาตให้ทำงาน

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวนผู้ที่มารายงานตัว ตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพ มีจำนวนไม่มากนัก ในปี 2547 มีแรงงานข้ามชาติมาตรวจสุขภาพเพื่อขอใบอนุญาตทำงาน เพียง 5,307 คน และ เพิ่มขึ้นเป็น 12,571 คนในปี 2548 ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากหากเทียบกับจังหวัดที่เป็นจังหวัดชายแดนเหมือนกัน เหตุผลส่วนหนึ่งน่ามาจากการไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ของนายจ้าง อันเป็นผลจากลักษณะความต้องการแรงงานในภาคเกษตรกรรมของจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นความต้องการตามช่วงฤดูกาล ทำให้ทั้งนายจ้างและแรงงานไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายส่วนนี้ดังกล่าวไว้แล้ว นอกจากนี้ยังเป็นไปได้ว่า จังหวัดกาญจนบุรีอาจเป็นเพียงทางผ่านเพื่อไปยังพื้นที่อื่นที่ให้รายได้มากกว่า เช่น ไปที่จังหวัดสมุทรสาคร หรือแม้แต่ในกรุงเทพมหานคร[4] และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพของคนต่างชาติในพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรต่างชาติเป็นจำนวนมากเองก็มองว่า การทำงานขององค์กรตนเป็นการทำงานกับคนที่ต้นทางเท่านั้น คือ เฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ได้ทำงานกับคนที่อยู่ปลายทางที่มักเป็นผู้ที่ย้ายจากกาญจนบุรีไปยังแหล่งงานในจังหวัดอื่นๆ ซึ่งมีจำนวนมาก ในปัจจุบันพบว่า ส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติจะมีเครือข่ายที่เป็นญาติพี่น้อง เครือญาติ เพื่อน คนรู้จัก และแม้แต่นายหน้าที่เป็นคนชาติเดียวกันติดต่อหางานให้

ตารางที่ 4.8: ผลการตรวจร่างกายแรงงานข้ามชาติ จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547–2548

ผลการตรวจ	ปี	
	2547	2548
จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ตรวจทั้งหมด	5,307	12,571
ผลการตรวจปกติ	5,218	12,398
โรคที่ต้องเฝ้าระวัง		
อุจจาระร่วง	*1,000*	*1,180*
ไข้เลือดออก	*61*	*57*
มาเลเรีย	*1,696*	*1,861*
วัณโรค	*40*	*198*
เท้าช้าง	*9*	*32*
เอดส์	*9*	*6*
ไข้กาฬหลังแอ่น	*1*	*2*
โรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภท 2)		
เท้าช้าง	*0*	*0*
วัณโรคปอด	*21*	*39*
เรื้อน	*0*	*0*
ซิฟิลิส	*9*	*21*
มาลาเรีย	*0*	*1*

[4] จากการคุยกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลเกริงกระเวีย อำเภอทองผาภูมิ ของโครงการหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่เล่าว่า ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยมีคนต่างชาติเข้ามาจำนวนมาก แต่จะอยู่ที่นี่ในช่วงเวลาสั้นๆ เพราะจะย้ายไปที่อื่น คนเหล่านี้มีเครือข่ายที่จะส่งไปทำงานยังที่อื่น

ตารางที่ 4.8: (ต่อ)

ผลการตรวจ	ปี	
	2547	2548
โรคที่ต้องห้ามไม่ให้ทำงาน (ประเภท 3)		
วัณโรคในระยะติดต่อ	2	0
ติดสารเสพติดให้โทษ	3	0
โรคเรื้อนในระยะที่ปรากฏอาการ	0	1
ตั้งครรภ์	54	111
จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	10,723	18,083

ที่มา: จากรายงานข้อมูลประชากรต่างด้าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2546–เดือนกันยายน 2547) และปี 2548 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2547–เดือนกันยายน 2548)

ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่มาขออนุญาตทำงาน[5] ในจังหวัดกาญจนบุรี จากตารางที่ 4.8 พบว่า ทั้งในปี 2547 และ 2548 โรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มีจำนวนมากกว่าโรคอื่น ๆ คือ มาลาเรีย และอุจจาระร่วง โดยพบกว่า 1,000 คน เป็นที่น่าสังเกตว่าโรคเท้าช้างมีพบบ้างแต่ไม่มากนัก และที่น่าสนใจ คือ จำนวนที่เพิ่มขึ้นของโรควัณโรคในส่วนที่เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และยังมีผู้ที่เป็นโรคนี้อีกจำนวนหนึ่งที่ส่วนของโรคที่ต้องติดตามรักษา (ประเภท 2) สะท้อนถึงอุบัติการณ์ของโรคนี้ในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลคริสเตียนที่อำเภอสังขละบุรีได้รับทุนจากกองทุนโลก (The Global Fund) ให้จัดทำโครงการป้องกันและรักษาวัณโรคแก่คนต่างชาติในพื้นที่ ตามแผนงานวัณโรคตามชายแดน

ด้านการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่พบแม้มีจำนวนไม่มากนัก แต่เมื่อคิดเป็นสัดส่วนกับแรงงานข้ามชาติหญิงที่มาตรวจสุขภาพทั้งหมด จะพบว่าค่อนข้างสูงทีเดียว คือ คิดเป็นประมาณร้อยละ 2 – 2.5 ของแรงงานข้ามชาติเพศหญิงที่มาตรวจสุขภาพทั้งหมด[6] ซึ่งถ้ารวมผู้ที่ไม่กล้ามาตรวจสุขภาพเพราะกลัวการถูกส่งกลับถ้าตรวจพบว่าตั้งครรภ์แล้ว จำนวนที่แท้จริงของหญิงที่ตั้งครรภ์น่าจะมากกว่าจำนวนในสถิติที่รายงานไว้มาก

นอกจากนี้ จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพของแต่ละปีจะมากกว่าจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มารับการตรวจสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงานมาก ตัวอย่างเช่น ใน ปี 2547 มีการออกบัตรประกันสุขภาพจำนวนทั้งหมด 10,723 บัตร ขณะที่การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งหมดที่มีการรายงานในปี 2547 มีจำนวนเพียง 5,307 ราย ต่างกันถึง 5,416 คน (ตารางที่ 4.8) ตัวเลขที่ต่างกันนี้ ส่วนหนึ่งเนื่องจากตัวเลขจำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดกาญจนบุรีนั้นจะคิดตามปีงบประมาณ เพื่อให้สะดวกในการจัดการด้านการเงินของทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขณะที่จำนวนการตรวจสุขภาพในปี 2547 นั้นระบุว่าไม่รวมการตรวจสุขภาพในเดือนกันยายน–พฤศจิกายน 2547

[5] การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ต้องการควบคุมโรคติดต่อ เพื่อไม่ให้แรงงานเป็นผู้แพร่เชื้อ และเป็นภาระในการรักษาพยาบาลแก่สังคมไทย การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบนั้น แบ่งการตรวจเป็น 4 ประเภท คือ ประเภท 1 พบผลการตรวจปกติ ประเภท 2 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา ประเภท 3 พบโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน และประเภท 4 พบว่า ตั้งครรภ์ (เฉพาะผู้หญิง) ผู้ที่มีผลการตรวจอยู่ในประเภท 3 จะได้รับการรักษา และผลักดันกลับประเทศต้นทาง ส่วนประเภท 4 ให้แจ้งนายจ้างเพื่อพิจารณาว่าจะจ้างหรือไม่

[6] แรงงานข้ามชาติเพศหญิงที่มาตรวจสุขภาพในปี 2547 มีทั้งหมด 2,086 คน ปี 2548 มีทั้งหมด 5,318 คน

อีกเหตุผลหนึ่งซึ่งอาจเป็นเหตุผลสำคัญมากกว่า ก็คือ ในจังหวัดกาญจนบุรีนั้น บัตรประกันสุขภาพไม่ได้จำกัดการขายให้แก่แรงงานข้ามชาติที่มาตรวจสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงานเท่านั้น แต่ยังขายให้แก่ผู้ติดตามของแรงงานข้ามชาติ และผู้ที่ถือบัตรสีประเภทต่างๆ ที่อยู่ในจังหวัดด้วย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบัตรทอง และไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก[7] (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548: 44 และจากการโทรศัพท์สอบถามจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพ สสจ. กาญจนบุรี เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2550) ซึ่งการดำเนินการลักษณะนี้จะช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของทางสถานรักษาพยาบาลในจังหวัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ หรือไม่มีค่ารักษา จึงทำให้จำนวนการทำบัตรประกันสุขภาพมากกว่าจำนวนการมาตรวจสุขภาพเพื่อขออนุญาตทำงาน

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนและอัตราการป่วยและการตายจากโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ระหว่างคนไทย และแรงงานข้ามชาติ ในตารางที่ 4.9 (ปี 2547) และตารางที่ 4.10 (ปี 2548) พบว่า โรคที่แรงงานข้ามชาติมีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าคนไทยมาก 4 อันดับแรกทั้งสองปี คือ มาลาเรีย อุจจาระร่วง ปอดบวม และไข้ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนอันดับ 5 ในปี 2547 เป็นวัณโรค และ ปี 2548 เป็น ไข้เลือดออก โดยโรคที่พบในแรงงานข้ามชาติสูงมากกว่าคนไทยหลายเท่าตัว คือ โรคมาลาเรีย โดยในปี 2547 มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าคนไทยถึง 44 เท่า และในปี 2548 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 84 เท่า สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อาจขาดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค หรือการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ ส่งผลทำให้มีการติดเชื้อที่สูงมาก ซึ่งการป่วยด้วยโรคมาลาเรียในจังหวัดกาญจนบุรีนั้นพบว่า คนไทยมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงเช่นกัน ทั้งนี้เพราะพื้นที่ของกาญจนบุรีมีลักษณะภูมิประเทศ และภูมิอากาศที่อำนวยต่อการแพร่ระบาดของโรค

สำหรับโรคอื่นๆนั้น พบความแตกต่างไม่มากนักระหว่างคนไทยและต่างชาติ โดยโรคปอดบวม และไข้ไม่ทราบสาเหตุ แรงงานข้ามชาติจะมีอัตราการป่วยมากกว่าคนไทยประมาณ 5 เท่า ในปี 2547 และเพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่า ในปี 2548 สำหรับการตายจากโรคในระบบเฝ้าระวังนั้นโดยภาพรวมการตายทั้งของคนไทยและต่างชาติจะมีน้อยหรือไม่มีเลยทั้งสองปี ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะมาจากระบบการเฝ้าระวังและดูแลรักษาของไทยที่สามารถรักษาโรคได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต

ตารางที่ 4.9: จำนวน และอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ด้วยโรคต่าง ๆ ในระบบเฝ้าระวัง ต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547

โรค	ไทย				ต่างชาติ			
	ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้กาฬหลังแอ่น	2	0.2	1	0.1	1	6.7	0	0.0
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	1,900	234.5	0	0.0	188	1251.2	0	0.0
ไข้เลือดออก	764	94.3	3	0.4	22	146.4	0	0.0
ฉี่หนู	8	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อุจจาระร่วง	14,874	1835.7	0	0.0	522	3474	0	0.0
ไทฟอยด์	21	2.6	0	0.0	1	6.7	0	0.0

[7] ในรายงานของ กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2548) ระบุว่าเป็นข้อตกลงร่วมกับทางมหาดไทยเฉพาะกับอำเภอสังขละบุรีเท่านั้นเพื่อออกเป็นบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้พลัดถิ่น มี 2 แบบ คือ แบบครอบครัวและแบบบุคคล แบบบุคคล ราคา 700 บาทต่อ 1 คน แบบครอบครัว คือ มีพ่อ แม่ ลูกอายุไม่เกิน 15 ปี ไม่เกิน 3 คน รวมแล้วไม่เกิน 5 คน ต่อครอบครัว ราคา 1,000 บาท โดยสามารถไปใช้บริการได้ที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลสังขละบุรี มีการแบ่งเปอร์เซ็นต์ให้อำเภอ 10 % สาธารณสุขอำเภอ 20 % ที่เหลือทางโรงพยาบาลได้ ซึ่งเงินจำนวนนี้ได้ช่วยแบ่งเบาภาระแก่ทางโรงพยาบาลด้านเวชภัณฑ์ต่างๆ แต่ไม่มีการตามไปจ่ายถ้ามีการส่งต่อ จะจ่ายเฉพาะค่าส่งต่อเท่านั้น

ตารางที่ 4.9: (ต่อ)

โรค	ไทย				ต่างชาติ			
	ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ปอดบวม	1,894	233.8	0	0.0	201	1337.7	0	0.0
มาลาเรีย	1,551	191.4	0	0.0	1,280	8518.6	1	6.7
เรื้อน	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
วัณโรค	308	38.0	0	0.0	30	199.7	0	0.0
สครับไทฟัส	11	1.4	0	0.0	5	33.3	0	0.0
หัด	50	6.2	0	0.0	1	6.7	0	0.0
อาหารเป็นพิษ	1,014	125.1	0	0.0	19	126.4	0	0.0
ฆ่าตัวตาย	35	4.3	0	0.0	2	13.3	0	0.0
แผลริมอ่อน	3	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หนองใน	96	11.8	0	0.0	2	13.3	0	0.0
หนองในเทียม	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ซิฟิลิส	3	0.4	0	0.0	10	66.6	0	0.0

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, www.epid.moph.go.th/dssur/index.htm)

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในตารางนี้ คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วย จำนวนคนตายหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ปี 2547 ที่มีจำนวน 810,265 คน และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วย จำนวนคนตายหารจำนวนที่มาจดทะเบียนในจังหวัดปี 2547 ที่มีจำนวน 15,026 คน

ตารางที่ 4.10: จำนวน และอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย ด้วยโรคต่าง ๆ ในระบบเฝ้าระวัง ต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2548

โรค	ไทย				ต่างชาติ			
	ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้กาฬหลังแอ่น	2	0.2	0	0.0	2	16.4	0	0.0
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	1,983	240.0	0	0.0	218	1783.1	0	0.0
ไข้เลือดออก	659	79.8	2	0.2	47	384.4	0	0.0
ฉี่หนู	3	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อุจจาระร่วง	15,806	1913.2	0	0.0	681	5570.1	0	0.0
ไทฟอยด์	9	1.1	0	0.0	3	24.5	0	0.0
ปอดบวม	2,323	281.2	1	0.1	247	2020.3	1	8.2
มาลาเรีย	1,006	121.8	4	0.5	1,250	10224.1	0	0.0
เรื้อน	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ตารางที่ 4.10: ต่อ

โรค	ไทย				ต่างชาติ			
	ป่วย		ตาย		ป่วย		ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
วัณโรค	232	28.1	0	0.0	37	302.6	0	0.0
สครับไทฟัส	6	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หัด	74	9.0	0	0.0	27	220.8	0	0.0
อาหารเป็นพิษ	1,038	125.6	0	0.0	44	359.9	0	0.0
ฆ่าตัวตาย	27	3.3	2	0.2	1	8.2	0	0.0
แผลริมอ่อน	3	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หนองใน	58	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
หนองในเทียม	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ซิฟิลิส	6	0.7	0	0.0	1	8.2	0	0.0

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, www.epid.moph.go.th/dssur/index.htm)

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในตารางนี้ คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วย จำนวนคนตายหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ปี 2548 ที่มีจำนวน 826,169 คน และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วย จำนวนคนตายหารจำนวนที่มาจดทะเบียนในจังหวัดปี 2548 ที่มีจำนวน 12,226 คน

4.5.2 การดำเนินงานด้านสุขภาพแก่คนต่างชาติในจังหวัดกาญจนบุรี

เนื่องจากจังหวัดกาญจนบุรี มีพื้นที่ทั้งส่วนที่เป็นชายแดนติดกับประเทศพม่า และพื้นที่ส่วนที่ไม่ติดชายแดนโดยอยู่ห่างออกมา พื้นที่ของจังหวัดจึงสามารถแยกออกเป็น พื้นที่ที่มีประชากรต่างชาติ (ผู้ถือบัตรสีและแรงงานข้ามชาติ) จำนวนมากซึ่งเป็นพื้นที่ที่เป็นเขตชายแดนโดยตรง และพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรต่างชาติจำนวนน้อยกว่า จำนวนประชากรต่างชาติที่แตกต่างกันย่อมส่งผลกระทบหรือปัญหาที่แตกต่างกันด้วย และจะส่งผลต่อมาตรการและการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชากรต่างชาติแตกต่างกันตามมา

ในระดับจังหวัดพบว่า แผนแม่บทและแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดเองก็ยังไม่ชัดเจน การดำเนินงานในการให้บริการแก่ประชากรต่างชาติจะขึ้นอยู่กับสถานบริการทางสาธารณสุขแต่ละแห่งว่ามีการดำเนินการเชิงรับหรือเชิงรุกอย่างไร ตัวอย่างที่ โรงพยาบาลสังขละบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่ต้องให้บริการแก่คนต่างชาติจำนวนมากทั้งที่เป็นคนต่างชาติหรือผู้ถือบัตรสี และแรงงานข้ามชาติ ได้เคยจัดทำโครงการต่างๆ ในลักษณะเชิงรุก เพื่อช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของคนต่างชาติ เช่น โครงการฝากครรภ์ตลอดและจะได้คลอดฟรี และการจ้างล่ามเพื่อช่วยในการรักษาพยาบาลประชากรต่างชาติที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล (กฤตยา และพันธุ์ทิพย์ 2548: 44, 40) อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในเวลาต่อมา พบว่า โครงการนี้ได้ถูกยกเลิกไปแล้ว หลังจากประเมินผลแล้วพบว่า ไม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้มาฝากครรภ์ได้ จึงเปลี่ยนวิธีการทำงานมาเน้นที่การให้การศึกษาด้านสุขภาพแทน (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังขละบุรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549)

นอกจากนี้การดำเนินงานบางครั้งก็ต้องหาวิธีการเพื่อให้การทำงานเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เช่น จากการสัมภาษณ์กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการที่รับผิดชอบงานกามโรคและเอดส์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่า ทางกลุ่มงานฯได้จัดทำแผ่นพับความรู้โรคเอดส์ การป้องกัน และการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ ที่มีทั้งภาษาไทย และภาษาพม่าในเอกสารเดียวกัน เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติ การจัดทำก็ให้คนต่างชาติที่ใช้ภาษาพม่าเป็นผู้แปลให้

ขณะที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งอยู่ในตัวจังหวัดไม่มีนโยบายหรือมีโครงการพิเศษใดๆ ในการให้บริการประชากรกลุ่มนี้ มีเพียงการให้การรักษาพยาบาลผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น และในการรักษาหากมีปัญหาเรื่องภาษาก็อาศัยคนต่างชาติด้วยกันเป็นล่ามให้ (จากการสัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายพยาบาลผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549) ส่วนหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลยังทำงานในลักษณะเชิงรับอยู่ น่าจะเป็นเหตุผลที่ว่า คนต่างชาติที่มารับบริการที่นี่มีจำนวนที่ไม่มากนัก ทางโรงพยาบาลมีคนไข้ที่เป็นคนไทยมากกว่า เพราะทางโรงพยาบาลจะรับคนไข้ทุกคนที่มาขอรับบริการ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลอื่นที่รับเฉพาะคนไข้ที่ถูกส่งต่อมาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หัวหน้าฝ่ายพยาบาลผู้ป่วยนอก เห็นว่า แรงงานข้ามชาติถือว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในการทำงานเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2550 จึงมีแผนการทำงานเชิงรุกที่จะจัดให้มีรถไปบริการยังชุมชนของแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในบริเวณพื้นที่รับผิดชอบของทางโรงพยาบาล

การไม่มีนโยบายที่ชัดเจนด้านสุขภาพของคนต่างชาติ และแรงงานข้ามชาติ ทำให้การดำเนินการดูแลรักษาคนกลุ่มนี้มีปัญหา โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ ทางผู้ให้บริการจึงต้องพยายามหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะเข้าใจดีว่า สุขภาพไม่ว่าของคนไทย หรือต่างชาติต่างก็ส่งผลกระทบต่อกัน ไม่สามารถที่จะแบ่งแยกหรือไม่รักษา อีกทั้งยังมีเรื่องของมนุษยธรรมด้วย แต่บางครั้งก็หวาดเกรงว่าสิ่งที่ดำเนินการไปอาจไม่ตรงกับนโยบายของรัฐ การให้บริการแก่คนต่างชาติจึงอาจไม่สมบูรณ์เท่ากับที่ให้กับคนไทย ทั้งๆที่ ปัญหาสุขภาพของคนต่างชาติ โดยเฉพาะโรคติดต่อบางโรค เช่น มาลาเรีย อุจจาระร่วง มีความรุนแรงกว่าที่เกิดในกลุ่มคนไทย

4.6 สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติมีความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางเข้ามาด้วยวิธีไม่ปกติ เช่น ลักลอบเข้ามา หนีภัยสงคราม หรือเข้ามาโดยกระบวนการค้ามนุษย์ (www.iom.int/jahia/page610.html) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ระบบการดูแลรักษาไปไม่ถึง อาจจะเป็นด้วยเหตุที่คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้ามาในระบบสาธารณสุขที่มีอยู่ หรือในทางกลับกันระบบสาธารณสุขที่มีอยู่เองก็ไม่สามารถเข้าถึงคนกลุ่มนี้ได้ง่ายนัก จึงส่งผลต่อตัวเลขของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นแรงงานข้ามชาติในตารางที่ 4.11 ที่พบว่าในจังหวัดกาญจนบุรีมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์น้อยมาก และอีกส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเหตุผลที่ตัวเลขเหล่านี้มาจากผู้ที่เข้ามารับการรักษาในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้น อย่างไรก็ตาม จากตัวเลขในตารางจะเห็นว่า ทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทย และต่างชาติ มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 4.11: จำนวนผู้ป่วยเอดส์คนไทย/ต่างชาติ (แยกตามสัญชาติ) ในจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2544–2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย	234	136	306	190	277	181	168	98	115	65
	พม่า	2	2	8	4	8	3	3	2	4	3
	ลาว	–	1	1	2	1	–	1	–	–	–
	กัมพูชา	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
พนักงานบริการ	ไทย	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	พม่า	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	ลาว	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	กัมพูชา	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.

ที่มา: ข้อมูลจากกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการที่รับผิดชอบงานกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2549
มข. = ไม่มีข้อมูล

อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลของโรงพยาบาลสังขละบุรี (เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549) ที่พบว่า ในปี 2548 โรงพยาบาลสังขละบุรี มีคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบทั้งหมด 53 คน โดยเป็นคนไทยเพียง 6 คน อีก 47 คนเป็นคนต่างชาติ ตัวเลขที่ต่างกับตัวเลขของทางจังหวัด ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการให้คำจำกัดความคนต่างชาติ(ด้าว) ของโรงพยาบาลที่จะรวมผู้ถือบัตรสีประเภทต่างๆ ด้วย ตัวเลขนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นว่า ***จำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มคนที่ถือว่าเป็นคนชายขอบของสังคมมีจำนวนมากกว่าคนไทย ถึงเกือบ 8 เท่า***

4.6.1 จำนวนพนักงานบริการและสถานบริการทางเพศ

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีความสัมพันธ์กับการขายและการซื้อบริการทางเพศ โดยเฉพาะถ้าไม่มีการป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ และเป็นบริการทางเพศลักษณะแอบแฝงที่ระบบสาธารณสุขของรัฐเข้าไปดูแลไม่ถึง ในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า จำนวนสถานบริการทางเพศ และพนักงานบริการทางเพศที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเก็บรวบรวมไว้ มีไม่มากนัก ดังที่ปรากฏในตารางที่ 4.12 ทำให้ข้อมูลการติดเชื้อกามโรคในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศจึงมีไม่มากตามมา (ตารางที่ 4.13) ซึ่งตัวเลขดังกล่าวน่าจะเป็นตัวเลขของผู้ให้บริการและสถานบริการทางเพศที่อยู่ในความดูแลของทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม หากดูสัดส่วนของพนักงานบริการทางเพศต่อจำนวนพนักงานเพศหญิงทั้งหมดที่ทำงานในสถานบริการ เมื่อแยกประเภทสถานบริการพบว่า ในปี 2547 สถานบริการที่เป็นร้านอาหารมีสัดส่วนพนักงานบริการทางเพศร้อยละ 18 ของพนักงานร้านอาหารทั้งหมดที่เป็นผู้หญิง แต่ลดลงเหลือร้อยละ 9 ในปี 2548 แต่จะพบสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในร้านคาราโอเกะ โดยมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 2547 เป็น ร้อยละ 35 ในปี 2548 สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของสถานบริการที่มีการให้บริการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงจากที่ให้บริการในร้านอาหารเป็นร้านคาราโอเกะมากขึ้น นอกจากนี้ ในสถานบริการที่เป็นการนวดแผนโบราณ แม้จะมีสัดส่วนของพนักงานบริการทางเพศเพียง ร้อยละ 12–13 แต่ในการขออนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติช่วงมติ ครม. 2548/1 พบว่ามีแรงงานข้ามชาติที่นายจ้างมาขออนุญาตทำงานในกิจการนวดแผนโบราณถึง ร้อยละ 5 หรือ 243 คน (ดูตารางที่ 4.4 ประกอบ) ดังนั้นในขณะที่ยังไม่มีตัวเลขของแรงงานข้ามชาติที่ให้บริการทางเพศ ตัวเลขของแรงงานข้ามชาติในกิจการนวดแผนโบราณอาจสะท้อนให้เห็นทางอ้อมถึงการเข้ามาทำงานในภาคบริการทางเพศของแรงงานข้ามชาติ ที่อาจมีบางส่วนที่ให้บริการทางเพศ

ตารางที่ 4.12: จำนวนสถานบริการ พนักงานหญิงในสถานบริการ และร้อยละของพนักงานบริการทางเพศ จำแนกตามสถานบริการในจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547-2548

ประเภทสถานบริการ	2547			2548		
	จำนวนสถานบริการทั้งหมด	จำนวนพนักงานหญิงทางเพศ[8]	ร้อยละของพนักงานบริการ	จำนวนสถานบริการทั้งหมด	จำนวนพนักงานหญิงทางเพศ	ร้อยละของพนักงานบริการ
ร้านอาหาร	25	197	18	23	216	9
คาราโอเกะ	12	67	12	14	75	35
นวดแผนโบราณ	11	253	12	11	259	13
สำนัก	7	80	100	7	74	100
บาร์เบียร์	3	22	0	4	21	33
อาบ อบ นวด	มข.	มข.	มข.	1	30	100
คาเฟ่	1	10	0	1	7	100

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (ปรับและคำนวณจากรายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2547 และ 2548, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

มข. = ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 4.13: จำนวนพนักงานบริการที่มีผลการตรวจกามโรคเป็นบวก (VDRL+) ปี 2547-2549

จำนวน	2547	2548	2549
ไทย	2	1	0
ต่างชาติ	1	1	1

ที่มา: ข้อมูลจากกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการที่รับผิดชอบงานกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2549.

ลักษณะสถานบริการในตารางที่ 4.12 ถือว่าเป็นสถานบริการทางเพศแบบแอบแฝง ซึ่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เองก็ชี้ให้เห็นว่า จังหวัดกาญจนบุรี มีการขายบริการทางเพศในลักษณะแอบแฝงอยู่จำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน บริเวณด่านพระเจดีย์สามองค์ อำเภอสังขละบุรี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐและเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่กล่าวตรงกันว่า มีสถานบริการทางเพศทั้งที่ในตัวอำเภอสังขละบุรี และที่ด่านพระเจดีย์สามองค์ (เรียกกันว่าข้างบน) ประมาณ 100 กว่าแห่ง โดยทั้งหมดเป็นการให้บริการแบบแอบแฝง ที่ทางเจ้าหน้าที่

[8] ร้อยละที่คำนวณในตารางเป็นสัดส่วนร้อยละของพนักงานบริการทางเพศในสถานบริการแต่ละประเภทต่อจำนวนพนักงานผู้หญิงทั้งหมดที่ทำงานในสถานบริการประเภทนั้นๆ

สาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปดูแลได้ สถานบริการมีลักษณะเป็นบ้านหลังๆ แต่ละหลังละมีหญิงบริการทางเพศ 7–10 คน จะมีหญิงบริการทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและในเขตพม่า

เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน ระบุว่า สถานบริการทางเพศที่ด่านพระเจดีย์สามองค์เป็นต่างชาติทั้งหมด โดยเป็นพม่า มอญ ทะวาย กระเหรี่ยง แขก และฟิลิปปินส์ คนพม่ามักมาจากร่างกุ้งที่มีเครือข่ายจัดส่งเข้ามา บางคนก็ถูกหลอกมา ส่วนสถานบริการที่ตัวอำเภอสังขละบุรีจะมีลักษณะเป็นบ้านเหมือนกัน หรือทำเป็นร้านคาราโอเกะ นอกจากนี้ยังมีการทำงานในลักษณะอิสระ ที่ไม่อยู่ในบ้านหลังใดหลังหนึ่ง แต่หาลูกค้าด้วยการแนะนำกันมา และจะไปที่บ้านพัก เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน เห็นว่า การทำงานลักษณะนี้ไม่ปลอดภัยเท่าอยู่กับบ้าน สำหรับการเข้าสู่อาชีพบริการทางเพศ ส่วนใหญ่ครั้งแรกจะถูกหลอกมา จากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว ถูกข่มขืนมาบ้าง

ผู้มาใช้บริการ มักเป็นพ่อค้า ที่มาค้าเฟอร์นิเจอร์ ค้าวัว คนในพื้นที่ (จากสังขละบุรี) ข้าราชการ ทหารต่างชาติ เจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชน ระบุว่า พนักงานบริการทางเพศจะชอบลูกค้าคนไทย เพราะคนไทยจะสุภาพและให้เกียรติมากกว่า แต่จะไม่ชอบลูกค้าต่างชาติโดยเฉพาะที่เป็นทหาร เพราะมักกระทำรุนแรง และไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย คนคุมสถานบริการจะคอยดูแลไม่ให้เกิดความรุนแรงกับพนักงานบริการที่มีอายุน้อย เพราะกลัวเด็กจะรับไม่ไหว ด้วยการเคาะประตูเรียกเมื่อครบกำหนดเวลาที่ซื้อไว้ ถ้าลูกค้าต้องการต่อเวลาก็จะให้คนอื่นแทน พบว่า ผู้ที่อายุน้อยที่สุด คือ 13 ปี สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยถ้าลูกค้าไม่ใช้จะไม่กล้าปฏิเสธ เพราะกลัวเสียลูกค้า และบางครั้งลูกค้าที่เป็นทหารต่างชาติก็จะขู่ด้วยปืน สำหรับ***ค่าบริการทางเพศ*** เริ่มจากราคา 200–400 บาทต่อ ครึ่งชั่วโมง ทั้งคืนจะราคา 700 บาท (การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่อำเภอสังขละบุรี เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2549)

การให้บริการทางเพศลักษณะแอบแฝง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพราะไม่มีระบบการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลรักษา ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทยเปิดเผยว่า บางครั้งจะมีหน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปตรวจ แต่กลุ่มคนเหล่านี้ก็มักจะหลบหนีหายไป เพราะกลัวการถูกจับกุม ด้วยเป็นการประกอบอาชีพที่ผิดกฎหมาย

4.6.2 การบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในจังหวัดกาญจนบุรี

ภาครัฐมีนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์บริเวณชายแดน โดยเน้นการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในบริเวณพื้นที่ชายแดน เป็นการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ที่จะระบาดเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน

หลักการดำเนินการโดยทั่วไป การประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มาขึ้นทะเบียน ตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพจะได้รับการคุ้มครองที่ครอบคลุมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีการให้ยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม แม้ว่านโยบายระดับชาติมีการห้ามให้บริการแก่ประชากรต่างชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งในระดับบริหาร คือ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จนถึงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ยอมรับว่ายังคงให้บริการแก่คนต่างชาติ แม้จะไม่มีบัตรประกันสุขภาพก็ตาม เพราะเป็นเรื่องของมนุษยธรรมที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยทุกคน โดยเฉพาะแม่ที่ติดเชื้อ เพื่อช่วยป้องกันการแพร่เชื้อไปยังลูก

การให้บริการดูแลแม่ติดเชื้อเอชไอวีต่างชาติ

น่าเสียดายว่า ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีตัวเลขหญิงตั้งครรภ์ต่างชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะ มีเพียงตัวเลขหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในจังหวัดโดยรวมเท่านั้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.14 เป็นตัวเลขการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้หญิงตั้งครรภ์ โดยตัวเลขนี้ทางสาธารณสุขจังหวัดได้มาจากรายงานที่สถานพยาบาลในจังหวัดส่งมาให้

ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเก็บรวบรวมไว้ เห็นได้ว่า สถานพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรีได้ดูแล ให้คำปรึกษาและให้ยาต้านไวรัสแก่แม่ที่ติดเชื้อทุกคนที่ตรวจพบ เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนผู้ที่มารับคำปรึกษาหลังตรวจพบว่าติดเชื้อและรับยาต้านไวรัสได้ลดลงจากจำนวนที่มาตรวจครรภ์ และมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนทารกที่ได้รับยาต้านไวรัส และการได้รับนมผสม ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเหตุผลของนโยบายให้ยาต้านไวรัสแก่เด็กทารกเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่หากแม่ไม่ใช่คนไทยก็ไม่มีสิทธิ์ได้ยาต้านไวรัส และอีกเหตุผลหนึ่งก็ คือ ถ้าผลของการตรวจเลือดมีค่า CD-4 สูงกว่า 200 หญิงผู้เป็นแม่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้อาจจะเป็นเหตุผลของการไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วย

ตารางที่ 4.14: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547-2549

	2547	2548	2549
หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี	103	72	54
จำนวนผู้ที่ได้รับคำปรึกษา pre-counseling	103	72	54
จำนวนผู้ที่ได้รับคำปรึกษา post-counseling	77	67	52
จำนวนที่ได้รับยาต้านไวรัส	77	67	50
จำนวนทารกที่ได้รับยาต้านไวรัส	100	70	51
จำนวนทารกที่ได้รับนมผสม	94	64	50

ที่มา: ข้อมูลจากกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการที่รับผิดชอบงานกามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2549.

อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีบทบาทในการให้การดูแลรักษาโดยตรง เช่น โรงพยาบาลสังขละบุรีที่ต้องให้บริการทั้งแรงงานข้ามชาติ และผู้ที่ถือบัตรสีประเภทต่างๆ พบว่า ทางโรงพยาบาลมีการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ต่างชาติที่มาคลอด โดยจะตรวจเลือดผู้ที่มาฝากครรภ์ก่อนคลอด เหตุผลหนึ่งก็เพื่อดูการติดเชื้อเอชไอวี (เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อแก่เจ้าหน้าที่ผู้ทำคลอด) นอกเหนือจากเหตุผลทางการแพทย์อื่นๆ ถ้ามาคลอดแบบกะทันหันซึ่งถ้าตรวจเลือดทัน ก็ตรวจดูเฉพาะการติดเชื้อ เอชไอวี (Rapid test) อย่างเดียว แต่ถ้าตรวจเลือดไม่ทันก็จะรอให้คลอดก่อนและตรวจเลือดทีหลัง โดยจะยังไม่ให้ลูกกินนมแม่จนกว่าจะแน่ใจว่าแม่ไม่ติดเชื้อ

หากพบว่าแม่ติดเชื้อก็จะให้ยาต้านไวรัสแก่ลูก (AZT) ฟรี โดยเด็กจะได้รับยาติดต่อกันหนึ่งเดือนครึ่ง แต่ถ้าแม่มาฝากท้องและได้รับยา AZT มาแล้ว 4 สัปดาห์ก่อนคลอด เด็กก็จะได้รับยา AZT ต่ออีกเพียง 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นก็จะติดตามดูผล ซึ่งการให้ยา AZT นี้เป็นการช่วยเหลือตามโครงการช่วยเหลือของกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่เด็กได้รับ AZT ครบหนึ่งเดือนครึ่งแล้ว ถ้าเด็กติดเชื้อที่มีระดับ CD-4 ต่ำกว่า 200 ต้องได้รับ ARV ต่อ เด็กที่ติดเชื้อส่วนหนึ่งจะมี NGOs ดูแลช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่อให้ เพราะตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขการให้ยาต้านไวรัส ARV นั้นจะให้เฉพาะคนไทยเท่านั้น

องค์กรพัฒนาเอกชนที่ให้การช่วยเหลือการสนับสนุนให้ ARV แก่ผู้ติดเชื้อ (ที่มีระดับ CD-4 ต่ำกว่า 200) ในอำเภอสังขละบุรี ได้แก่ ARC (American Refugee Committee) และมูลนิธิคริสตจักร ซึ่งในขณะนี้มีอยู่ 16 คน ที่ NGOs ช่วยเหลือให้ ARV แยกเป็นคนไทย 5 คน ต่างชาติ 11 คน (ที่รวมทั้งเด็กและผู้ใหญ่) ส่วนทางโรงพยาบาลจะดูแลให้ความสะดวกด้านอื่น เช่น การตรวจเลือด เป็นต้น (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังขละบุรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549)

4.6.3 นโยบายของรัฐมีผลมากน้อยเพียงใดต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน

การปรับโครงสร้างการรับผิดชอบงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้มีการย้ายโอนการรักษาพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปให้โรงพยาบาลทำแทน พบว่ามีผลกระทบค่อนข้างมากต่องานควบคุมกามโรคและเอดส์ของจังหวัดกาญจนบุรี จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549) ที่ได้แสดงทัศนะว่า การที่นโยบายใหญ่ไม่ชัดเจนไม่มีการกำหนดขอบเขตงานที่ชัดเจนแน่นอน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนในงานรับผิดชอบของตนว่าควรครอบคลุมแค่ไหนนอกจากนี้งบประมาณที่เดิมได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขก็จะลดลงเหลือเพียง 1 ใน 4 ของที่เคยได้รับ และบทบาทหน้าที่ในงานที่เกี่ยวข้องกับงานกามโรคและเอดส์ของทางสาธารณสุขจังหวัดก็ถูกปรับให้เน้นการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพอนามัย แทน โดยคลินิกกามโรคเดิมจะเน้นการให้คำปรึกษา และการให้ยาบางตัวเท่านั้น ส่งผลทำให้พนักงานบริการทางเพศไม่กล้าไปตรวจและรับการรักษาที่โรงพยาบาล เพราะมีเงื่อนไขของเวลาที่จะไปรับการรักษาและความรู้สึกที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัว

อย่างไรก็ตาม มีการประสานงานกับทางโรงพยาบาลในการตรวจเลือดแรงงานข้ามชาติที่มารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจะจัดส่งเลือดที่สุ่มไว้มาให้ทางหน่วยงานตรวจ โดยใน ปีหนึ่งๆ ตกประมาณ 400–500 คน และในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ติดเชื้อ ประมาณ ร้อยละ 2 จากตัวอย่างเลือดที่ทางโรงพยาบาลสุ่มมาทั้งหมด ซึ่งในส่วนนี้ทางโรงพยาบาลพหลฯ ระบุว่าทางโรงพยาบาลไม่เคยได้รับผลการตรวจจากทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานที่ขาดระบบการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานในตัวจังหวัดเอง และยังสะท้อนให้เห็นถึงความไม่ชัดเจนในการทำงานของหน่วยงานต่างๆ เช่น ควรส่งผลตรวจไปทางโรงพยาบาลเพื่อให้ทางโรงพยาบาลติดตามและให้บริการรักษาผู้ติดเชื้อ เพราะเป็นภาระหน้าที่โดยตรงของทางโรงพยาบาล

4.7 นโยบายรัฐกับสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของคนต่างชาติในจังหวัดกาญจนบุรี คือ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากบริบททางวัฒนธรรมทั้งของคนต่างชาติ และของแรงงานข้ามชาติ เช่น ความต้องการมีบุตรหลายคน การคลอดกับหมอตำแย เพราะความเชื่อ และข้อจำกัดด้านภาษาการสื่อสาร และค่าใช้จ่าย มีผลทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น อัตราการคลอดสูง การตายคลอด เด็กที่คลอดออกมาไม่สมบูรณ์ มีน้ำหนักน้อย และการทำแท้ง เป็นต้น

4.7.1 การฝากครรภ์และการคลอด

ผู้ให้ข้อมูลทั้งจากหน่วยงานราชการและหน่วยงานของเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขของคนต่างชาติ กล่าวตรงกันว่า จำนวนประชากรต่างชาติที่มาฝากครรภ์จะน้อยกว่าที่ตั้งครรภ์จริงมาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ไม่ได้ทำประกันสุขภาพ แม้แต่ทางโรงพยาบาลสังขละบุรีที่มีโครงการฝากครรภ์ครบกำหนดแล้วคลอดฟรี ก็ต้องหยุดโครงการนี้หลังจากดำเนินการมาได้เพียง 1 ปีเท่านั้น เนื่องจากจำนวนผู้มาฝากครรภ์มีน้อยมาก เหตุผลส่วนหนึ่ง เป็นเพราะคนต่างชาติเหล่านี้รู้ว่า แม้ไม่ได้เข้าโครงการ แต่ถ้ามาคลอด ทางโรงพยาบาลก็ต้องทำคลอดให้อยู่แล้ว

ตัวเลขในตารางที่ 4.15 เป็นตัวเลขที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีรวบรวมจากรายงานที่สถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดส่งมาให้ พบว่า ถ้าเทียบกับจำนวนเด็กเกิดมีชีพ การคลอดของหญิงต่างชาติ เกือบร้อยละ 100 เป็นการคลอดกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีเพียงประมาณร้อยละ 1–2 ที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม และไม่มีการคลอดจากหมอตำแยที่เป็นเพื่อนบ้านชาวต่างชาติเลย

ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานช่วยเหลือคนต่างชาติด้านเอดส์ในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ระบุว่า คนต่างชาติยังมีแนวโน้มไปคลอดกับหมอตำแยที่เป็นคนเชื้อชาติเดียวกัน ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความเชื่อและความคุ้นเคยกับการคลอดของหมอตำแยที่ประชากรต่างชาติเหล่านี้ให้ความไว้วางใจและให้ความรู้สึกที่ไม่แปลกแยกจากสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และยังมีอุปสรรคของสื่อสารที่ไม่สามารถสื่อความต้องการของตนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทยได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายในการคลอดที่ถูกกว่า โดยในหมู่บ้านหนึ่งๆ จะมีหมอตำแย 2-3 คน โดยหญิงคนใดหรือบ้านไหนครอบครัวไหนเคยทำคลอดกับหมอคนไหนก็จะทำกับหมอคนเดิมตลอด ประสบการณ์ของหมอตำแยแต่ละคนจะแตกต่างกัน บางคนเคยทำคลอดมามากกว่า 400 คน (เอกสารของมูลนิธิพัฒนรักษ์) ซึ่งข้อมูลของทางองค์กรพัฒนาเอกชน น่าจะมีส่วนถูกต้อง เพราะลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนเป็นการเข้าไปทำงานในลักษณะเชิงรุกกับชุมชนคนต่างชาติ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ขององค์กรส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีเชื้อชาติเดียวกับคนต่างชาติ การให้ข้อมูลต่างๆ จากคนต่างชาติที่ให้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์กรจึงน่าจะเป็นความจริง ส่วนข้อมูลของทางจังหวัดนั้นมาจากข้อมูลของผู้มารับบริการจากทางโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น จึงไม่มีข้อมูลของผู้ตั้งครรภ์ที่ใช้บริการจากหมอตำแย จึงอาจกล่าวได้ว่าในขณะที่มีคนต่างชาติจำนวนหนึ่งได้ไปใช้บริการการคลอดกับสถานพยาบาลของภาครัฐ แต่ก็ยังมีคนต่างชาติอีกส่วนหนึ่งยังไปใช้บริการจากหมอตำแยที่เป็นคนชาติเดียวกันอยู่

ตารางที่ 4.15: จำนวนคนต่างชาติที่มารับบริการวางแผนครอบครัว เด็กเกิดมีชีพ และการมาคลอดบุตร จากบุคคลากรประเภทต่าง ๆ ปี 2547 และ 2548

รายการ	2547	2548
จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ทุกวิธี	1,872	2,155
1. จำนวนผู้มาฝากครรภ์	มข.	มข.
2. จำนวนผู้ไม่ฝากครรภ์	มข.	มข.
3. เด็กเกิดมีชีพ	1,340	1,744
4. หญิงต่างด้าวคลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	1,318	1,746
5. หญิงต่างด้าวคลอดบุตรโดยผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	22	17
6. หญิงต่างด้าวคลอดบุตรโดยหมอตำแย/เพื่อนบ้านชาวต่างด้าว	0	0
7. หญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	0	1
8. หญิงต่างด้าวที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตร	224	238
9. หญิงต่างด้าวที่ทำแท้ง	มข.	มข.

ที่มา: รายงานข้อมูลประชากรต่างด้าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2546-เดือนกันยายน 2547) และปี 2548 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2547-เดือนกันยายน 2548)
มข. = ไม่มีข้อมูล

นอกจากนี้ จำนวนคนต่างชาติที่มาคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ จะขึ้นกับจำนวนประชากรต่างชาติในพื้นที่เป็นสำคัญด้วยเช่นกัน เช่น ที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด และรับคนไข้จากทุกที่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในส่วนของผู้ป่วยนอก ประเมินว่า มีคนต่างชาติที่มาคลอดที่โรงพยาบาล ประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้มาคลอดทั้งหมด ซึ่งไม่มากนัก (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2549) ในขณะที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสังขละบุรี ระบุว่า แม้คนต่างชาติไม่มาฝากครรภ์ แต่มักมาคลอดที่โรงพยาบาล จากสถิติการคลอดในปี 2547 และ ปี 2548 พบว่า มีจำนวนผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลที่เป็นหญิงต่างชาติ มากกว่าคนไทยทั้ง 2 ปี (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังขละบุรี ปี 2547 และ 2548

ปี	จำนวนผู้มาคลอด	
	คนไทย	คนต่างชาติ
2547	94	486
2548	95	491

ที่มา: โรงพยาบาลสังขละบุรี ณ วันที่ 23 สิงหาคม 2549.

การคลอดกับหมอตำแย ทำให้แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีโอกาสที่จะได้รับยาต้านไวรัส นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรต่างชาติที่ซื้อบัตรสุขภาพก็ไม่นิยมเข้ารับบริการตามสิทธิเช่นกัน ด้วยอาจจะไม่รู้ถึงสิทธิของตน หรือยังมีความคิดความเชื่อเหมือนคนอื่นๆ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2548: 23) การไม่ฝากครรภ์และไม่มาคลอดกับสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ประชากรต่างชาติไม่ได้รับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก โอกาสของเด็กที่จะติดเชื้อจึงมีมาก

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลสังขละบุรี (เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549) พบว่า เนื่องจากยังมีการไปใช้บริการหมอตำแยของคนต่างชาติ ทางโรงพยาบาลจึงได้มีการช่วยเหลือให้การคลอดมีความปลอดภัยมากขึ้น ด้วยการให้กล่องเครื่องมือ อุปกรณ์การคลอดแก่หมอตำแย โดยในกล่องจะมี กรรไกรตัดสายสะดือ เชือกผูกสายสะดือ ถุงมือ สบู่ เพื่อให้การคลอดปลอดภัยมากขึ้น

7.4.2 จำนวนบุตรและการคุมกำเนิด

ขณะที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังขละบุรี ระบุว่า คนต่างชาติที่อำเภอสังขละบุรียังมีการตั้งครรภ์สูง "เดี๋ยวก็ท้อง เดี๋ยวก็ท้อง" ซึ่งเป็นการ "มีลูกเผื่อตาย" เพราะมีการตายของทารกสูง โดยเฉพาะภาวะสมองขาดออกซิเจนระหว่างคลอด หรือเด็กเกิดมามีน้ำหนักน้อย แต่เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน กล่าวว่า คนรุ่นแม่เท่านั้นที่ยังมีลูกหลายคน คนรุ่นลูกมีลูกเพียง 2–3 คน เท่านั้น

สำหรับการคุมกำเนิดพบว่า ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาคุมกำเนิด แต่คนรุ่นเก่าๆ ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย เพราะมีทัศนะคติว่า ถุงยางอนามัยใช้กับหญิงบริการทางเพศ (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2549) และไม่นิยมทำหมัน เพราะมีความคิดว่า ในอนาคต ถ้าต้องการมีลูกอีกก็สามารถมีได้ แม้แต่เจ้าหน้าที่ขององค์กรเอกชนที่รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์เองก็เห็นว่า ถ้าคนต่างชาติที่อายุยังไม่ถึง 25 ปี และอยากจะทำหมัน ตนก็จะขอให้ชะลอไว้ก่อน

สำหรับการทำแท้ง เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน กล่าวว่า ถ้าต้องการทำแท้งมักไปหาหมอตำแย ที่พบว่าไม่ได้รับทำทุกคน มีเพียงบางคนที่รับทำเพื่อรายได้ ผลการทำแท้ง บางคนก็ติดเชื้อ บางคนถ้าทำไม่สำเร็จก็ต้องรอให้คลอดและให้ลูกแก่คนอื่นไป วิธีการทำแท้งที่ เจ้าหน้าที่เล่าให้ฟัง คือ ใช้ขนไก่ใส่ในมดลูก บางคนใช้มันสำปะหลังที่เหลาแล้วใส่ในช่องคลอด ราคาที่ทำแท้งคิดตามจำนวนเดือนที่ตั้งครรภ์

4.7.3 การให้วัคซีนเด็กต่างชาติ

หากหญิงตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นคนไทย หรือต่างชาติมาคลอดที่สถานพยาบาลของรัฐ เด็กที่คลอดมาทุกคนจะได้รับวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ วัณโรค ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก และโปลิโอ และจะได้รับการนัดหมายเพื่อรับวัคซีนเมื่อถึง

กำหนดครั้งต่อๆ ไป หรือหากมารับบริการที่โรงพยาบาลไม่สะดวกก็แนะนำให้ไปรับวัคซีนที่สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้เคียง อย่างไรก็ตาม มีวัคซีนบางชนิดที่ไม่ได้ให้บริการฟรี คือ วัคซีนป้องกันไวรัสตับบี และป้องกันไวรัสเจ เนื่องจากมีราคาแพง ตารางที่ 4.17 เป็นการแสดงภาพให้เห็นว่า เด็กต่างชาติได้รับวัคซีนพื้นฐานโดยเฉพาะวัคซีนวัณโรค ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก เพิ่มขึ้นมาก ในช่วงปี 2547 และ 2548

ตารางที่ 4.17: จำนวน / ร้อยละของเด็กต่างชาติที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปี 2547 และ 2548

ชนิดวัคซีน	2547	2548
	จำนวน	จำนวน
วัณโรค (BCG)	314	2,305
ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก (DTP)		
โปลิโอ (OPV)		
ครั้งที่ 1	14,735	11,007
ครั้งที่ 2	15,019	10,815
หัด	มข.	มข.

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี .2549.

มข. = ไม่มีข้อมูล

4.8 การบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติของจังหวัดกาญจนบุรี

ในการบริหารจัดการเงินประกันสุขภาพที่ได้จากแรงงานข้ามชาติของจังหวัดกาญจนบุรีนั้น เงินประกันสุขภาพที่ได้ทั้งหมดจะนำมาไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเงินในส่วนของการส่งเสริมและป้องกันโรคจำนวน 206 บาท นั้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นผู้นำไปใช้ดำเนินการ สำหรับเงินส่วนค่าบริการทางการแพทย์ (964 บาท) ทางสถานพยาบาลที่ให้บริการจะต้องทำรายงานส่งมาให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทางสาธารณสุขจังหวัดจะจัดสรรเงินในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์ให้ตามรายงานที่ส่งมา ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกล่าวชัดเจนว่าจัดส่งเงินให้ตามผลงานตามที่ใช้จริง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติไปยังสถานบริการที่ต้องดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติจำนวนมากได้ เพราะบางสถานรักษาพยาบาลมีจำนวนการทำบัตรประกันสุขภาพมาก แต่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติมารับบริการน้อยกว่าที่ทำประกันมาก เช่น ที่โรงพยาบาลพหลฯ ในขณะที่บางแห่งมีการทำบัตรประกันสุขภาพน้อย แต่ต้องดูแลสุขภาพคนต่างชาติจำนวนมาก เช่น ที่โรงพยาบาลสังขละบุรี และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่ดูแลการจัดส่งรายงานของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า จะได้เงินจากทางสำนักงานสาธารณสุขตอนสิ้นสุดปีงบประมาณ และได้รับตามจำนวนเงินที่ใช้ในการรักษาจริงตามที่รายงานส่งไป

สำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ จากตารางที่ 4.18 พบว่าทางจังหวัดกาญจนบุรีต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่ไม่มีบัตรสุขภาพและมารับการรักษาฟรีมากกว่าเงินที่ได้รับจากการรักษาพยาบาลผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ รวมกับผู้ไม่มีบัตรสุขภาพแต่เสียค่าใช้จ่ายเอง โดยในปี 2547 ต้องเสียค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาลฟรีเป็นจำนวนเงิน 9.4 ล้าน และเพิ่มขึ้น 1 เท่า คือเป็น 18 ล้านในปี 2548 ซึ่งมากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพรวมกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปกับผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายเองเสียอีก เช่น ในปี 2548 ใช้ไปประมาณ 16.5 ล้าน

ตารางที่ 4.18: ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติ จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2547-2548 จำแนกตามประเภทของแรงงานข้ามชาติ

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	4,703	9,158	45,111	50,971	35,076	25,088
ค่าใช้จ่าย	615,946	1,799,619	2,448,592	4,217,125	5,161,676	4,880,036
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	131	197	54	83	147	194
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	535	1,212	1,484	2,214	3,948	2,579
จำนวนวัน	1,688	4,160	7,411	18,217	10,715	6,862
ค่าใช้จ่าย	1,620,093	6,401,851	6,959,886	13,798,145	4,090,879	3,443,054
เฉลี่ย (บาท/คน)	3,028	5,282	4,690	6,232	1,036	13,350
เฉลี่ย (บาท/วัน)	3.2	3.4	5	8.2	2.7	2.7
รวมค่าใช้จ่าย	**2,236,039**	**8,201,470**	**9,408,478**	**18,015,270**	**9,252,555**	**8,323 ,090**

ที่มา: รายงานข้อมูลประชากรต่างด้าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2546 – เดือนกันยายน 2547) และ ปี 2548 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2547 – เดือนกันยายน 2548

ดังที่เคยกล่าวไว้แล้วว่า จังหวัดกาญจนบุรี มีการขายบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้ที่ถือบัตรสีประเภทต่างๆ ด้วยเนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้ามาอยู่ในระบบประกันสุขภาพของไทยได้เพราะไม่มีสัญชาติไทย หรือไม่มีหมายเลขประจำตัว 13 หลัก โดยเงินส่วนนี้สามารถช่วยทางสถานรักษาพยาบาลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนต่างชาติได้ จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพจึงไม่ได้ขึ้นกับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาขออนุญาตทำงานเพียงอย่างเดียว จากตารางที่ 4.19 เห็นได้ว่า ในปี 2545 มีจำนวนผู้ทำบัตรประกันสุขภาพที่ 1.2 หมื่นคน แต่ได้ลดลงเหลือเพียง 9,512 คนในปี 2546 อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ทำบัตรประกันสุขภาพก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2547 และ 2548 สำหรับปี 2549 เป็นการรายงานแค่เพียงเดือนมีนาคม จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับปีอื่นๆได้

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบจำนวนการออกบัตรในแต่ละปี กับจำนวนการมาใช้บริการของผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพในปีเดียวกัน จากตารางที่ 4.18 และตารางที่ 4.19 สะท้อนให้เห็นว่าทั้งปี 2547 และ 2548 มีจำนวนการมาใช้บริการของผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพทั้งในสถานะผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในน้อยกว่าจำนวนผู้ที่ทำบัตรประกันสุขภาพมาก เช่น ในปี 2547 มีผู้ทำบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด 10,723 คน (ตารางที่ 4.19) แต่มีผู้มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอกเพียง 4,703 ครั้ง (เป็นไปได้ว่าคนหนึ่งๆ อาจมารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง) และผู้ป่วยใน 535 คน (ตารางที่ 4.18) คิดง่ายๆ ว่าประมาณเพียงครึ่งเดียวของผู้ทำบัตรประกันสุขภาพที่มาใช้บริการ เหตุผลที่อธิบายได้ก็คือ ผู้ที่เป็นแรงงานข้ามชาติ

ไม่มาใช้บริการ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่มีปัญหาสุขภาพ (เพราะแรงงานเหล่านี้ มักเป็นผู้อยู่ในวัยทำงานที่ยังมีสุขภาพดี) หรืออาจไม่สะดวกที่มารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐที่เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาทำงานของแรงงานต่างชาติ

ตารางที่ 4.19: จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ และจำนวนเงินที่ได้จากการออกบัตรประกันสุขภาพ ปี 2545-มีนาคม 2549

ปีงบประมาณ	จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
2545	12,655	15,186,000
2546	9,519	11,422,800
2547	10,723	13,929,500
2548	18,083	23,507,900
2549 (มี.ค.)	463	601,900

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2550.

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีปรับแก้มาให้ เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2550 เมื่อส่งข้อมูลให้ตรวจดูความถูกต้อง โดยข้อมูลการออกบัตรประกันสุขภาพนี้ เป็นการรวบรวมตามปีงบประมาณ ไม่ใช่ตามช่วงเวลาที่แรงงานข้ามชาติมาขอต่อใบอนุญาตทำงาน

นอกจากนี้ หากมองภาพรวมในระดับจังหวัด จากตารางที่ 4.20 พบว่า เงินที่ได้รับในส่วนของการรักษาพยาบาลน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่มีบัตรสุขภาพ รวมกับค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่รักษาพยาบาลฟรี ทั้งในปี 2547 และ 2548 เช่น ค่าใช้จ่ายในปี 2548 มากกว่ารายได้ที่ได้รับมากถึง 8,781,836 บาท (ผลต่างของ 26,216,740 และ 17,434,904) เหตุผลส่วนหนึ่งน่ามาจากการที่แรงงานข้ามชาติไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ และอีกเหตุผลหนึ่งที่เป็นไปได้ ก็คือ ผู้มารับการรักษาฟรีน่าจะรวมถึงคนต่างชาติที่ถือบัตรสีต่างๆ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถมีบัตรทอง และมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีรายได้น้อยไม่พอที่จะเสียค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 4.20: รายได้และค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547-2548

	2547	2548
จำนวนบัตรประกันสุขภาพ	10,723	18,083
จำนวนเงินที่จัดสรรสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ (964 บาท)	10,336,972	17,432,012
รายได้ที่ได้จากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่จ่ายเงินเอง	9,252,555	8,323 ,090
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มีบัตรประกันสุขภาพ+รักษาพยาบาลฟรี)	11,644,517	26,216,740

ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2549. (คำนวณจากรายงานข้อมูลประชากรต่างด้าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2546 – เดือนกันยายน 2547) และปี 2548 (ข้อมูลเดือนตุลาคม ปี 2547 – เดือนกันยายน 2548))

4.9 บทบาทของภาคประชาสังคม

4.9.1 องค์กรพัฒนาเอกชนท้องถิ่นและนานาชาติ

ในจังหวัดกาญจนบุรีมีองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในท้องถิ่น และเป็นองค์กรระหว่างประเทศหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับประชากรต่างชาติ กิจกรรมที่ดำเนินการมีหลายรูปแบบ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ด้านสิทธิมนุษยชน ด้านการศึกษา โดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต่างกัน บางหน่วยงานทำงานกับเด็ก โดยแยกเป็นเด็กกำพร้า เด็กผู้ติดเชื้อ เด็กพิการ เช่น มูลนิธิพัฒนรักษ์ บ้านอุ่นรัก บ้านดาด้า บ้านดีดี้ บ้านเมล็ดดาวกล่อมฝัน (Whisperingseed) บ้านปลอดภัย (Safe house), Church of God, Candle Light เป็นต้น

แต่หน่วยงานที่การดำเนินการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติโดยตรง คือ มูลนิธิพัฒนรักษ์ เป้าหมายหลักของมูลนิธิคือเพื่อเข้าถึงข้อมูลและการรับบริการขั้นพื้นฐานทางด้านสุขภาพ การรณรงค์ให้ความรู้และการร่วมมือแก้ไขปัญหาของโรคเอดส์ในพื้นที่ชายแดน ด้วยการเข้าไปให้ความรู้เรื่องเอดส์ การสนับสนุนอาสาสมัครด้านสุขภาพที่เป็นคนต่างชาติ การเข้าไปพูดคุยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการแจกถุงยางอนามัยในสถานบริการ และแก่บุคคลทั่วไป เฉลี่ยเดือนหนึ่งๆ ประมาณ 7,000 – 8,000 ชิ้น นอกเหนือจากงานด้านสุขภาพ ยังให้การสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมอาชีพที่เหมาะสม และเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนด้วย (เอกสารของมูลนิธิฯ และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิฯ) อย่างไรก็ตาม ลักษณะการทำงานของมูลนิธิพัฒนรักษ์ที่เน้นด้านการป้องกัน การให้การศึกษา การสร้างความเข้าใจมากกว่าการช่วยเหลือด้านการรักษา ทำให้บางครั้งได้สร้างปัญหาแก่สถานรักษาพยาบาลที่ทางมูลนิธิฯ นำคนไข้มาส่งต่อ เพราะทางมูลนิธิฯ ไม่ได้ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เนื่องจากไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ สถานรักษาพยาบาลจึงมองว่า เป็นการปัดภาระให้สถานพยาบาลที่รับคนไข้ไว้

นอกจากนี้ มีหน่วยงาน/องค์กรระหว่างประเทศที่ดูแลด้านสุขภาพอนามัยของผู้ลี้ภัยจากภัยสงครามที่อาศัยอยู่ในค่ายบ้านต้นยาง อำเภอสังขละบุรี เช่น TBBC (Thailand Burma Border Consortium) ที่ดูแลด้านอาหารและที่อยู่อาศัยของคนในค่าย และ ARC (American Refugee Committee) ที่จะคอยดูแลเรื่องสุขภาพโดยตรง รวมถึงงานอนามัยเจริญพันธุ์ และเอดส์ (www.tbbc.org/camps/sangklaburi.html) และทาง ARC ยังได้ช่วยเหลือด้านการให้ยาต้านไวรัส (ARV) แก่ผู้ติดเชื้อนอกค่ายที่รักษากับโรงพยาบาลอีกจำนวนหนึ่งด้วย (จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังขละบุรี เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2549)

โดยภาพรวม บทบาทของภาคประชาสังคมในจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นองค์กรพัฒนาทั้งระดับองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชนภายในประเทศ เป็นการทำงานกับคนต่างชาติที่แม้บางส่วนจะทำงานในเชิงรุก แต่ก็มักเป็นไปในลักษณะที่เน้นการป้องกัน การให้ความรู้ การอบรม และการช่วยเหลือเฉพาะหน้า ที่เป็นการเสริมและเติมเต็มการทำงานของภาครัฐมากกว่าการเคลื่อนไหวด้านสิทธิของคนต่างชาติ หรือมีพลังแรงพอที่จะผลักดันให้คนต่างชาติเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหตุผลส่วนหนึ่งน่ามาจากจำนวนคนต่างชาติ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติภายในจังหวัดมีไม่มาก และคนต่างชาติที่ถือบัตรสีก็มีหลากหลายเชื้อชาติ และกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ จึงมีสภาพปัญหาที่ไม่รุนแรงเด่นชัดพอที่จะมีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งลงมาช่วยเหลือด้านสังคม ตลอดจนสิทธิ์ต่างๆ ของคนกลุ่มนี้

4.9.2 ภาคธุรกิจเอกชน

ผู้ที่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากแรงงานข้ามชาติ คือภาคธุรกิจเอกชนที่ต้องการแรงงานเหล่านี้ เหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้จำนวนการเข้ามาในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้น ก็คือ ความต้องการแรงงานที่ราคาถูกและสู้งานของภาคเอกชน ดังนั้นแม้ว่า ในบางครั้งเอกชนเหล่านี้จะยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะความไม่ไว้วางใจ มีอคติที่เห็นว่านำตัวปัญหามาสู่ประเทศ แต่ก็เห็นว่า คนเหล่านี้ยังจำเป็นในธุรกิจ จึงยังเห็นความจำเป็นของการมีแรงงานข้ามชาติอยู่

สำหรับหอการค้าจังหวัด ที่ถือเป็นตัวแทนของภาคเอกชนที่มีส่วนในการกำหนดความต้องการแรงงานข้ามชาติในจังหวัด ในสายตาของประธานหอการค้าจังหวัดกาญจนบุรีมองว่า มีความจำเป็นต้องมีแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของชาติในภาพรวม ขณะเดียวกันก็มองถึงปัญหา ตลอดจนความมั่นคงของชาติด้วย จึงแสดงทัศนะว่า รัฐควรมีนโยบายแรงงานข้ามชาติที่ชัดเจน สนับสนุนให้เป็นแรงงานถูกกฎหมาย มีการเปิดให้แรงงานเหล่านี้สามารถประกอบอาชีพที่จำเป็นต่อเศรษฐกิจ เพื่อเป็นการตอบสนองทั้งความต้องการรายได้ของแรงงานข้ามชาติ และทั้งเป็นความต้องการแรงงานข้ามชาติของภาคเอกชน จึงเสนอแนวทางให้เป็นนโยบายที่กระทำกันในระดับภาครัฐโดยให้มีการส่งเสริมเศรษฐกิจตามแนวชายแดน เน้นการสร้างงานตามตะเข็บชายแดน เพื่อให้มีการจ้างงานแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ตามชายแดนในลักษณะ เช้าไป-เย็นกลับ ซึ่งแม้ตามกฎหมายเป็นสิ่งที่ผิด เพราะเป็นการเข้ามาทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาต แต่การเข้ามาในลักษณะนี้มีข้อดี คือ แรงงานเหล่านี้ไม่ต้องเข้ามาอยู่ในประเทศไทยให้เป็นภาระของไทย ทั้งด้านสังคมและความมั่นคง[9]

นอกจากนี้ยังเสนอให้มีนโยบาย Economic Cooperation Strategy ที่ผลักดันให้มีข้อตกลงกัน ระหว่างประเทศคู่สัญญา 4 ประเทศ คือ ลาว กัมพูชา พม่า และไทย แต่ภาครัฐจะต้องสนับสนุนทั้งทางด้านนโยบายหลัก เช่น การสร้าง One-stop Service ที่ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาตั้งอยู่รวมกันในที่ๆ เดียวกัน ตลอดจนการสร้างระบบสาธารณูปโภค เพื่อกระตุ้นและจูงใจให้มีการลงทุนจากภาคเอกชน นอกจากนี้เห็นความจำเป็นด้านการศึกษา โดยเฉพาะการสอนภาษาไทยแก่ลูกหลานแรงงานข้ามชาติ โดยสนับสนุนให้เข้าเรียนในโรงเรียนที่รับทั้งเด็กไทย และเด็กต่างชาติ เพื่อสร้างความผสมกลมกลืนกัน เพราะเด็กเหล่านี้อาจต้องเติบโตในประเทศไทยต่อไป

สำหรับเรื่องของสุขภาพ ก็เห็นความจำเป็นที่ต้องให้บริการ โดยนอกจากจะให้บริการแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทยแล้ว ยังต้องสนับสนุนให้การช่วยเหลือทางด้านพม่าด้วย โดยเฉพาะตามแนวชายแดน เพราะหากมีการเกิดโรคขึ้น ก็จะแพร่กระจายมายังฝั่งไทยได้ง่าย

อาจสรุปได้ว่า ในทัศนะของภาคเอกชนที่มีหอการค้าจังหวัดเป็นตัวแทน เห็นความจำเป็นของแรงงานข้ามชาติเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจทั้งของประเทศในภาพรวม และของภาคเอกชน และได้เสนอแนวทางที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อภาคเอกชนเป็นหลัก และแม้จะมีประโยชน์ต่อแรงงานข้ามชาติบ้าง แต่ก็ดูเหมือนว่าเพื่อเอื้ออำนวยต่อเอกชนในทางกลับกันด้วย

4.10 สรุป

การเป็นจังหวัดชายแดนติดกับประเทศพม่าของจังหวัดกาญจนบุรีที่มีระยะทางกว่า 300 กิโลเมตร ทำให้กาญจนบุรีไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานข้ามชาติได้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมในประเทศต้นทาง ประกอบกับความต้องการแรงงานของประเทศปลายทาง จึงเป็นทั้งแรงผลักดันและแรงดึงดูดที่สำคัญ

---

[9] ในสถานการณ์ที่เป็นจริงขณะนี้พบว่า มีการเข้ามาในลักษณะนี้ตามชายแดนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะที่ด่านพระเจดีย์สามองค์ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จัดหางานจังหวัด ระบุว่า มีจำนวนเป็นพันเหมือนกัน โดยทำงานในโรงงานขนาดกลางและขนาดเล็ก ที่มีอยู่ประมาณ 21 โรงงาน โรงงานขนาดใหญ่สุดมีคนงาน ประมาณ 350 คน เช่น โรงงานตัดรองเท้า โรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า ซึ่งส่วนใหญ่เจ้าของเป็นคนมาจากจังหวัดอื่น เช่น กรุงเทพมหานคร นครปฐม เมื่อถามถึงทัศนะของทางจัดหางานจังหวัดเกี่ยวกับการเข้ามาทำงานในลักษณะนี้ ต่างก็เห็นว่า จริงๆ แล้วก็ควรมีนโยบายให้ชัดเจน และในเมื่อยังไม่เป็นกฎหมายที่ใช้ทั้งประเทศก็ไม่ควรมีข้อยกเว้น การเข้าเมืองควรต้องเข้ามาอย่างถูกต้อง รวมถึงการขออนุญาตทำงานอย่างถูกต้องด้วย การให้ยกเว้นเฉพาะพื้นที่ก็ไม่ควรทำ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบแรงงานข้ามชาติของสำนักงานจัดหางานจังหวัดยังเห็นว่าคนเหล่านี้มาทำงานมีรายได้ แต่ไม่ต้องเสียภาษีให้ประเทศไทยเลย และแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในลักษณะนี้มักมีการลักลอบหนีไปทำงานที่อื่น “เข้ามาแต่ละวันเท่าไรก็ไม่มีการเช็คว่ากลับออกไปเท่ากับที่เข้ามาไหม” โดยทางจัดหางานจังหวัดเห็นว่า ทางหน่วยงานไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก เพราะเจ้าหน้าที่รัฐบางหน่วยงานมักอ้างถึง ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

แต่จากพื้นฐานเศรษฐกิจของจังหวัดที่มีความต้องการแรงงานภาคเกษตรกรรมมากกว่าภาคอุตสาหกรรม ทำให้จำนวนการมาขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติต่ำกว่าที่เป็นจริง ด้วยสาเหตุต่างๆ ที่มาจากลักษณะของงานเกษตรกรรม เช่น มีการทำงานที่เป็นไปตามช่วงเวลาและฤดูกาล มีอัตราการเข้า-ออกของแรงงานสูง สามารถหลบเลี่ยงจากการถูกจับกุมได้ง่าย เป็นต้น นายจ้างจึงหลีกเลี่ยงการนำแรงงานมาขออนุญาตอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ เป็นเรื่องของเครือข่ายของแรงงานในพื้นที่อื่นได้ชักชวนแนะนำกัน เช่น ที่กรุงเทพมหานคร และสมุทรสาคร ที่มีความต้องการแรงงานมาก และให้ค่าตอบแทนที่ดีกว่า ทำให้กาญจนบุรีเป็นเพียงทางผ่านไปยังพื้นที่อื่น จำนวนผู้ที่อยู่ในพื้นที่จึงน่าจะน้อยกว่าที่เข้ามา อย่างไรก็ตามยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอนถึงจำนวนที่แท้จริงของทั้งแรงงานต่างชาติที่เข้ามาและที่อาศัยอยู่จริง เพราะยังไม่มีระบบการบันทึกการเข้ามาและออกไปที่รัดกุม ซึ่งก็รวมถึงการไม่มีการจัดทำระบบฐานข้อมูลที่ดีด้วย

นโยบายด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ชัดเจนของรัฐนั้นได้ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านสุขภาพในพื้นที่เป็นอย่างมาก ความไม่ชัดเจนเริ่มตั้งแต่เรื่องการจัดสรรและจัดการเงินที่ได้จากการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ แต่ละจังหวัดต่างก็มีวิธีการจัดการกับเงินประกันสุขภาพที่ได้มาแตกต่างกัน ดังตัวอย่างของจังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นการรวมเงินทั้งหมดไปไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยทางสถานพยาบาลจะทำเรื่องขอเบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายที่ใช้จริง ซึ่งกว่าจะได้รับเงินส่วนนี้ก็เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ สถานพยาบาลแต่ละแห่งจึงต้องรอนานพอสมควรกว่าที่จะได้รับเงินที่ใช้จ่ายไป เป็นการสร้างภาระทางการเงินแก่สถานพยาบาลโดยเฉพาะที่ที่ต้องดูแลรักษาแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก

นอกจากนี้ ความไม่ชัดเจนของนโยบายในการให้การรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างชาติ และคนต่างชาติได้ส่งผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้วยเช่นกัน เพราะเจ้าหน้าที่เองก็ไม่รู้ว่าบทบาทของตนมีขอบเขตแค่ไหน เช่น ทางโรงพยาบาลควรมีหน้าที่เฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาล หรือต้องรวมถึงการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติด้วย ทำให้บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่กล้าจะดำเนินการที่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อแรงงานข้ามชาติ และคนไทย อย่างไรก็ตามแม้จะไม่มีความชัดเจนของนโยบายส่วนกลาง หรือมีขอบเขตจำกัดและส่งผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แต่เมื่อลงไปศึกษาถึงการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ พบว่า มีความพยายามของหน่วยงานในพื้นที่หลายแห่งที่จะปรับวิธีการดำเนินงานของตนให้เอื้อประโยชน์แก่ทั้งคนในพื้นที่และแรงงานข้ามชาติมากที่สุด เช่น การออกบัตรประกันสุขภาพแก่ผู้ติดตามและผู้ถือบัตรสี ตลอดจนการจัดทำโครงการฝากครรภ์แล้วคลอดฟรี ของโรงพยาบาลสังขละบุรี เป็นต้น ด้วยเห็นว่า ปัญหาสุขภาพไม่ว่าเป็นของคนไทย หรือคนต่างชาติ ต่างก็กระทบถึงกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้โดยสิ้นเชิง และเป็นประเด็นของมนุษยธรรมที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทุกคนโดยไม่สามารถแยกว่าเป็นคนเชื้อชาติใด แต่ความช่วยเหลือก็มีข้อจำกัด ไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์เหมือนที่ช่วยเหลือคนไทย ซึ่งการดำเนินในแต่ละพื้นที่แตกต่างกันนี้พบว่าขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นหลัก โดยส่วนหนึ่งเป็นความกระตือรือร้นของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเอง อีกส่วนหนึ่งขึ้นกับขนาดของปัญหาที่ไม่เท่ากันในแต่ละพื้นที่

สำหรับบทบาทของภาคประชาสังคมในจังหวัดกาญจนบุรี แม้จะมีหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันรักษาการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ จากองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งระดับชาติและระดับประเทศแต่พบว่ายังไม่มีการประสานงานกันอย่างจริงจังระหว่างหน่วยงานต่างๆ แม้จะมีการช่วยเหลือด้านการส่งต่อผู้ป่วยและการทำกิจกรรมร่วมกันบ้าง ยังเป็นการช่วยเหลือที่ขาดพลังในการผลักดันนโยบายของรัฐด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติและคนต่างชาติที่อยู่ในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2547. *คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ?* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อ นโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กลุ่มงานความมั่นคง ที่ทำการปกครองจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานจังหวัดกาญจนบุรี. 2548. *จำนวนชนกลุ่มน้อยในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี สำรวจปี พ.ศ. 2548.* (เอกสารอัดสำเนา).

บุญเลิศ หนึ่งเจริญ และ คณะ. 2542. ปัญหาชายแดนไทย-พม่า จังหวัดกาญจนบุรี. ใน อนุชาติ พวงสำลี และคณะ (บรรณาธิการ), *ประมวลองค์ความรู้ โครงการวิจัยและพัฒนาประชาคมจังหวัด: ร่วมสร้างวิสัยทัศน์กาญจนบุรี.* โครงการวิจัยและพัฒนาประชาคมจังหวัดกาญจนบุรี มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวุธ สุวรรณฤทธิ์. 2545. *กาญจนบุรี ดินแดนตะวันตก.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

รศรินทร์ เกรย์. 2547. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม. ใน *รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน รอบ 5 (2547) โครงการกาญจนบุรี.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิงห์ ตั้งเจริญชัยชนะ และคณะ, 2542. ปัญหาและแนวทางการพัฒนาอุตสาหกรรมในจังหวัดกาญจนบุรี. ใน อนุชาติ พวงสำลี และคณะ (บรรณาธิการ), *ประมวลองค์ความรู้ โครงการวิจัยและพัฒนาประชาคมจังหวัด: ร่วมสร้างวิสัยทัศน์กาญจนบุรี.* โครงการวิจัยและพัฒนาประชาคมจังหวัดกาญจนบุรี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี. 2547. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี. 2548. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2548.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี. 2549. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2549.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2547, 2548. *ข้อมูลประชากรต่างชาติ การรักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา).*

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2548.*แนวทางการดำเนินงานระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ ปี 2548-2549 เฉพาะจังหวัดนำร่องภายใต้โครงการฟ้ามิตร (PHAMIT).* สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สุรีย์พร พันพึ่ง และปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. 2549. ข้อมูลประชากรเพื่อการวางแผนการศึกษา และการจัดการแรงงานจังหวัดกาญจนบุรี. ในรายงานการวิจัย *โครงการการพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานและสารสนเทศเพื่อการ พัฒนา.* มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543. *สำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2543, จังหวัดกาญจนบุรี.* สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

ภาษาอังกฤษ

Ngamlamai Peailueang. 2002. *Adaptation of fertility behavior among immigrant women Kanchanaburi Province, Thailand.* Ph.D. Dissertation, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

Website

www.epid.moph.go.th/dssur/index.htm.

www.iom.int. วันที่ 30 ตุลาคม 2549.

www.kanchanaburi.org. วันที่ 11 กรกฎาคม 2549.

www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm.

www.tbbc.org/camps/sangklaburi.html. วันที่ 9 พฤศจิกายน 2549.

สัมภาษณ์

เจ้าหน้าที่มูลนิธิพัฒนรักษ์, จังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 22 สิงหาคม 2549.

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคริสเตียน, จังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 22 สิงหาคม 2549.

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, จังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549.

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสังขละบุรี. สัมภาษณ์, 23 สิงหาคม 2549.

เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 20 กันยายน 2549.

เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549, 20 กันยายน 2549 และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์, 1 กุมภาพันธ์ 2550.

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549.

ประธานหอการค้าจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549.

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, จังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์, 3 กรกฎาคม 2549.

5

กรณีศึกษา

จังหวัดอุบลราชธานี

■ สุชาดา ทวีสิทธิ์

■ หน่วยงานบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่อยู่ในเครือข่าย คือ โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้นำเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เงิน p.p.) ที่เรียกเก็บจากแรงงานต่างชาติมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และไม่ได้ให้บริการแก่แรงงานต่างชาติแยกออกมาจากการให้บริการคนไทยและคนต่างชาติทั่วไป ทั้งนี้เพราะหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในอำเภอชายแดน และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ คิดว่าต้องแบกรับภาระงบประมาณในการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้าน และคนไร้สัญชาติในจังหวัดหลายสิบล้านบาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าวงเงินที่ได้รับจากการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ โดยไม่ได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขมาทดแทน ■

5

กรณีศึกษา
จังหวัดอุบลราชธานี

■ สุชาดา ทวีสิทธิ์

5.1 เกริ่นนำ

รัฐไทยได้มีนโยบายและมาตรการการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติมามากกว่า 10 ปี ผ่านการมีมติคณะรัฐมนตรีในแต่ละครั้งเพื่อผ่อนผันให้แรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่หลบหนีเข้าเมืองมารายงานตัวและขอใบอนุญาตทำงาน โดยต้องผ่านการตรวจร่างกายและซื้อบัตรประกันสุขภาพก่อน (รายละเอียดโปรดดูในบทที่สอง) มีข้อที่ควรสังเกต 3 ประการ ด้วยกัน เกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพในแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย

ประการแรก นโยบายการทำประกันสุขภาพเพื่อให้สิทธิแก่แรงงานข้ามชาติเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ได้ให้สิทธิเฉพาะแรงงานที่มีใบอนุญาตทำงานเท่านั้น หมายความว่าแรงงานข้ามชาติที่ทำงานและอยู่อาศัยในประเทศไทย โดยไม่มีใบอนุญาตทำงานก็จะไม่มีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงงานเหล่านี้จึงอาจถูกปฏิเสธการให้บริการสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะกลัวมีความผิดที่ช่วยเหลือแรงงาน “ผิดกฎหมาย” ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของแรงงาน แม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้บริการสุขภาพกับคนเจ็บป่วยทุกคนตามจรรยาบรรณและมนุษยธรรม นอกจากนี้ตัวแรงงานเองอาจถูกแสวงหาผลประโยชน์ในฐานะที่เป็นแรงงานผิดกฎหมาย เช่น อาจถูกข่มขู่เรียกสินบน และที่สำคัญแรงงานข้ามชาติจำนวนมากไม่กล้ามารับบริการเพราะกลัวถูกจับและถูกส่งกลับประเทศ เป็นต้น

ประการที่สอง ในปี 2544 การตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพของแรงงานไม่ได้รวมเอาการตรวจการตั้งครรภ์ไว้ด้วย แต่ในปี 2545 มีการเสนอให้รวมเอาการตรวจครรภ์ในแรงงานข้ามชาติหญิงไว้ในการตรวจสุขภาพ ส่งผลให้นายจ้างจำนวนหนึ่งปฏิเสธ หรือเลิกการจ้างแรงงานข้ามชาติที่ตั้งครรภ์ ทำให้แรงงานหญิงเหล่านั้นตกงาน ถูกจับ และถูกส่งตัวกลับประเทศในที่สุดเพราะไม่มีใบอนุญาตทำงาน แรงงานหญิงข้ามชาติจำนวนหนึ่งจึงหาทางออกโดยการทำแท้งเมื่อตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการถูกเลิกจ้างและเพื่อจะได้มีสิทธิ์ทำงานอยู่ในประเทศไทยต่อไป ได้มีการถกเถียงกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเรื่องผลเสียของการตรวจการตั้งครรภ์ในแรงงานข้ามชาติ ถึงปัจจุบันการตรวจการตั้งครรภ์ในแรงงานข้ามชาติหญิงก็ยังดำเนินต่อไป

ประการที่สาม มีนายจ้างจำนวนหนึ่งยึดบัตรอนุญาตทำงานหรือบัตรประจำตัวของแรงงานข้ามชาติไว้เป็นหลักประกันเพราะเกรงแรงงานหลบหนีไปหางานทำกับนายจ้างคนใหม่ เมื่อแรงงานเจ็บป่วยจึงไม่มีบัตรไปแสดงตนเวลาไปรับบริการสุขภาพ หรือไม่กล้าไปรับบริการตรวจรักษา เพราะกลัวถูกจับ เป็นต้น

ในปี 2547 รัฐบาลไทยได้มีนโยบายในการทำบันทึกและลงนามในข้อตกลงร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้าน 3 ประเทศ เพื่อร่วมกันบริหารจัดการและแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ซึ่งในที่สุดแล้วข้อตกลงดังกล่าวจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดกฎระเบียบ ว่าด้วยการอพยพแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน มีขั้นตอนสำคัญคือ การพิสูจน์สัญชาติและการรับรองความเป็นพลเมืองของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 3 ประเทศที่มาขึ้นทะเบียนในประเทศไทย โดยเมื่อรับรองความเป็นพลเมืองแล้วประเทศต้นทางจะออกหนังสือเดินทางให้กับแรงงานที่เป็นพลเมืองของประเทศตน

ในกระบวนการตรวจสอบความเป็นพลเมืองหรือการพิสูจน์สัญชาติ ประเทศไทยจะต้องส่งข้อมูลส่วนบุคคลของแรงงานข้ามชาติไปให้ประเทศบ้านเกิดของแรงงานเพื่อใช้ประกอบการพิสูจน์สัญชาติและรับรองความเป็นพลเมือง ซึ่งทำให้เกิดความกังวลใจกับแรงงาน และความกังวลใจเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนในขั้นตอนการรับรองความเป็นพลเมือง เช่น ในกรณีกฎหมายของประเทศลาว พลเมืองที่ย้ายถิ่นฐานจะต้องลงทะเบียนเป็นผู้อพยพและต้องเสียภาษีในอัตราสูงให้กับเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น การเปิดเผยตัวแรงงานซึ่งอพยพมาอย่างผิดกฎหมายอาจทำให้ครอบครัวแรงงานต้องรับภาระในการเสียค่าปรับให้แก่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ทำให้แรงงานลาวจำนวนมากหลีกเลี่ยงไม่มาขึ้นทะเบียนแรงงาน เป็นต้น

ส่วนกรณีของประเทศพม่ามีประเด็นความขัดแย้งทางการเมืองมาเกี่ยวข้องด้วย การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของแรงงานให้กับรัฐบาลประเทศพม่าอาจนำอันตรายไปสู่ตัวแรงงานและครอบครัวของแรงงานได้ อีกประเด็นหนึ่งที่เป็นปัญหาความกังวลใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยคือ กรณีที่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติไม่ประสบความสำเร็จ กล่าวคือ ประเทศบ้านเกิดของแรงงาน ไม่รับรองสิทธิความเป็นพลเมืองของแรงงาน นั่นย่อมหมายความว่าแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทยและมาขึ้นทะเบียนแรงงานไว้จะเปลี่ยนสถานะจากแรงงานข้ามชาติ "ผิดกฎหมาย" กลายเป็น "คนไร้สัญชาติ" ทันที ซึ่งรัฐบาลไทยจะต้องแก้ปัญหานี้กันต่อไป

ประเด็นสำคัญเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติและมีการกล่าวถึงกันอยู่เสมอ คือ เรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ การให้บริการทางสาธารณสุข ตลอดจนผลกระทบจากโรคติดต่อที่มากับแรงงานอพยพข้ามชาติ ปัจจุบันพบว่ารัฐบาลไทยได้มีการปรับเปลี่ยนแนวนโยบายการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานอพยพข้ามชาติ จากเดิมที่ละเลยไม่สนใจในระดับนโยบายและระดับการปฏิบัติในการที่จะให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว มาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและวิธีปฏิบัติไปในลักษณะที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดเชิงสิทธิมนุษยชนมากขึ้น โดยเริ่มเห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนไม่จำกัดเชื้อชาติ ศาสนา และเผ่าพันธุ์ อีกทั้งการให้บริการสาธารณสุขถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับตั้งแต่ เกิด แก่ เจ็บ และตาย ซึ่งวิธีคิดที่ปรับเปลี่ยนใหม่นี้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ที่เสนอแนะว่า แรงงานต่างด้าวคือผู้ที่สร้างงานสร้างเศรษฐกิจให้สังคมไทยจากแรงงานของเขาเหล่านั้น ถ้าหากพวกเขาได้รับการพัฒนาและดูแลให้มีศักยภาพ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ก็จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวมได้เช่นกัน

5.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนนโยบาย และการปฏิบัติงานเรื่องโรคเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี 2547-2549 โดยศึกษานโยบายและกระบวนการทำงานของสำนักงานธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในพื้นที่ และเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ปฏิบัติงานผลักดันเรื่องนี้ รวมทั้งทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และทางเลือกในการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ

สำหรับ**วิธีการศึกษา** ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ โดยข้อมูลทุติยภูมิได้จากการรวบรวมกลั่นกรองรายงาน และเอกสารทางราชการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น ข้อมูลการจดทะเบียนคนต่างด้าว ของกระทรวงมหาดไทย รายงานสถิติการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติของจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี และกระทรวงแรงงาน รายงานภาวะเศรษฐกิจของอุตสาหกรรมจังหวัด รายงานด้านสุขภาพและโรคเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการทำประกันสุขภาพและการรับบริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนและรายงานการจัดสรรเงินรายได้จากการทำประกันสุขภาพแรงงาน ของฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

ในส่วนของการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยดำเนินการด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติจากภาครัฐ และ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลที่เป็นแรงงานต่างชาติเอง ทั้งนี้เพื่อดูนโยบายและการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะด้านการให้บริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดบุคคลที่ทำการสัมภาษณ์ ดังนี้

(1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอชายแดน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมชนสิรินธร และ โรงพยาบาลชุมชนเขมราฐ

(2) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอื่น คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงแรงงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่จัดหางานจังหวัด เจ้าหน้าที่ตำรวจด่านตรวจคนเข้าเมืองเขมราฐ และ ช่องเม็ก

(3) แกนนำชุมชนช่องเม็ก และผู้บริหารเทศบาลตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินธร ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดน

(4) ผู้ปฏิบัติงานขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ชายแดน ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายพัฒนาความร่วมมือชายแดน (BEAN) ซึ่งประกอบด้วย NGOs ภาคอีสานที่ทำงานด้านเอดส์ อนามัยเจริญพันธุ์ และแรงงานต่างชาติ ประกอบด้วย กลุ่มกุหลาบเหลือง มูลนิธิเพริล-เอสบัค มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิพัฒนรักษ์ เอดส์เน็ทภาคอีสาน

(5) แรงงานต่างชาติสัญชาติลาว ที่อำเภอสิรินธร อำเภอเขมราฐ และ อำเภอโขงเจียม

5.3 บริบทของจังหวัดอุบลราชธานี

5.3.1 บริบททางภูมิศาสตร์

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีประชากรประมาณ 1,805,322 คน แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 5 กิ่งอำเภอ 219 ตำบล 2,422 หมู่บ้าน 210 อบต. และเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่สุดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน 2 ประเทศ คือ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) และ ประเทศกัมพูชา โดยมีแนวชายแดนที่ติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวรวมระยะทางยาว 361 กิโลเมตร อำเภอชายแดนทางด้านนี้ประกอบด้วย อำเภอเขมราฐ กิ่งอำเภอนาตาล อำเภอโพธิ์ไทร

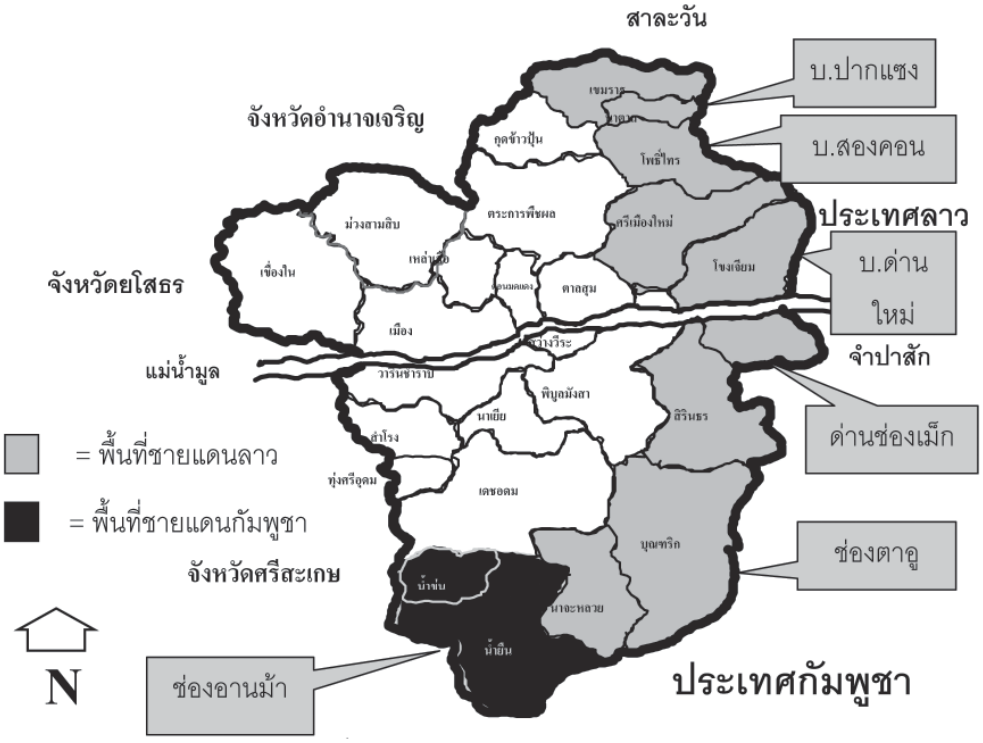
อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอโขงเจียม อำเภอสิรินธร อำเภอบุณฑริก และอำเภอนาจะหลวย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีแนวแม่น้ำโขงกั้น เฉพาะอำเภอสิรินธรเท่านั้นที่มีชายแดนเป็นผืนดินติดต่อกับ สปป.ลาว ซึ่งประชาชนทั้งสองประเทศสามารถเดินเท้า หรือใช้รถยนต์ข้ามไปมาได้สะดวก

นอกจากนี้อำเภอสิรินธรยังเป็นที่ตั้งของด่านช่องเม็ก ที่เป็นช่องทางผ่านแดนถาวรระหว่างประเทศไทยกับ สปป.ลาว อย่างไรก็ตามในพื้นที่ชายแดนที่ติดต่อกับ สปป.ลาว จังหวัดอุบลราชธานียังมีจุดข้ามแดนผ่อนปรนอีกหลายจุดตลอดแนวแม่น้ำโขง ส่วนระยะทางติดต่อกับแนวชายแดนประเทศกัมพูชายาว 67 กิโลเมตร อำเภอชายแดนที่ติดต่อกับประเทศกัมพูชา ได้แก่ อำเภอน้ำยืน และกิ่งอำเภอน้ำขุ่น โดยมีช่องผ่านแดนที่สำคัญคือ ช่องอานม้า ตั้งอยู่ในอำเภอน้ำยืน เป็นจุดผ่อนปรนที่เปิดด่านชั่วคราวทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี

5.3.2 บริบททางเศรษฐกิจ

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของจังหวัดอุบลราชธานีโดยภาพรวม ไม่ได้แตกต่างจากสภาพเศรษฐกิจรวมของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างมากนัก โดยมีขนาดเศรษฐกิจ 1.1 แสนล้านบาท (สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2549) เนื่องจากเป็นจังหวัดในกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง อุบลราชธานีจึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์จังหวัดที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ภาคอีสานตอนล่าง โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาความยากจน ที่เน้นการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย สร้างโอกาสมีงานทำ มุ่งทำเกษตรผสมผสาน สร้างชุมชนเข้มแข็ง ส่งเสริมระบบบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชน และ ธุรกิจขนาดเล็ก ในด้านการยกระดับการผลิตทางด้านการเกษตรมุ่งปรับโครงสร้างการผลิตโดยเน้นการผลิตข้าวหอมมะลิ ยางพารา ผลไม้ ปศุสัตว์ และพืชพลังงาน ด้านอุตสาหกรรมมุ่งส่งเสริมการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร ยกระดับสิ่งทอ พัฒนาอุตสาหกรรมต่อเนื่องยานยนต์ มีการเน้นขยายฐานเศรษฐกิจชายแดนโดยการพัฒนาด้านบริการพื้นฐาน การส่งเสริมการทำ contract farming ส่งเสริมการค้าและการท่องเที่ยวชายแดน โดยพยายามยกระดับมาตรฐานสถานที่ท่องเที่ยวและบุคลากร และพยายามทำให้ธุรกิจการท่องเที่ยวมีความเชื่อมโยงกับแหล่งท่องเที่ยวในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

แผนที่จังหวัดอุบลราชธานี แยกตามอำเภอ



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

จากสภาพภูมิศาสตร์ที่เป็นเมืองชายแดนระเบียงด้านตะวันออกสุดของประเทศ จังหวัดอุบลราชธานีได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ในแผนพัฒนาจังหวัด คือ การพัฒนาไปสู่การเป็นตัวอย่างของเมืองชายแดนที่สมบูรณ์แบบ และเป็นประตูการค้าสู่ประเทศอินโดจีน (สปป.ลาว กัมพูชา เวียดนาม รวมทั้งประเทศจีนตอนใต้) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาการค้าชายแดนมีการขยายตัวพอสมควร จากรายงานข้อมูลภาวะเศรษฐกิจจังหวัดอุบลราชธานีชี้ว่า มูลค่าการค้าชายแดนในช่วงปี 2547 กับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว คือ มูลค่าการส่งออกมี 782 ล้านบาท มูลค่าการนำเข้า 352.4 ล้านบาท ส่วนมูลค่าการค้าชายแดนกับประเทศกัมพูชาไม่สูงนัก โดยในปี 2547 มีมูลค่าการค้ารวม 1.32 ล้านบาท

นอกจากนี้จังหวัดอุบลราชาธานียังมุ่งพัฒนาไปสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยว โดยมุ่งขายแหล่งท่องเที่ยวในจังหวัดพร้อมๆ กับการเสนอตัวเป็นส่วนหนึ่งในเส้นการท่องเที่ยวอินโดจีนและเป็นประตูสู่แหล่งท่องเที่ยวในอินโดจีน ทั้งนี้เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว และรายได้จากการท่องเที่ยว ในปี 2546–2547 จังหวัดอุบลราชธานีมีโรงแรม/ที่พัก ที่เปิดให้บริการแก่นักท่องเที่ยวจำนวน 34 แห่ง จำนวนห้องพัก ประมาณ 1,900 ห้อง มีการพัฒนาเมืองชายแดน เช่น ตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินธร และอำเภอโขงเจียมให้เป็นเมืองท่องเที่ยวที่เชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเข้าสู่ประเทศลาว และประเทศเวียดนาม (เว้ และ ดานัง) จังหวัดอุบลราชธานีมีแผนในการพัฒนาพื้นที่ชายแดนในอนาคต เช่น แผนการพัฒนาเขตท่องเที่ยวสามเหลี่ยมมรกตที่อยู่ในพื้นที่อำเภอบุณฑริก โดยจะพัฒนาเป็นสถานที่ท่องเที่ยวครบวงจร ประกอบด้วย สนามกอล์ฟ ที่พัก สถานบันเทิง และบ่อนคาสิโน ประเทศ สปป.ลาว เองก็มีแผนที่จะเปิดบ่อนคาสิโนขึ้นในแขวงจำปาสัก ซึ่งอยู่ติดกับพื้นที่ช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จะเห็นว่าทิศทางการพัฒนาจังหวัดอุบลราชธานี และแขวงจำปาสักในอนาคตอาจส่งผลต่อแนวโน้มการจ้างแรงงานข้ามชาติ และการอพยพเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของประชาชนในแถบนี้เข้มข้นขึ้น

ในปี 2548 จังหวัดอุบลราชธานีมีผลิตภัณฑ์มวลรวม 57,481 ล้านบาท (ตารางที่ 5.1) แหล่งรายได้หลักของจังหวัดอุบลราชธานีขึ้นอยู่กับผลิตภัณฑ์มวลรวมที่อยู่นอกภาคเกษตรกรรม ได้แก่ การค้าส่งและการค้าปลีกสินค้าอุปโภคบริโภค วัสดุก่อสร้าง และการทำอุตสาหกรรมในครัวเรือน เช่น สินค้าประเภทอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง รองลงมาคือสาขาบริการและการท่องเที่ยว อย่างไรก็ตามประชากรส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง ปอแก้ว พริกหัวเรือ และในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่ปลูกยางพาราเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างชัดเจน

สำหรับประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณลุ่มน้ำสำคัญ 3 สาย ได้แก่ ลุ่มน้ำโขง ลุ่มน้ำมูล และ ลุ่มน้ำชี ประกอบอาชีพประมงน้ำจืด ทั้งหาปลาในแหล่งน้ำธรรมชาติ และเลี้ยงปลาในกระชัง ด้านอุตสาหกรรม ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม แต่ไม่ได้อยู่ในอัตราสูงนัก โรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง รองลงมาคือในอำเภอเดชอุดม อำเภอเขื่องใน และอำเภอวารินชำราบ ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 98 เป็นโรงงานขนาดเล็กที่เกี่ยวเนื่องกับอุตสาหกรรมการเกษตร เช่น โรงสีข้าว โรงงานอัดปอ โรงงานมันสำปะหลัง และโรงงานส่งออกไก่สด ส่วนอุตสาหกรรมประเภทอื่น ๆ ได้แก่ โรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับภาคก่อสร้าง เช่น โรงงานทำอิฐบล็อค ธุรกิจเรือดูดทราย ย่อยหิน ผลิตอิฐดินเผา ทำผลิตภัณฑ์คอนกรีต เป็นต้น

ตารางที่ 5.1: มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2546-2548

(หน่วย: ล้านบาท)

มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม	2546	2547	2548
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Product-GPP)	50,127	52,774	57,481
- ผลิตภัณฑ์มวลรวมภาคเกษตรกรรม	7,771	7,077	7,988
สัดส่วนต่อ GPP	*15.5*	*13.4*	*13.9*
-ผลิตภัณฑ์มวลรวมนอกเหนือจากเกษตรกรรม	42,356	45,698	49,494
สัดส่วนต่อ GPP	*85.5*	*86.6*	*86.1*
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากร (บาท)	28,987	30,482	33,291

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์. 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549, www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm)

5.3.3 สถานการณ์คนต่างด้าวและแรงงานข้ามชาติของจังหวัดอุบลราชธานี

ในปี พ.ศ. 2547 ที่รัฐบาลประกาศให้ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา รายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนบุคคลใน ท.ร.38/1 และรับเลขประจำตัว 13 หลักที่ขึ้นต้นด้วย 00 (รายละเอียดดูในบทที่สอง) นั้น ปรากฏว่าในจังหวัดอุบลราชธานีมีคนต่างด้าวจาก 3 ประเทศที่กรมการปกครองขึ้นทะเบียนไว้รวม 11,218 คน ในจำนวนนี้มีคนสัญชาติลาวมากที่สุด คือ 10,939 คน รองลงมาคือ สัญชาติพม่า 169 คน และสัญชาติกัมพูชา 110 คน (ดูตารางที่ 5.2) โดยคนต่างด้าวนี้ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่อำเภอชายแดนที่ติดต่อกับประเทศลาว ได้แก่ ลำดับ 1 เขมราฐ ลำดับ 2 โขงเจียม ลำดับ 3 สิรินธร ลำดับ 4 นาตาล ลำดับ 5 บุณฑริก ลำดับ 6 โพธิ์ไทร กรณีอำเภออื่นๆ ที่ไม่ใช่อำเภอชายแดนแต่พบการกระจุกตัวของคนต่างด้าวมักเป็นอำเภอที่มีความต้องการแรงงานสูง เนื่องจากเป็นอำเภอเศรษฐกิจของจังหวัด เช่น อำเภอเมือง อำเภอตระการพืชผล เป็นต้น

ตารางที่ 5.2 ผลการทำทะเบียนราษฎร์คนไม่มีสัญชาติไทย กรณีพม่า ลาว กัมพูชา ของจังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2547

พื้นที่	พม่า	ลาว	กัมพูชา	รวม
ลำดับ 1 เขมราฐ	6	1,703	1	1,710
ลำดับ 2 โขงเจียม	0	1,480	0	1,480
ลำดับ 3 สิรินธร	5	1,135	0	1,140
ลำดับ 4 นาตาล	1	953	0	954
ลำดับ 5 บุณฑริก	13	912	4	929
ลำดับ 6 โพธิ์ไทร	2	894	0	896
ลำดับ 7 ทม. อุบลราชธานี	26	602	8	636
ลำดับ 8 ศรีเมืองใหม่	7	528	0	535
ลำดับ 9 ตระการพืชผล	6	491	0	497
ลำดับ 10 เมืองอุบลราชธานี	39	442	8	489
ลำดับ 11 พิบูลมังสาหาร	3	374	1	378
ลำดับ 12 วารินชำราบ	4	232	3	239

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

พื้นที่	พม่า	ลาว	กัมพูชา	รวม
ลำดับ 13 เดชอุดม	5	161	4	170
ลำดับ 14 กุดข้าวปุ้น	1	146	1	148
ลำดับ 15 นาจะหลวย	4	132	0	136
ลำดับ 16 น้ำยืน	7	95	25	127
ลำดับ 17 ทม. พิบูลมังสาหาร	1	120	0	121
ลำดับ 18 ทม. วารินชำราบ	5	105	1	111
ลำดับ 19 เขื่องใน	14	60	4	78
ลำดับ 20 สว่างวีระวงศ์	2	74	0	76
ลำดับ 21 ม่วงสามสิบ	7	63	0	70
ลำดับ 22 นาเยีย	1	57	0	58
ลำดับ 23 ทต. น้ำยืน	0	17	31	48
ลำดับ 24 ตาลสุม	2	34	1	37
ลำดับ 25 ดอนมดแดง	2	31	2	35
ลำดับ 26 ทต. อุบลราชธานี	0	26	0	26
ลำดับ 27 น้ำขุ่น	0	10	14	24
ลำดับ 28 สำโรง	3	17	2	22
ลำดับ 29 เหล่าเสือโก้ก	2	16	0	18
ลำดับ 30 ทุ่งศรีอุดม	1	11	0	12
ลำดับ 31 ทต. โพธิ์ไทร	0	12	0	12
ลำดับ 32 ทต. อ่างศิลา	0	6	0	6
รวม	**169**	**10,939**	**110**	**11,218**

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ ปรับจากแบบรายงานผลการจัดทำทะเบียนราษฎรสำหรับคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย, กรมการปกครอง

แต่เมื่อทางราชการประกาศให้แรงงานต่างชาติมาขอใบอนุญาตทำงาน มีแรงงานที่มาขอใบอนุญาตทำงานที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดในปี 2547 เพียง 1,334 คน เท่านั้น ส่วนในปี 2548 มีแรงงานมาขอใบอนุญาตทำงานกับสำนักงานจัดหางานจังหวัดรวม 1,842 คน และปี 2549 มีแรงงานมาขอใบอนุญาตทำงานจำนวน 1,433 คน (ดูตารางที่ 5.3) ซึ่งตัวเลขมีแนวโน้มลดลง และไม่สัมพันธ์กับตัวเลขของคนต่างด้าวที่มาจดทะเบียน ซึ่งในปี 2549 จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา (คือคนต่างด้าวที่มีเลขประจำตัว 13 หลักขึ้นต้นด้วย 00) จำนวนทั้งสิ้น 11,113 คน เป็นผู้ชาย 4,214 คน หญิง 6,899 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ตุลาคม 2549) แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่ยังคงเป็นแรงงานใต้ดิน คือ ไม่มีใบอนุญาตทำงาน

ตารางที่ 5.3 จำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน ปี 2547– 2549

ปี	จำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน	ประเทศต้นทาง					
		พม่า		ลาว		กัมพูชา	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2547*	1,334	39	29	439	809	5	1
2548**	1,842	53	43	549	1,170	8	19
2549***	1,433	75		1,335		23	

<u>ที่มา:</u> สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากแบบรายงานการจ้างแรงงานต่างด้าว สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี

* ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 กรกฎาคม 2547 ถึง 25 พฤษภาคม 2548

** ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 มิถุนายน 2548 ถึง 30 สิงหาคม 2548

*** ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 มิถุนายน 2549 ถึง 25 สิงหาคม 2549[1]

การที่จำนวนการมาขอใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนน้อยไม่สัมพันธ์กับจำนวนคนต่างด้าวที่จดทะเบียนมีเลขประจำตัว 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 00 ไม่ได้หมายความว่าจำนวนแรงงานข้ามชาติในจังหวัดอุบลราชธานีมีน้อย จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย เจ้าหน้าที่รัฐ ผู้ใหญ่บ้าน และคนลาวในอำเภอชายแดน พบว่า มีเหตุผลหลายประการที่ทำให้มีคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทยมาขอใบอนุญาตทำงานในจำนวนที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนที่จดทะเบียนไว้ ได้แก่

ประการที่หนึ่ง การที่มีตัวเลขของผู้มาจดทะเบียนคนต่างด้าวสูงมาก ไม่สัมพันธ์กับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียน เป็นเพราะผู้ติดตามแรงงาน เช่น เด็กที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือต่ำกว่า 15 ปี ผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปี และผู้ที่มีสถานะเป็นสามี/ภรรยาแรงงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่ได้เข้าสู่ตลาดแรงงาน นอกจากนี้แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่มีเงิน และไม่มีนายจ้างพามาขอใบอนุญาตทำงาน

ประการที่สอง การขึ้นทะเบียนครั้งนี้ มีคนลาวอพยพที่ไม่มีบัตรลาวอพยพ หรือบุคคลที่ตกอยู่ในสถานะคนไร้รัฐไม่มีสถานภาพทางกฎหมายใดๆ รองรับไว้ด้วย มาขอขึ้นทะเบียนบุคคล ซึ่งที่จริงบุคคลเหล่านี้เข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยตั้งแต่สมัยประเทศลาวยังมีสงคราม นอกจากนี้ยังได้จดทะเบียนรวมเอาคนลาวจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มาขายแรงงานแต่เข้ามาแต่งงานอยู่กินกับคนไทยจนมีลูกมีหลานโตเป็นหนุ่มเป็นสาวแล้ว แต่ไม่มีบัตรประชาชนทั้งของลาวและของไทย แต่บุคคลเหล่านี้ถือบัตร ท.ร. 38/1 ที่ออกให้โดยกระทรวงมหาดไทย

ประการที่สาม แรงงานข้ามชาติที่มาขึ้นทะเบียนส่วนหนึ่งเข้ามาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานีระยะสั้นๆ ใช้จังหวัดอุบลราชธานีเป็นที่พักชั่วคราวและเป็นเส้นทางผ่าน เพื่อเดินทางไปทำงานในจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย เช่น กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ประการที่สี่ แรงงานส่วนหนึ่งเข้ามาตามฤดูกาลเพาะปลูก และมาทำงานในระยะเวลาสั้นๆ โดยส่วนมากเข้ามารับจ้างในภาคเกษตรกรรม เช่น ทำนา เกี่ยวข้าว ถอนมัน เป็นต้น แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่นายจ้างไม่ได้นำมาขอใบอนุญาตทำงาน

ประการที่ห้า เนื่องจากในปัจจุบันรัฐบาล สปป.ลาว ได้ออกกฎหมายให้แรงงานของประเทศตนที่ต้องการเดินทางไปทำงานต่างประเทศ เช่น ประเทศไทย ต้องติดต่อผ่านบริษัทจัดหางานในประเทศลาว ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงลักษณะเดียวกับค่านายหน้า ทำให้แรงงานลาวซึ่งมีฐานะยากจนต้องการหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายดังกล่าว ส่วนใหญ่จึงเข้าเมืองมา

[1] จากรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และชุดปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งที่ 1/2550 (วันที่ 16 มกราคม 2550)

อย่างผิดกฎหมายเพื่อมารับจ้างทำงาน นอกจากนี้ผู้ประกอบการ/นายจ้างชาวไทยก็เจอปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการติดต่อจ้างแรงงานลาวอย่างถูกกฎหมาย เพราะต้องผ่านบริษัทจัดหางานของประเทศลาวเช่นเดียวกัน จึงยินดีที่จะจ้างแรงงานผิดกฎหมาย ทำให้จังหวัดอุบลราชธานีมีนายจ้างมาขอโควต้าแรงงานต่างชาติในแต่ละปีจำนวนไม่มากนัก

ประการที่หก นายจ้างให้ข้อมูลว่าช่วงเวลาที่รัฐบาลกำหนดให้มีการจดทะเบียนแรงงานไม่สอดคล้องกับฤดูกาลในการจ้างแรงงานต่างชาติในพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตอำเภอที่ต้องการแรงงานตามฤดูกาลเพาะปลูกและเก็บเกี่ยวผลผลิต นอกจากนี้การจ้างแรงงานต่างชาติในภาคเกษตรกรรม มีความต้องการจ้างแรงงานแค่ช่วงสั้นๆ ไม่เกิน 1 เดือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับระยะเวลาการจ้างงานที่รัฐบาลกำหนด คือ ต้องเป็น 1 ปี หรือ 6 เดือน หรือ 3 เดือน เท่านั้น ซึ่งนายจ้างเห็นว่าไม่คุ้มกับการพาแรงงานไปจดทะเบียน

ที่สำคัญคือ **จังหวัดอุบลราชธานียังมีบุคคลไม่มีสัญชาติอาศัยอยู่ตามอำเภอชายแดนจำนวนนับหมื่นคน** บุคคลไร้สัญชาติเหล่านี้ประกอบด้วยคนลาวอพยพที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยสมัยเกิดสงครามกลางเมืองในลาว มีทั้งที่อพยพมาตัวคนเดียว หรือมาทั้งครอบครัว และส่วนหนึ่งเป็นลูกหลานของคนลาวอพยพที่เกิดในประเทศไทย หรือคนลาวที่มาแต่งงานกับคนไทยและใช้ชีวิตในเมืองไทยนานจนมีลูกโตเป็นหนุ่มสาว ในส่วนของคนลาวประเภทหลังนี้ได้สูญเสียสัญชาติลาวไป เนื่องจากทางการลาวจำหน่ายชื่อออกจากทะเบียนบ้าน เพราะไม่กลับคืนบ้านเป็นระยะเวลานาน บุคคลเหล่านี้ไม่มีสถานะเป็นคนไทยตามกฎหมายด้วย

ควรกล่าวด้วยว่า ยังพบคนเชื้อชาติเขมรมีสถานะเป็นคนไร้สัญชาติอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอที่อยู่ติดชายแดนกัมพูชาอีกด้วย ได้แก่ อำเภอน้ำยืน และ น้ำขุ่น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีกระแสแรงงานอพยพข้ามชาติใหม่ในจังหวัดอุบลราชธานี คือ กระแสอพยพเข้ามาของแรงงานชาวเวียดนามภาคใต้ เดินทางเข้ามาทำงานรับจ้าง ซึ่งแรงงานชาวเวียดนามเหล่านี้เป็นแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ผ่านเครือข่ายญาติชาวไทยเชื้อสายเวียดนามให้ความช่วยเหลือในการเดินทางเข้ามาทำงาน ซึ่งในอดีตเคยเกิดกระแสการอพยพของชาวเวียดนามมาตั้งรกรากในจังหวัดอุบลราชธานีจนกระทั่งมีชุมชนชาวไทยเชื้อสายเวียดนามขนาดใหญ่ในจังหวัด

ตารางที่ 5.4 ความต้องการแรงงานและจำนวนนายจ้างที่มาขึ้นทะเบียน ปี 2547-2549

ปี	จำนวนความต้องการแรงงาน	จำนวนโควต้าที่พิจารณาอนุญาต	จำนวนนายจ้างที่มาขอโควต้า
2547*	2,786	2,480	825
2548**	4,213	3,780	1,420
2549***	2,787	1,469	1,125

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากแบบรายงานการจ้างแรงงานต่างด้าว สำนักงานจัดหางาน จังหวัดอุบลราชธานี
* ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 กรกฎาคม 2547 ถึง 25 พฤษภาคม 2548
** ข้อมูลจัดเก็บ ระหว่าง 1 มิถุนายน 2548 ถึง 30 สิงหาคม 2548
*** ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 มิถุนายน 2549 ถึง 25 สิงหาคม 2549

การเข้ามาของแรงงานลาวในจังหวัดอุบลราชธานีนั้นมีหลายรูปแบบ มีทั้งการเข้ามาทางเท้า ทางเรือ แรงงานลาวจำนวนมากเดินทางเข้ามาเองทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย มีจำนวนหนึ่งที่เข้ามาโดยมีนายจ้างหรือคนนำพาเข้ามาถูกต้องตามกฎหมาย แต่จำนวนมากเช่นกันที่มีขบวนการลักลอบรับจ้างนำพาเข้ามาฝั่งไทยที่เรียกว่าขบวนการรถตู้ โดยนำส่งแรงงานลาวไปตามจุดต่างๆ รวมทั้งส่งเข้ากรุงเทพฯ กรณีเข้ามาถูกต้องตามกฎหมายแรงงานลาวจะต้องมาตามช่องทางผ่านแดนซึ่งมีหลายจุดตามแนวชายแดน ได้แก่ ด่านตรวจคนเข้าเมืองช่องเม็ก อำเภอสิรินธร ซึ่งเป็นด่านผ่านแดนสากลถาวร รูปแบบการเข้ามาของแรงงานลาวที่จุดผ่านแดนนี้ มีลักษณะทั้งเข้ามาทำงานแบบเช้าไปเย็นกลับ

ซึ่งต้องมีเอกสารหรือหนังสือผ่านแดน แรงงานที่เข้ามาลักษณะนี้ได้แก่คนรับใช้ตามบ้าน คนรับจ้างขายของ และกรรมกรรถเข็น

อีกรูปแบบหนึ่งคือเดินทางเข้ามาทำงานในช่วงเวลานานกว่าเช้าไปเย็นกลับ มีการขออนุญาตทำงานใช้พาสปอร์ตและวีซ่าในการเดินทางเข้ามาและมีนายจ้างรับรองพามา นอกจากด่านผ่านแดนถาวรที่ช่องเม็กแล้ว จังหวัดอุบลราชธานียังมีจุดผ่านแดนผ่อนปรนอีกหลายจุดในอำเภอชายแดนเขมราฐ โพธิ์ไทร นาตาล ศรีเมืองใหม่ โขงเจียม และบุณฑริก โดยต้องขอใบอนุญาตผ่านแดน สามารถอยู่ในประเทศไทยได้ไม่เกิน 3 วัน หรือสามารถเดินทางเข้ามาผ่านจุดผ่านแดนผ่อนปรนที่ไม่เป็นทางการซึ่งชุมชนหมู่บ้านฝั่งไทยที่อยู่ติดแนวแม่น้ำโขงจัดตั้งขึ้นและดูแลกันเอง คนลาวที่เดินทางเข้ามาผ่านช่องทางนี้ต้องจ่ายเงินค่าเหยียบแผ่นดินครั้งละ 20 บาท มีกรรมการหมู่บ้านมาดูแลตรวจตราให้คนลาวที่ข้ามไปมาได้ลงชื่อไว้เป็นหลักฐานทั้งขาเข้ามาและขากลับออกไป ลักษณะการเดินทางอนุญาตให้เฉพาะที่เป็นแบบเช้าไปเย็นกลับเพื่อมาเยี่ยมญาติ นำสินค้ามาขายในตลาดนัดฝั่งไทย มาซื้อสินค้าไทยไปขาย มารับบริการรักษาพยาบาล เป็นต้น หากต้องการอยู่มากกว่า 1 วัน ต้องไปทำใบผ่านแดนที่จุดผ่อนปรนที่เป็นทางการซึ่งมีเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองดูแลรับผิดชอบอยู่

ในพื้นที่ชายแดนพบมีแรงงานลาวจำนวนมากเข้ามาตามช่วงของฤดูกาลเพื่อรับจ้างในภาคเกษตร โดยมีนายจ้างฝั่งไทยที่รับงานไว้ไปว่าจ้างมาอีกต่อหนึ่ง ซึ่งลักษณะการเข้ามาแบบนี้จะมีการขอใบอนุญาตผ่านแดนที่จุดผ่อนปรนซึ่งเป็นทางการเป็นครั้งๆ ไป ตามระยะเวลาการจ้าง เช่น 5 วัน หรือ 10 วัน เป็นต้น แต่มีแรงงานลาวจำนวนมากลักลอบเข้ามาทำงานตามฤดูกาลเพาะปลูก ช่วงเดือนพฤษภาคม และช่วงเดือนตุลาคม–พฤศจิกายน หากมีการจับกุมแรงงานที่ลักลอบเข้ามาในช่วงนี้จะจับได้ประมาณเฉลี่ยวันละ 150–200 คน

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีการลักลอบนำแรงงานชาวลาวเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากเป็นอันดับต้นๆ และทำให้แก๊งลับลอบนำแรงงานลาวเข้ามาในประเทศไทยมีรายได้สูงมาก และเรื่องนี้กลายเป็นประเด็นผลประโยชน์และเรื่องการใช้เครือข่ายอิทธิพลในพื้นที่ แรงงานชาวลาวที่ลักลอบเข้ามาผ่านนายหน้ามีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย นายหน้าทำหน้าที่หายานพาหนะจัดส่งโดยใช้เรือหางยาวพาแรงงานข้ามฟากแม่น้ำโขงมาฝั่งไทย โดยมีรถยนต์ตู้ หรือรถกระบะรอรับ เพื่อนำแรงงานลาวเดินทางต่อไปทำงานในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ หรือชานเมืองกรุงเทพฯ แหล่งข้อมูลในพื้นที่ได้ให้รายละเอียดว่า เส้นทางลักลอบนำคนลาวเข้าสู่ประเทศไทยในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อำเภอโขงเจียม อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอเขมราฐ และอำเภอสิรินธร โดยการขนส่งแรงงานเหล่านี้จะทำกันในเวลากลางคืน คนในพื้นที่ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า อำเภอชายแดนในจังหวัดอุบลราชธานีมีแรงงานลาวที่ลักลอบเข้ามาในประเทศไทยผ่านแก๊งหรือขบวนการลักลอบประมาณวันละมากกว่า 300 คน แก๊งเหล่านี้มีการติดสินบนเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อเป็นใบผ่านทางด้วย แรงงานชาวลาวที่เดินทางเข้ามาประเทศไทยอย่างผิดกฎหมายที่ผ่านนายหน้า จะต้องจ่ายเงินให้นายหน้าประมาณคนละ 1,000 บาท โดยแรงงานเหล่านั้นจะถูกส่งไปทำงานในหลากหลายอาชีพ ในจำนวนนี้มีแรงงานหญิงที่ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศรวมอยู่ด้วย

ในปีงบประมาณ 2549 จังหวัดอุบลราชธานี มีการจับกุมดำเนินคดีแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้าเมืองและผู้เกี่ยวข้องจำนวนทั้งสิ้น 11,761 ราย โดยแบ่งเป็นการจับกุมแรงงานต่างด้าวของชุดปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานคนต่างด้าวระดับจังหวัด 8,736 ราย ชุดปฏิบัติการระดับอำเภอจับกุมได้จำนวน 3,025 คน ในจำนวนนี้มีการจับกุมดำเนินคดีผู้นำพา 77 ราย ผู้ให้ที่พักพิง 24 ราย และนายจ้าง 23 ราย[2]

ส่วนแรงงานข้ามชาติถูกกฎหมายในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าส่วนใหญ่เข้ามาทำงานประเภทคนรับใช้ในบ้านและในประเภทกิจการอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยกิจการย่อยๆ จำนวน 33 ประเภท ประเภทกิจการที่มีปริมาณการจ้างแรงงานต่างชาติเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ ร้านอาหารเครื่องดื่ม ร้านคาราโอเกะ ร้านค้าทั่วไป อุตสาหกรรมในครัวเรือน เช่น การทำหมูยอ ไส้กรอก ลูกชิ้น เส้นกวยจั๊บ นอกจากนี้มีการจ้างงานในภาคเกษตรกรรม เช่น จ้างทำนา (ดูตารางที่ 5.5)

[2] จากรายงานการประชุมคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง และชุดปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งที่ 1/2550

กล่าวโดยสรุปสถานการณ์ภาพรวมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดอุบลราชธานี คือ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศลาวที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งแรงงานเหล่านี้ทำงานรับจ้างอยู่ในภาคเกษตรกรรม ภาคก่อสร้าง กรรมกรแบกหาม คนรับใช้ในบ้าน คนงานในโรงงานขนาดเล็ก เช่น ร้านทำหมูยอ ทำลูกชิ้น ทำเส้นก๋วยเตี๋ยว ไส้กรอก เป็นต้น และในภาคบริการ เช่น คนช่วยงานขายของในร้านค้า ร้านอาหารแผงลอย ปั๊มน้ำมัน พนักงานเสิร์ฟตามร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ พนักงานโรงแรม หรือ รีสอร์ทขนาดเล็ก เป็นต้น นอกจากนี้พบผู้หญิงลาวจำนวนหนึ่งเข้ามาประกอบอาชีพเป็นหญิงขายบริการทางเพศ โดยกระจุกตัวอยู่ตามอำเภอชายแดน เช่น สิรินธร โขงเจียม เขมราฐ โพธิ์ไทร นาตาล พิบูลมังสาหาร บุณฑริก เป็นต้น ส่วนมากขายบริการอยู่ตามร้านอาหาร และร้านคาราโอเกะ พบว่า แรงงานชาวพม่าและชาวกัมพูชาที่ได้รับใบอนุญาตทำงานจากสำนักงานจัดหางานจังหวัด ส่วนใหญ่ทำงานเป็นคนรับใช้ตามบ้าน มีแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาที่ปรากฏตัวอยู่ตามอำเภอชายแดนที่ติดกับประเทศกัมพูชา ส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน แรงงานกลุ่มนี้ทำงานรับจ้างอยู่ในภาคเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวนยางพารา รับจ้างเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ระดับค่าจ้างเฉลี่ยที่แรงงานข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีได้รับ แบ่งเป็นกลุ่มตามประเภทงานที่มารับจ้างดังนี้ กลุ่มรับจ้างทำงานบ้าน 2,000 – 4,500 บาท ต่อเดือน กลุ่มรับจ้างภาคอุตสาหกรรม คิดค่าจ้างรายวัน วันละ 140–152 บาท จ่ายเมื่อทำงานครบเดือน กลุ่มกรรมกรก่อสร้าง กรณีแรงงานมีฝีมือ 150–170 บาท ต่อวัน แรงงานไร้ฝีมือ 120–130 บาทต่อวัน ในกลุ่มงานก่อสร้างพบว่าแรงงานข้ามชาติผู้ชายได้รับค่าแรงสูงกว่าแรงงานหญิง กลุ่มทำงานตามร้านขายของชำ ได้เดือนละ 5,000 บาท โดยทำงานวันละ 12 ชั่วโมง และไม่มีวันหยุด กลุ่มพนักงานขายบริการทางเพศ ไม่มีเงินเดือน รายได้จากการรับแขก 10,000 – 40,000 บาทต่อเดือน บางคนที่เป็นพนักงานเสิร์ฟอย่างเดียวได้ค่าแรงวันละ 50 บาท หากเป็นนักร้องด้วยได้ค่าแรง 70 บาท อย่างอื่นตกลงกันเอง กลุ่มทำในงานฟาร์ม คิดค่าแรงรายวัน วันละ 150 บาทจ่ายเป็นรายสัปดาห์ กลุ่มทำงานไร่ งานสวน วันละ 80 – 120 บาท และในบางพื้นที่เหมาจ่ายทั้งปี[3]

ตารางที่ 5.5 จำนวนแรงงานแยกตามประเภทกิจการที่จ้างและเพศของแรงงาน

ภาคการจ้างงาน	ปี 2547*		ปี 2548**		ปี 2549***	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
เกษตรและปศุสัตว์	142	47	82	47	42	4
ก่อสร้าง	25	3	27	4	18	3
คนรับใช้ในบ้าน	134	678	342	1,033	152	412
ประมงน้ำจืด	2	–	–	–	2	–
โรงงานขนาดเล็ก (โรงสีข้าว, โรงอิฐและเครื่องปั้นดินเผา, โรงน้ำแข็ง)	38	6	21	12	10	3
อื่นๆ (ร้านอาหาร คาราโอเกะ ฯลฯ)	142	117	139	136	228	559
รวม	**483**	**851**	**610**	**1,232**	**452**	**981**

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากแบบรายงานการจ้างแรงงานต่างด้าว สำนักงานจัดหางาน จังหวัดอุบลราชธานี

* ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 กรกฎาคม 2547 ถึง 25 พฤษภาคม 2548

** ข้อมูลจัดเก็บ ระหว่าง 1 มิถุนายน 2548 ถึง 30 สิงหาคม 2548

*** ข้อมูลจัดเก็บระหว่าง 1 มิถุนายน 2549 ถึง 30 สิงหาคม 2549

[3] อ้างอิงจากข้อมูลที่สัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติ และผู้ประกอบการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของเครือข่ายความร่วมมือพัฒนาชายแดนอีสาน (BEAN) เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2549 ในพื้นที่ 9 จังหวัดชายแดน ได้แก่ ศรีสะเกษ มุกดาหาร เลย หนองคาย นครพนม สุรินทร์ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ และ 3 จังหวัดศูนย์กลางทางเศรษฐกิจอีสาน คือ นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี

การศึกษาการกระจายตัวของแรงงานต่างชาติถูกกฎหมายจากข้อมูลการต่ออายุและออกใบอนุญาตทำงานให้กับแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ในปี 2549 พบว่า นายจ้าง และแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตของจังหวัดอุบลราชธานีกระจายตัวอยู่ทั่วทั้งจังหวัด อย่างไรก็ตามอำเภอที่มีการใช้แรงงานต่างชาติมากยังคงเป็นอำเภอตามแนวชายแดน และอำเภอที่เป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจการค้าและการเกษตรของจังหวัด เขตอำเภอที่มีการกระจุกตัวของแรงงานต่างชาติ 7 อันดับแรก คือ อำเภอเมือง อำเภอวารินชำราบ อำเภอเขมราฐ อำเภอเดชอุดม อำเภอสิรินธร อำเภอบุณฑริก และ อำเภอพิบูลมังสาหาร (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.6 การกระจายตัวของแรงงานต่างด้าวและนายจ้างที่มาขอใบอนุญาตทำงาน ณ 25 สิงหาคม 2549

พื้นที่	แรงงานที่ขึ้นทะเบียน			พม่า		ลาว		กัมพูชา		นายจ้างทั้งหมด
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1. เมือง	154	396	550	10	11	141	378	3	7	421
2. วารินชำราบ	53	113	166	2	7	49	106	2	0	125
3. เขมราฐ	38	45	83	0	0	37	45	1	0	76
4. เดชอุดม	32	48	80	3	1	29	45	0	2	49
5. สิรินธร	10	64	74	1	0	9	63	0	1	64
6. บุณฑริก	26	46	72	1	3	25	43	0	0	36
7. พิบูลมังสาหาร	19	45	64	1	1	18	44	0	0	60
8. ตระการพืชผล	28	18	46	2	1	26	17	0	0	45
9. เขื่องใน	18	18	36	3	0	14	16	1	2	30
10. โขงเจียม	3	33	36	0	0	3	33	0	0	28
11. ม่วงสามสิบ	16	17	33	3	3	12	14	1	0	18
12. โพธิ์ไทร	9	23	32	0	1	9	22	0	0	26
13. นาตาล	7	22	29	0	0	7	22	0	0	21
14. สว่างวีระวงศ์	11	14	25	3	3	8	11	0	0	22
15. ดอนมดแดง	4	19	23	1	0	3	18	0	1	17
16. นาเยีย	5	12	17	1	2	4	10	0	0	22
17. กุดข้าวปุ้น	3	11	14	0	1	3	10	0	0	13
18. ศรีเมืองใหม่	4	9	13	2	2	2	7	0	0	12
19. เหล่าเสือโก้ก	4	8	12	2	1	2	7	0	0	12
20. ตาลสุม	4	2	6	2	0	2	2	0	0	6
21. น้ำยืน	0	6	6	0	0	0	6	0	0	6
22. สำโรง	4	1	5	1	0	1	1	2	0	5
23. น้ำขุ่น	2	2	4	0	0	2	2	0	0	4
24. ทุ่งศรีอุดม	0	4	4	0	0	0	4	0	0	4
25. นาจะหลวย	0	3	3	0	0	0	3	0	0	3
รวม	**454**	**979**	**1,433**	**38**	**37**	**406**	**929**	**10**	**13**	**1,125**

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ ปรับปรุงจากตารางสรุปข้อมูลแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับกรมการปกครองและขอใบอนุญาตทำงาน ปี 2549 ที่เสนอต่อที่ประชุมครั้งที่ 1/2550 (16 มกราคม 2550) ของคณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและชุดปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองจังหวัดอุบลราชธานี

5.3.4 สถานการณ์การขายบริการทางเพศของแรงงานหญิงชาวลาว

มีแรงงานหญิงชาวลาวเดินทางเข้ามาขายบริการทางเพศในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวนมาก โดยเฉพาะในอำเภอที่อยู่ติดชายแดน เช่น อำเภอสิรินธร อำเภอโขงเจียม อำเภอเขมราฐ อำเภอโพธิ์ไทร และกิ่งอำเภอนาตาล ดังตัวอย่างสถานการณ์การขายบริการทางเพศในพื้นที่ชายแดนบริเวณช่องเม็ก ในอำเภอสิรินธร และอำเภอโขงเจียม รวมทั้งบริเวณวังเต่า และเมืองปากเซ ฝั่งประเทศลาว ซึ่งมีผืนดินเชื่อมต่อกับประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต 5-6 ปี ที่ผ่านมา การขายบริการทางเพศในพื้นที่เหล่านี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปและเติบโตมาก เฉพาะฝั่งไทยเองมีร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ และรีสอร์ทเพิ่มมากขึ้น มีหญิงชาวลาวเข้ามาขายบริการมากขึ้น

ในฝั่งไทยหากนับเฉพาะบริเวณช่องเม็กมีร้านอาหารและคาราโอเกะซึ่งให้บริการหญิงชาวลาวด้วยทั้งสิ้น 11 ร้าน ส่วนอำเภอโขงเจียมมี 12 ร้าน รวมแล้วประมาณ 23 ร้าน และในแต่ละร้านมีหญิงสาวชาวลาวมาขายบริการโดยเฉลี่ยร้านละประมาณ 10 คน ภาพรวมก็คือในบริเวณชายแดนฝั่งไทยจะมีผู้หญิงชาวลาวข้ามมาขายบริการทางเพศประมาณ 200 คน และถ้าเป็นหน้าเทศกาลจำนวนอาจสูงกว่านี้ ส่วนชายแดนฝั่งลาวเองหรือฝั่งวังเต่า มีร้านที่มีผู้หญิงลาวไว้บริการแขกชาวไทย ฝรั่ง และชาวลาว เรียกว่า ร้านเบียร์กอด อยู่ประมาณ 50 ร้าน ซึ่งเปิดให้บริการแก่แขกที่มาเที่ยวในช่วงเวลาปกติ แต่ถ้าหากในช่วงหน้าเทศกาลหรือวันหยุดติดต่อกันหลายวันก็จะมีเพิ่มขึ้นถึง 80 ร้าน เฉพาะบริเวณวังเต่าที่เป็นร้านเบียร์กอดมีผู้หญิงชาวลาวหมุนเวียนให้บริการประมาณ 400 คน ซึ่งไม่นับรวมหญิงขายบริการชาวลาวที่ทำงานในร้านอาหาร ดิสโก้ ไนต์คลับ บาร์เบียร์ที่ตั้งให้บริการอยู่ในอำเภอปากเซ แขวงจำปาสัก ฝั่งของประเทศลาวเอง ซึ่งมีอยู่ประมาณ 50 ร้าน

จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2547 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวนสถานบริการบันเทิงทุกประเภทรวมทั้งสิ้น 253 แห่ง และมีจำนวนหญิงขายบริการทางเพศในสถานบริการเหล่านี้ทั้งสิ้น 594 คน ในจำนวนนี้คาดประมาณว่ามีหญิงขายบริการชาวต่างชาติ โดยเฉพาะผู้หญิงลาวประมาณร้อยละ 23 ส่วนการสำรวจในปี 2548 พบมีสถานบันเทิงทุกประเภทรวม 335 แห่ง มีหญิงที่ให้บริการทางเพศ 737 คน และร้อยละของหญิงต่างชาติที่เข้ามาขายบริการทางเพศเพิ่มขึ้นจากปี 2547 เป็นร้อยละ 30

ตารางที่ 5.7 จำนวนผู้ให้บริการ ผู้ขายบริการทางเพศ และสถานบริการทุกประเภท ของจังหวัดอุบลราชธานี

จำนวนผู้ให้บริการและสถานบริการ	ปี 2547			ปี 2548		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนผู้ให้บริการทั้งหมด	505	1,235	1,740	436	1,332	2,065
จำนวนผู้ขายบริการทางเพศ	1	594	595	4	733	737
คาดประมาณ % ของผู้ขายบริการที่เป็นต่างชาติ	-	23%		-	30%	
จำนวนสถานบริการบันเทิงทุกประเภท	253 แห่ง			335 แห่ง		

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสถานบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

การขายบริการทางเพศของหญิงชาวลาวในบริเวณชายแดนไทย-ลาว ได้เติบโตควบคู่ไปกับการขยายตัวของการค้าขายชายแดนระหว่างไทยกับลาวและการส่งเสริมการท่องเที่ยวสู่อินโดจีน จากการพูดคุยกับคนในพื้นที่ยืนยันสถานการณ์ว่า การขายบริการทางเพศในบริเวณชายแดนช่องเม็ก-วังเต่า และปากเซ แขวงจำปาสักของ สปป.ลาว มีความหลากหลายมากขึ้นทั้งรูปแบบการขายบริการ ผู้ชายนักเที่ยวที่มาซื้อบริการ ในขณะที่การหลอกลวงหญิงชาวลาว

หรือหญิงชนเผ่าให้มาขายบริการทางเพศแบบบังคับพบน้อยลง และยังพบว่าหญิงขายบริการชาวลาวเหล่านี้มาทำงานด้วยความสมัครใจมากขึ้น และผู้ซื้อบริการทางเพศก็มีความหลากหลายมากขึ้น กล่าวคือไม่ได้มีเฉพาะผู้ชายไทยในท้องถิ่นที่เป็นข้าราชการ ผู้นำชุมชน วัยรุ่น หรือ พ่อค้า หรือผู้ชายจากอำเภอใกล้เคียงที่มาซื้อบริการอีกต่อไป มีผู้ซื้อบริการชายไทยจากต่างจังหวัดมากขึ้น เช่น นักท่องเที่ยว พ่อค้าต่างถิ่น พ่อค้าไม้ มีการเสนอขายผู้หญิงผ่านนายหน้าที่ฝั่งไทย โดยการให้ผู้ซื้อดูอัลบั้มรูปถ่ายของผู้หญิงเหล่านั้น มีการนำนักท่องเที่ยวไทยเป็นกลุ่มคล้ายๆ เซ็กส์ทัวร์ข้ามไปฝั่งปากเซ แขวงจำปาสัก โดยมีการติดต่อผู้หญิงบริการไว้ล่วงหน้าผ่านนายหน้าตรงบริเวณช่องเม็ก

นอกจากนี้ยังมีนักท่องเที่ยวชาวตะวันตกที่เดินทางข้ามแดนบริเวณนี้ ตลอดจนมีพ่อค้าคนจีน และผู้ชายเวียดนามที่เข้ามาประกอบธุรกิจในลาวและไทย ได้เข้ามาซื้อบริการทางเพศด้วย และที่สำคัญพบว่ามีผู้หญิงชาวลาวที่เคยขายบริการทางเพศอยู่ในพื้นที่แขวงอื่นของลาว เช่น เวียงจันทน์ หลวงพระบาง และ สะหวันนะเขต เดินทางเข้ามาขายบริการในบริเวณช่องเม็ก–วังเต่า และปากเซมากขึ้น มีบางคนมาเช่าห้องรวมกัน 2–3 คน ในปากเซ แขวงจำปาสักและติดต่อหาลูกค้าเอง โดยใช้ห้องเช่านั้นเป็นจุดที่ให้บริการกับลูกค้า เป็นต้น และยังพบหญิงชาวเวียดนามเข้ามาขายบริการทางเพศในเมืองปากเซ และฝั่งวังเต่าอีกด้วย

การเดินทางเข้ามาขายบริการทางเพศของหญิงลาวในบริเวณเมืองชายแดน อ.สิรินธร และ อ.โขงเจียม มีทั้งการเดินเท้าเข้ามา มาทางรถยนต์ หรือ ทางเรือ จำนวนหนึ่งเข้ามาเอง แต่จำนวนไม่น้อยที่เข้ามาโดยมีคนนำพาเข้ามา เช่น มีนายจ้าง/เจ้าของร้านอาหารหรือร้านคาราโอเกะไปติดต่อพามา หรือบางส่วนเข้ามาโดยผ่านนายหน้า หรือเพื่อนที่มาขายบริการอยู่ก่อนแล้วชวนมา การเข้ามาทางด่านช่องเม็กหากถูกกฎหมาย จะต้องมีใบอนุญาต เอกสาร เช่น หนังสือผ่านแดน ที่ด่านช่องเม็กมีผ่อนปรนให้คนลาวเดินทางมาทำงานเช้าไปเย็นกลับได้โดยไม่ต้องทำใบผ่านแดน แต่ต้องไม่ออกนอกระยะทางที่กำหนด คือ 100–150 เมตร จากเขตชายแดน ถ้าเข้ามาตามจุดผ่อนปรนต้องมีใบผ่านแดนและพักอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ไม่เกิน 3 วัน มีกำหนดระยะทางออกนอกพื้นที่ได้ไม่เกิน 500 เมตร

ที่ผ่านมาพบว่า ความหนาแน่นของการขายบริการทางเพศของหญิงชาวลาวบริเวณช่องเม็กมีการขึ้นลงตามนโยบายการผ่อนปรนจุดชายแดนถ้าเมื่อไรก็ตามที่รัฐบาลไทยมีมาตรการปราบปรามการขายบริการทางเพศอย่างเข้มงวดหรือมีการจัดระเบียบพื้นที่ชายแดน การขายบริการทางเพศและธุรกิจที่เกี่ยวข้องก็ซบเซา ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะแถวชายแดนฝั่งไทยก็มีการปิดตัวกันไปชั่วขณะ แต่มีผลทำให้ผู้หญิงชาวลาวที่ตั้งใจมาขายบริการทางเพศ หรือที่ตั้งใจมาหางานทำต้องเดินทางไกลขึ้น เช่น อาจต้องไปทำงานนี้ที่อำเภอโขงเจียม พิบูลมังสาหาร และเดินทางไปกรุงเทพฯ หรือต่างจังหวัด เป็นต้น นอกจากนี้ในช่วงดังกล่าวจะพบมีการใช้อำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการกดขี่และใช้ความรุนแรงกับหญิงชาวลาวที่มาขายบริการในฝั่งไทยมากขึ้น เพราะส่วนใหญ่ผู้หญิงเหล่านี้เข้าเมืองมาแบบผิดกฎหมายและมาทำงานผิดกฎหมายด้วย จึงง่ายที่เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจับกุมจะข่มเหงรังแก เช่น บังคับร่วมหลับนอนโดยไม่จ่ายค่าตัว ทำร้ายร่างกาย หรือ ไม่ยอมสวมถุงยางอนามัย เป็นต้น

โดยภาพรวมแล้วพบว่า ภูมิหลังของหญิงขายบริการทางเพศชาวลาวที่เข้ามาขายบริการฝั่งไทยมีฐานะยากจนจำนวนมากมีภาระครอบครัวที่จะต้องดูแล เช่น ลูก พ่อแม่ พบว่าหญิงขายบริการชาวลาวฝั่งวังเต่าซึ่งทำงานร้านเบียร์กอด มีลักษณะภูมิหลังไม่แตกต่างจากผู้หญิงลาวที่ข้ามมาขายบริการทางเพศฝั่งไทย ส่วนใหญ่ยากจนพ่อแม่มีอาชีพทำนา โดยทั่วไปพบว่าอายุเฉลี่ยของหญิงชาวลาวที่มาขายบริการทางเพศที่บริเวณช่องเม็ก–วังเต่า และโขงเจียม คือ 15–19 ปี อายุต่ำสุดที่พบประมาณ 13 ปี สูงสุดประมาณ 27–29 ปี ถิ่นฐานของผู้หญิงเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นคนแขวงจำปาสัก เช่น อำเภอโพนทอง อำเภอปากเซ บ้านคอนตะลาด บ้านพระนอน ปทุมพร หลายคนที่สัมภาษณ์ระดับลึกมีประสบการณ์การขายบริการทางเพศในประเทศลาว เช่น ในปากเซ จำปาสัก สาละวัน มาแล้ว และยังพบว่าบางคนบ้านเกิดอยู่เวียงจันทน์ หรือหลวงพระบาง เคยขายบริการมาแล้วแต่ล่องใต้มาขายบริการที่ช่องเม็กหรือในปากเซ จำปาสัก เพราะได้ข่าวจากเพื่อนว่าหาเงินได้ง่ายกว่า เนื่องจากมีผู้ซื้อแขกเยอะ ล่าสุดพบว่ามีหญิงขายบริการชาวลาวซึ่งเคย

ทำงานขายบริการที่ภาคเหนือของประเทศไทย คือ จังหวัดเชียงราย เคลื่อนย้ายลงมาขายบริการที่ช่องเม็กและที่เขมราฐมากขึ้น ด้วยเหตุผลความใกล้บ้าน และได้ราคาค่าตัวใหม่ที่ดีกว่า เพราะในที่ใหม่พวกเธอกลายเป็นของใหม่ที่ยังเรียกค่าตัวได้สูงกว่าการขายบริการในที่เก่า

ประวัติการเข้ามาทำงานในประเทศไทยก่อนเข้าสู่อาชีพขายบริการทางเพศ ส่วนใหญ่ของหญิงชาวลาวที่มาขายบริการทางเพศที่ช่องเม็กและโขงเจียม เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยการชักชวนของเพื่อน ญาติ หรือนายหน้า ช่วงแรกพ่อแม่ฝากมาให้ทำงานรับใช้ตามบ้าน หรือ เพื่อนชวนมาทำงานเป็นสาวเสิร์ฟในร้านอาหาร ประเภทนี้มีอยู่ประมาณร้อยละ 99 แต่พอพบว่าเพื่อนๆ ทำงานขายบริการได้เงินมากกว่าและได้แต่งตัว ได้สนุกสนาน ได้ร้องเพลง จึงตัดสินใจขายบริการด้วย บางคนเคยเข้ามาเป็นแรงงานผิดกฎหมายในประเทศไทย โดยทำงานในโรงงาน หรืองานรับใช้ตามบ้านที่กรุงเทพฯ หรือแถบชานเมืองกรุงเทพฯ อย่างไรก็ตามมีหญิงขายบริการชาวลาวจำนวนหนึ่ง ทราบตั้งแต่ต้นแล้วว่าอาชีพที่เพื่อนชวนมาทำคืออาชีพขายบริการทางเพศ จากการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่พบว่า ทั้งในฝั่งไทยและฝั่งลาวไม่ใช่หญิงชาวลาวทุกคนที่ทำงานในร้านอาหารคาราโอเกะ หรือร้านเบียร์กอด แล้วทำงานขายบริการทางเพศไปด้วย หลายคนเริ่มต้นการทำงานเป็นแค่พนักงานเสิร์ฟอาหารเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามด้วยสภาพแวดล้อม และการชักชวนของเพื่อน ตลอดจนรายได้ที่จูงใจมากกว่าการเป็นแค่พนักงานเสิร์ฟ มีแนวโน้มว่าเด็กผู้หญิงเหล่านี้จะเข้าสู่อาชีพขายบริการในที่สุดเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์

แรงผลักดันอันหนึ่งที่ทำให้หญิงชาวลาวเปลี่ยนอาชีพมาขายบริการทางเพศ เพราะว่าอาชีพเดิมรายได้ไม่ดี เช่น ถ้าเป็นพนักงานเสิร์ฟก็จะมีรายได้ประมาณ 2,000-3,000 บาทต่อเดือน แต่ถ้าขายบริการก็จะมีรายได้เฉลี่ยประมาณครั้งละ 1,000-2,000 บาท โดยไปกับแขกทั้งคืนจนถึงเช้า แขกส่วนมากมักขอร่วมเพศมากกว่า 1 ครั้ง ในการไปกับแขกแต่ละครั้ง แต่ถ้าไปกับแขกแค่ชั่วโมงเดียวราคาก็อยู่ที่ 700-800 บาท โดยทั้งสองรูปแบบแขกจะต้องจ่ายค่าห้องและค่าบริการให้กับเจ้าของร้านเอง ซึ่งค่าบริการที่ต้องจ่ายให้เจ้าของร้านอยู่ระหว่าง 300 บาท ต่อการออกไปให้บริการแต่ละครั้ง และสำหรับผู้หญิงลาวบางคนที่มีแขกขาประจำ มักได้รับเงินประจำเดือนหรือเงินทิปจากแขกอีกด้วย

หญิงขายบริการชาวลาวจำนวนมากเปลี่ยนสถานที่ขายบริการบ่อยครั้ง ทั้งนี้เพื่อรักษาระดับราคาค่าตัว เพราะเมื่อเก่าจากร้านหนึ่งก็จะไปใหม่อีกร้านหนึ่งราคาก็ไม่ตก หญิงขายบริการชาวลาวส่วนใหญ่มีเงินเหลือจากค่าขายบริการทางเพศประมาณเดือนละ 8,000-10,000 บาท บางคนที่มีรายได้สูงอยู่ระหว่าง 20,000-40,000 บาท ก็จะมีเงินออมมากขึ้น แรงงานหญิงลาวเหล่านี้เกือบทุกคนส่งเงินกลับไปให้ครอบครัวที่ประเทศลาว กรณีที่มาแอบขายบริการทางเพศโดยไม่บอกให้พ่อแม่ทราบความจริง หญิงลาวเหล่านี้จะให้เงินพ่อแม่ในจำนวนครั้งละไม่สูงมาก เพราะเกรงว่าพ่อแม่ผิดสังเกตและจับได้ว่ามาขายบริการทางเพศ พบว่าประมาณร้อยละ 95 ของหญิงชาวลาวที่มาขายบริการบริเวณช่องเม็ก-วังเต่า และโขงเจียมไม่ได้บอกให้ทางบ้านทราบว่ามาขายบริการทางเพศ

ส่วนใหญ่ที่เปลี่ยนจากอาชีพพนักงานเสิร์ฟ หรืองานรับใช้ตามบ้าน งานรับจ้างขายของ เพื่อมาขายบริการมักไม่บอกให้พ่อแม่รู้ แต่บางคนเข้าสู่อาชีพนี้เพราะต้องการประชดพ่อแม่ หรือประชดชีวิต ประชดแฟน หรือสามีที่เลิกร้างกัน บางคนมีลูกแล้ว บางคนส่งเงินให้พ่อแม่ ส่งเงินไปให้ลูก และเลี้ยงดูส่งแฟนด้วย พ่อแม่ชาวลาวบางคนก็ทราบว่าลูกสาวตนเองมาทำอาชีพขายบริการในเมืองไทย แต่ไม่ได้มีการส่งเสริมชัดเจนในลักษณะที่เป็นการขายลูกสาวเข้าสู่อาชีพขายบริการ พ่อแม่บางคนอาจรับเงินจากนายหน้าก่อน แต่นายหน้าบอกว่าจะให้มาทำงานบ้าน เป็นต้น ระยะเวลาที่ทำงานขายบริการทางเพศแตกต่างกันออกไปตามอายุจริงของหญิงขายบริการ เช่น บางคนอายุ 26 ปี ขายบริการมาแล้ว 9 ปี แสดงว่าเริ่มขายบริการครั้งแรกอายุ 17 ปี คนที่อายุ 15 ปี ขายบริการมาแล้ว 2 ปี แสดงว่าทำอาชีพนี้ครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี

เฉลี่ยแล้วระยะเวลา ณ วันสัมภาษณ์หญิงขายบริการชาวลาวบริเวณช่องเม็กและโขงเจียมทำอาชีพนี้มาแล้วประมาณเฉลี่ยคนละ 2-3 ปี แล้ว ช่วงที่มีลูกค้าน้อยอาทิตย์หนึ่งๆ จะรับแขกประมาณ 2-3 คน และช่วงที่มีลูกค้าเยอะ

เช่น ช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์ติดต่อกันหลายวัน และฤดูการท่องเที่ยว จะรับแขกประมาณ 2-3 คนต่อวัน บางคนเพิ่งเริ่มทำได้ 2-3 เดือนก็มี การอยู่อาศัยและชีวิตความเป็นอยู่ หญิงขายบริการชาวลาวที่ฝั่งไทย (ช่องเม็กและโขงเจียม) และที่วังเต่าฝั่งลาวจะอาศัยอยู่ที่ร้านอาหาร คาราโอเกะ หรือร้านเบียร์กอดที่ตนทำงาน นอกจากจะขายบริการแล้ว ยังต้องช่วยทำงานในร้านเหมือนเด็กเสิร์ฟทั่วไป คือ ทำความสะอาดร้าน ล้างถ้วยชาม ทำหน้าที่เสิร์ฟ ช่วยปิด-เปิดร้าน เป็นต้น หญิงขายบริการชาวลาวเหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับนายจ้างชาวไทย โดยนายจ้างมักใช้ระบบบุญคุณอุปถัมภ์ผูกใจแรงงานเหล่านี้

5.4 นโยบายการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติ

5.4.1 การตรวจสุขภาพและการทำประกันสุขภาพ

จังหวัดอุบลราชธานีไม่มีการกำหนดนโยบายของพื้นที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติ 3 สัญชาติ คือ พม่า ลาว และเขมร กล่าวคือ ไม่พบว่ามีการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานในเชิงรุก หรือมีการสร้างวิถีใหม่ๆ ในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่มีความเป็นลักษณะพิเศษเฉพาะหรือที่แตกต่างไปจากที่อื่นๆ นโยบายและการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เดินตามแนวนโยบายที่ส่วนกลางกำหนดไว้ กล่าวคือ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติ พบว่าหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ได้กำหนดบทบาทของตนเองไว้ให้เป็นเพียงแค่หน่วยบริการตรวจสุขภาพ ทำบัตรประกันสุขภาพ และให้บริการตรวจรักษาตามสิทธิ์ที่แรงงานต่างชาติที่ซื้อประกันสุขภาพพึงได้รับ โดยหลังจากแรงงานต่างชาติได้เข้าสู่หลักประกันสุขภาพแล้ว ได้มีการให้บริการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยเหมือนให้บริการแก่คนไทยทั่วไปที่มารับบริการ

งานที่ให้ความสำคัญในแต่ละปี คือ การให้บริการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแรงงานต่างชาติ ไม่พบภาพการทำงานที่ชัดเจนหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่มีการทำงานเรื่องนี้เลยก็ว่าได้ ยกเว้นในกรณีของแรงงานหญิงชาวลาวที่เข้ามาขายบริการทางเพศที่เริ่มมีการทำงานบ้างแล้ว แต่ยังให้น้ำหนักกับงานการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานประเภทนี้ การที่ภาพการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติในจังหวัดอุบลราชธานีปรากฏออกมาเช่นนี้อาจจะด้วยหลายสาเหตุ สาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่ง คือ แรงงานต่างชาติ 3 สัญชาติที่เข้ามาทำงานในพื้นที่มีการอยู่อาศัยที่กระจายตัวมาก ไม่มีลักษณะการอยู่อาศัยกันเป็นชุมชนเหมือนที่พบในจังหวัดที่มีการใช้แรงงานต่างชาติเข้มข้น ประกอบกับจำนวนแรงงานที่มีประกันสุขภาพมีจำนวนน้อย ส่งผลให้รายได้ที่จัดเก็บน้อยตามไปด้วย จึงไม่ได้มีการกำหนดนโยบายและแผนงานที่แยกออกมาต่างหากในการให้บริการสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพกับคนเหล่านี้

ในปี 2547 จังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดให้แรงงานต่างชาติสามารถตรวจสุขภาพและทำบัตรประกันสุขภาพได้ที่โรงพยาบาลเพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลวารินชำราบ ต่อเมื่อเจ็บป่วยจึงให้ไปรับบริการตรวจรักษาได้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แรงงานแจ้งสิทธิ์ไว้ หรือไปรับบริการจากหน่วยบริการนอกเขตก็ได้ ต่อมาในปี 2548 จังหวัดอุบลราชธานีกำหนดให้แรงงานต่างชาติชาวลาว พม่า และกัมพูชามารับการตรวจสุขภาพและทำบัตรประกันสุขภาพได้ที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์อีก 1 แห่ง

สำหรับนโยบายเรื่องสถานบริการตรวจสุขภาพและทำบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติชาวพม่า ลาว และเขมร ในปี 2549 ยังคงดำเนินการไม่แตกต่างจากในปี 2548 ถึงแม้มีนโยบายส่วนกลางในเรื่องการกำหนดศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จที่ต้องทำให้การมารับบริการเสร็จสิ้นในจุดเดียว ที่จังหวัดอุบลราชธานีพบว่านายจ้างยังต้องไปแจ้งและ

จ่ายเงินค่าประกันตัวแรงงานต่างด้าวที่จะจ้างที่สำนักงานแรงงานจังหวัด ส่วนในการตรวจสุขภาพ และการทำบัตรประกันสุขภาพ ตัวของแรงงานต่างชาติเองต้องไปรับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ หรือโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่ตนทำงานอยู่ ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับแรงงานที่จะมาตรวจสุขภาพไม่ต้องเดินทางไกล

ส่วนในด้านการรับบริการการรักษาเมื่อเจ็บป่วยให้แรงงานสามารถเข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี อย่างไรก็ตามพบว่าจังหวัดไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นผลการตรวจสุขภาพแรงงานเท่าที่ควร ข้อมูลในตารางที่ 5.8 แสดงให้เห็นว่าก่อนปี 2548 ฝ่ายประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนแรงงานที่มาตรวจสุขภาพ และไม่มีการรายงานผลการตรวจสุขภาพของแรงงานต่างชาติเลย เพิ่งจะเริ่มในปี 2548 ที่ให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูลมากขึ้น อาจเป็นเพราะต้องรายงานตัวเลขให้ส่วนกลาง ซึ่งในปี 2548 และ 2549 จากผลการตรวจสุขภาพของแรงงาน 3 สัญชาติ พบผลการตรวจปกติเป็นส่วนใหญ่ และมีตรวจพบแรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์จำนวนน้อยมาก

ตารางที่ 5.8 ผลการตรวจสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงานปี 2547 – 2549

ผลการตรวจ	2547	2548	2549
ผลการตรวจปกติ	มข.	1,272	1,551
โรคที่ต้องติดตามรักษา (วัณโรค,ซิฟิลิส)	มข.	118	1
โรคที่ต้องห้ามไม่ให้ทำงาน	มข.	0	0
โรคเอดส์	มข.	มข.	มข.
ตั้งครรภ์	มข.	12	16
อื่นๆ หากมีผลตรวจระบุให้	มข.	มข.	มข.
โรคหัวใจ	มข.	มข.	มข.
ก้อนที่ปอด	มข.	มข.	มข.
	มข.	มข.	มข.
จำนวนที่ตรวจทั้งหมด	**457**	**1,402**	**1,568**

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ ปรับจากตารางข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวของฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มข. = ไม่มีข้อมูล

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเรื่องการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ พบว่าผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีแนวความคิดและให้นโยบายแก่โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีความพร้อม ให้เปิดการขายประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างชาติที่ไม่จดทะเบียนด้วย นอกเหนือจากการขายให้แก่ผู้ติดตามแรงงานที่จดทะเบียนโดยให้หน่วยบริการเหล่านั้นบริหารจัดการระบบขายประกันสุขภาพดังกล่าวเอง อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันยังไม่มีหน่วยบริการในเครือข่ายหน่วยใดเลยในจังหวัดอุบลราชธานีที่ดำเนินการในเรื่องนี้ เพราะเกรงว่าถ้าหากแรงงานต่างชาติที่มาซื้อประกันสุขภาพเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลอาจจะขาดทุนได้และจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น แต่ถ้าวิเคราะห์อีกชั้นหนึ่งแนวคิดนี้คงเป็นจริงในทางปฏิบัติค่อนข้างยาก หากไม่มีการกำหนดกลไกทางกฎหมายรองรับด้วย เพราะมีแรงงาน 3 สัญชาติ ที่ไม่ขึ้นทะเบียนสักกี่รายที่จะกล้ามาทำประกันสุขภาพโดยไม่กลัวการถูกจับกุมในข้อหาเข้าเมืองผิดกฎหมาย

ตารางที่ 5.9 จำนวนแรงงานต่างชาติที่ทำประกันสุขภาพ

จำแนกตามเครือข่ายโรงพยาบาลที่แรงงานแจ้งสิทธิรับบริการ ปี 2547-2549 เรียงลำดับจากมากไปน้อย

โรงพยาบาลเครือข่าย	2547	2548	2549
1. รพ. ศูนย์สรรพสิทธิประสงค์	219	760	585
2. รพ. เขมราฐ	35	61	243
3. รพ. วารินชำราบ	40	176	178
4. รพ. ศรีเมืองใหม่	10	5	112
5. รพ. เดชอุดม	25	20	96
6. รพ. ตระการพืชผล	10	68	72
7. รพ. พิบูลมังสาหาร	42	115	66
8. รพ. โขงเจียม	4	39	34
9. รพ. สิรินธร	12	80	32
10. รพ. ม่วงสามสิบ	8	18	25
11. รพ. เขื่องใน	11	34	23
12. รพ. บุณฑริก	4	2	20
13. รพ. กุดข้าวปุ้น	1	3	18
14. รพ. โพธิ์ไทร	10	12	16
15. รพ. ดอนมดแดง	3	1	11
16. รพ. น้ำยืน	-	2	10
17. รพ. ตาลสุม	1	2	8
18. รพ. สำโรง	3	1	7
19. รพ. นาจะหลวย	4	3	4
20. รพศ. เหล่าเสือโก้ก	6	-	-
21. รพ. เขมราฐ (นาตาล)	4	-	-
22. รพ. ทุ่งศรีอุดม	2	-	2
23. รพ. วารินฯ (สว่างวีระวงศ์)	3	-	-
24. อ. นาเยีย	-	-	-
รวม	**457**	**1,402**	**1,568**

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากตารางรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าว ของฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 5.9 แสดงให้เห็นการกระจายตัวตามอำเภอต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติที่ทำประกันสุขภาพ ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยพิจารณาจากข้อมูลการแจ้งสิทธิ์สถานบริการสุขภาพที่ต้องการมารับบริการของแรงงาน เนื่องจากในการตรวจสุขภาพและทำบัตรประกันสุขภาพแต่ละครั้ง นายจ้างหรือแรงงานต้องแจ้งที่อยู่ของแรงงานต่างชาติให้กับสถานบริการที่รับตรวจสุขภาพทราบ หลังจากนั้นโรงพยาบาลที่รับตรวจสุขภาพ จึงจัดส่งรายชื่อแรงงานให้กับโรงพยาบาลในพื้นที่ที่แรงงานแจ้งที่อยู่อาศัยไว้เพื่อทราบและให้บริการแก่แรงงานต่อไป

แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่ ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ รองมาคือโรงพยาบาลชุมชนเขมราฐ และโรงพยาบาลวารินชำราบ (ตารางที่ 5.9) ซึ่งอาจตีความได้หลายนัย ประการแรก แรงงานข้ามชาติถูกกฎหมายอาจกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวจริง ประการที่สองแรงงานถูกกฎหมายอาจกระจายอยู่ในพื้นที่อื่น แต่มารับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าวเพราะมีความพร้อมและเป็นโรงพยาบาลที่แรงงานให้ความเชื่อมั่นในผลการรักษา ประการสุดท้ายแรงงานที่กระจุกตัวอยู่ในอำเภอชายแดนทั้งหลายเป็นแรงงานที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จึงไม่ได้มารับบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ หรืออาจเข้ามารับบริการเหมือนคนลาวทั่วไปที่ข้ามมาใช้ระบบบริการสาธารณสุขในฝั่งไทย เป็นต้น

ตารางที่ 5.10 เปรียบเทียบจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน ที่รับการตรวจสุขภาพ และที่ได้รับใบอนุญาต ปี 2549 จังหวัดอุบลราชธานี

จำนวนแรงงานที่เข้าระบบการขึ้นทะเบียน รับเลขประจำตัว 13 หลัก	จำนวนแรงงานที่ทำประกันสุขภาพ	จำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน
11,113	1,568	1,433

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากรายงานการจดทะเบียนแรงงาน และการทำประกันสุขภาพแรงงาน ปี 2549

มีข้อสังเกตประการหนึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับรายงานตัวเลขแรงงานต่างชาติของจังหวัดอุบลราชธานี คือ จำนวนตัวเลขของแรงงานที่มาทำประกันสุขภาพ กับจำนวนตัวเลขของแรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานตามกฎหมายไม่สัมพันธ์กัน (ตารางที่ 5.10) ซึ่งควรมีการตรวจสอบว่าเป็นเพราะสาเหตุอะไร ผู้วิจัยเข้าใจว่าอาจเป็นปัญหาที่ไม่มีการประสานงานและไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานแรงงานจังหวัด

5.4.2 การบริหารเงินรายได้จากการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ

ในส่วนของการจัดสรรเงินรายได้ที่เกิดจากการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ พบว่าจังหวัดอุบลราชธานี โดยฝ่ายประกันสุขภาพที่สังกัดอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ได้ปรับเปลี่ยนแนวทางในการจัดสรรเงินในส่วนนี้ในแต่ละปี กล่าวคือ ปี 2547 เงินค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท จัดสรรให้โรงพยาบาลที่แรงงานไปตรวจสุขภาพ 100% ส่วนเงินค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท ที่หน่วยบริการตรวจสุขภาพจัดเก็บจากแรงงานต่างชาติ ถูกส่งมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีหน่วยประกันสุขภาพรับผิดชอบบริหารจัดการงบประมาณนี้ตามระเบียบการจัดสรรเงินที่กำหนดโดยส่วนกลาง

โดยที่ผ่านมามีการจัดสรรเงินดังนี้ เงินค่ารักษาที่เก็บจากแรงงานต่างชาติจำนวน 964 บาท จัดสรรให้แก่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยบริการตรวจรักษาจำนวน 876 บาทต่อราย โดยส่งให้ตามจำนวนรายของแรงงานต่างชาติที่แจ้งสิทธิ์การมาใช้บริการไว้ แต่เงินส่วนนี้ถูกกันไว้ที่จังหวัด 10% เพื่อตามจ่ายให้แก่หน่วยบริการในเครือข่าย เนื่องจากที่ผ่านมาเคยเกิดปัญหาการไม่ส่งเงินคืนให้กันระหว่างโรงพยาบาลที่ให้บริการ กรณีมีแรงงานต่างชาติซึ่งแจ้งที่อยู่และสถานพยาบาลไว้แห่งหนึ่ง แต่ไปใช้บริการนอกหน่วยบริการที่แจ้งสิทธิ์การประกันสุขภาพไว้ ส่วนอีก 50 บาท โอนให้กระทรวงสาธารณสุข เงินค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ที่เก็บจากแรงงานต่างชาติจำนวน 206 บาท จัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นหน่วยบริการ 172 บาท ต่อคน ส่วนที่เหลืออยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งไม่

ทราบชัดเจนว่าเงินในส่วนดังกล่าวสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปใช้ดำเนินการในเรื่องการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคแก่แรงงานต่างชาติหรือไม่อย่างไร ส่วนเงินค่าบริหารจัดการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 120 บาท และโอนให้กระทรวงสาธารณสุข 10 บาท

การดำเนินงานจัดสรรเงินค่าบริการสุขภาพแรงงานต่างชาติ ในปี 2548 มีการเปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อย โดยเงินค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท ถือเป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาลที่ตรวจเช่นเดียวกับในปี 2547 ส่วนเงินค่ารักษา 1,300 บาท โอนให้กับหน่วยบริการจำนวน 914 บาทต่อคน ส่งให้กระทรวงสาธารณสุข 50 บาท แต่ยังกันเงินไว้ที่จังหวัด 10% เพื่อนำไปตามจ่ายให้แก่หน่วยบริการ กรณีที่แรงงานไปรับการรักษานอกหน่วยบริการที่แจ้งสิทธิ์ไว้แต่แรก โดยเงินส่วนดังกล่าวจัดส่งคืนให้หน่วยบริการทั้งหมดเมื่อสิ้นปี ส่วนค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท ส่งให้หน่วยบริการ 100% งบบริหารจัดการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 120 บาท และกระทรวงสาธารณสุข 10 บาท ส่วนในปี 2549 พบว่าการจัดสรรงบประมาณจากเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติไม่มีความแตกต่างไปจากที่ดำเนินการในปี 2548 ตารางที่ 5.11 แสดงรายได้จากการทำประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2547–2548

ตารางที่ 5.11 การจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ของแรงงานต่างด้าว ปี 2547–2548

พ.ศ.	จำนวนแรงงานที่ทำประกันสุขภาพ (คน)	เงินรายได้จากการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ (บาท)
2547	457	431,042.40
2548	1,402	1,822,600.00
2549	1,568	2,038,200.00

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ ปรับจากตารางสรุปการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์แรงงานต่างด้าว ของฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5.4.3 การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติของจังหวัดอุบลราชธานี

จากการสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติชาวลาวในพื้นที่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมและทางเลือกในการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยของแรงงานต่างชาติ แรงงานที่มีใบอนุญาตทำงานถึงแม้มีบัตรประกันสุขภาพถ้าหากไม่ได้เจ็บป่วยร้ายแรง ก็มักรักษาโดยการซื้อยากินเอง หากเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นมาอีกระดับหนึ่งจึงไปสถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล พฤติกรรมการเลือกการรักษาพยาบาลแบบนี้พบได้ในแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเช่นกัน พบว่าโรงพยาบาลในเครือข่ายไม่ได้มีนโยบายไม่ให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติหลบหนีเข้าเมือง คนไร้สัญชาติที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน และคนต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ในจังหวัดอุบลราชธานีนั้นส่วนใหญ่มีคนลาวและคนเขมรเดินทางข้ามมาใช้บริการสุขภาพ โดยมีแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพ ดังนี้ เมื่อมีการตรวจโรคแล้วพบว่า ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก็พยายามส่งกลับไปรักษาในประเทศของตน แต่ถ้าหากมีความประสงค์ต้องการรักษาพยาบาลในประเทศไทย หน่วยบริการก็จะคิดค่ารักษาพยาบาลในอัตราเดียวกับที่เรียกเก็บกับคนไทยที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กรณีแรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพก็ให้บริการเป็นไปตามเงื่อนไข คือ จ่ายค่าบริการ 30 บาท และรักษาฟรีในรายการโรคที่กำหนดไว้ กรณีไม่มีบัตรประกันสุขภาพเรียกเก็บค่าบริการ ค่ารักษา ค่ายา ค่าอุปกรณ์การแพทย์ และค่าห้องตามอัตราที่กำหนดไว้

ตารางที่ 5.12 จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทั่วไปในคนต่างชาติ ปี 2547-2548
เปรียบเทียบกับผู้ป่วยคนไทยจังหวัดอุบลราชธานี

โรคติดต่อ	2547		2548	
	ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ
โรคอุจจาระร่วง	(16,255)	(121) 74	(16,320)	(45) 72
ไข้เลือดออก	(839)	(5)	(765)	(15)
ไข้กาฬหลังแอ่น	(1)	-	-	-
มาเลเรีย	(122)	(82)	(6) 1,091	(7) 347
วัณโรค	(666)	(9)	(978)	(10) 18
เท้าช้าง	-	-	-	-
โรคเลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	(114)	(2)	(84)	(2)1
โรคพิษสุนัขบ้า	-	-	-	-
โรคไข้สมองอักเสบ (เอ็นเซ็ปฟาไลติส)	(6)	-	(1)	-
โรคระบบทางเดินหายใจ	(36,453)	(156)	(41,608)	(186)
โรคผิวหนัง	(10,757)	(67)	(13,858)	(100)
โรคจิต	(5,385)	(38)	(6,617)	(63)
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	-	-	3,708	74
อาหารเป็นพิษ	-	-	6,555	101
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	-	-	3,006	167
ปอดบวม	-	-	1,504	145
ตับอักเสบ	-	-	-	6
ไข้หวัดใหญ่	-	-	-	4

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ (ประชากรกลางปี 2547 = 1,805,322 ประชากรกลางปี 2548 = 1,763.061)

หมายเหตุ: -( ) เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ
- ไม่มีวงเล็บเป็นข้อมูลของ สสจ.

จากการศึกษาพบว่า แม้พบว่ามีแรงงานต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพ แต่สถานบริการสุขภาพในจังหวัดอุบลราชธานีเกือบทั้งหมด ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลและรายงานข้อมูลการให้บริการตรวจรักษา และสถิติการมารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างชาติอย่างเป็นระบบ ไม่มีการแยกข้อมูลเกี่ยวกับการมาใช้บริการสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง รวมทั้งโรคที่แรงงานต่างชาติทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเข้ามารับบริการ พบว่ารายงานสถิติของหน่วยบริการย่อย และของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักเป็นสถิติภาพรวมของการให้บริการสุขภาพแก่คนไทย และถ้าหากมีรายงานสถิติการให้บริการสุขภาพแก่คนต่างชาติ ก็มักจะเป็นรายงานที่ไม่แยกแยะสัญชาติ แสดงให้เห็นว่าการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติไม่ได้อยู่ในแผนงานหลักของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานี

นอกจากนี้ ยังไม่พบว่าจังหวัดมีนโยบายในการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่มีทิศทางชัดเจนให้กับแรงงานต่างชาติเป็นการเฉพาะแต่อย่างไร นอกจากนี้ผู้ศึกษายังพบว่า ข้อมูลที่ฝ่ายประกันสุขภาพ

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดเก็บนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนแรงงานต่างชาติที่ทำประกันสุขภาพ และเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติมาใช้บริการ ข้อมูลในตารางที่ 5.12, 5.13, และ 5.14 เป็นข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับสถิติการให้บริการตรวจรักษาของคนต่างชาติที่ผู้วิจัยขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมให้ แต่ยังเป็นข้อมูลที่ยังต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ เพราะข้อมูลเหล่านี้ถูกรวบรวมขึ้นมาในช่วงที่ผู้วิจัยขอข้อมูล

ตารางที่ 5.13 ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่คนต่างชาติต่อคนและต่อครั้ง ของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย งบประมาณ 2549

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานต่างชาติ		
	มี บัตรประกัน สุขภาพ	ไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)	ไม่มีบัตร ประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)
ผู้ป่วยนอก			
คน	3,802	มข.	(2,423)
ครั้ง	7,288	(196)	(4,587)
ค่าใช้จ่าย			
เฉลี่ย (บาท/คน)	(610)	มข.	(1,785)
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	(425)	(1,518)	(943)
ผู้ป่วยใน			
คน	164	มข.	(1,194)
วัน	560	(1,470)	(1,407)
ค่าใช้จ่าย			
เฉลี่ย (บาท/คน)	(8,962)	มข.	(4,936)
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	(8,634)	(18,880)	(4,189)

ที่มา: ปรับจากการรายงานของฝ่ายยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ โรงพยาบาล ศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

หมายเหตุ: - ( ) เป็นข้อมูลที่แรงงานต่างชาติมารับบริการจาก รพ. ศูนย์สรรพสิทธิ์ประสงค์
- ไม่มีวงเล็บเป็นข้อมูลจาก สสจ. ที่รายงานระหว่าง ต.ค. 48-ก.ย. 49
- มข. หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 5.14 จำนวนคนต่างชาติที่ประสบอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับคนไทย 2547 – 2548

ประเภทอุบัติเหตุ	2547		2548	
	ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ
อุบัติเหตุประเภทต่างๆ	24,354	199	27,004	214

ที่มา: สุชาดา ทวีสิทธิ์ คำนวณจากรายงานของโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

อย่างไรก็ตามเพราะเหตุผลของการเป็นจังหวัดชายแดน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงได้มีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การมาใช้บริการสุขภาพของคนต่างชาติ และมีการรายงานผลการเฝ้าระวังโรคติดต่อบริเวณชายแดนผ่านระบบของ คปสอ. (CUP) ตามแบบฟอร์มรายงาน 506, 507 ไว้ค่อนข้างเป็นระบบ กระนั้นก็ตามพบว่ารายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ตลอดจนรายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคนต่างชาติ ไม่ได้มีการแยกประเภทว่าเป็นของแรงงานต่างชาติ หรือเป็นของคนต่างชาติชาวลาว ชาวเขมรที่เดินทางเข้ามาเพื่อใช้บริการรักษาพยาบาลตามปกติเท่านั้น (ตาราง 5.15 – 5.16)

ตารางที่ 5.15 แสดงจำนวนโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยต่างชาติสูงสุด 5 อันดับ ปี 2545–มิถุนายน 2549

โรค	2545	2546	2547	2548	2549
อันดับ 1 มาลาเรีย	608	257	324	374	108
อันดับ 2 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	81	45	17	167	24
อันดับ 3 อาหารเป็นพิษ	7	2	0	101	43
อันดับ 4 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	64	91	73	74	72
อันดับ 5 ปอดบวม	–	–	–	45	–

ที่มา: ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สรุปจาก รง. 506/507 ผู้ป่วยต่างชาติ

ตารางที่ 5.16 แสดงจำนวนโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยต่างชาติเปรียบเทียบกับผู้ป่วยไทย ปี 2548

โรค	ผู้ป่วยคนไทย	ผู้ป่วยคนต่างชาติ
อันดับ 1 มาลาเรีย	1,091	374
อันดับ 2 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	3,006	167
อันดับ 3 อาหารเป็นพิษ	6,555	101
อันดับ 4 อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	3,708	74
อันดับ 5 ปอดบวม	1,504	45

ที่มา: ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สรุปจาก รง. 506/507 ผู้ป่วยต่างชาติ

เนื่องจากระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน คือ กัมพูชา และ สปป.ลาว เองยังไม่มีความพร้อมและไม่มีเครื่องมือที่ทันสมัยในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของตน เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบริการสาธารณสุขของไทย ดังนั้นในแต่ละปีจึงมีประชาชนจาก 2 ประเทศนี้ที่อาศัยอยู่ใกล้ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี เดินทางเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่ฝั่งไทยจำนวนมาก โดยมีคนลาวมากเป็นอันดับหนึ่ง ประชาชนเหล่านี้ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยที่อยู่ในอำเภอชายแดน และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งให้การรักษาด้วยเหตุผลด้านมนุษยธรรม ต้องแบกรับภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติปีละหลายล้านบาท โดยใช้เงินรายได้และงบประมาณปกติของสถานบริการ ที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามรายหัวของจำนวนประชากรไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้จัดงบประมาณสนับสนุนในส่วนนี้เพิ่มเติมแต่อย่างใด ตาราง 5.17 และ 5.18 แสดงตัวเลขภาระในการดูแลรักษาพยาบาลคนต่างชาติของสถานบริการในสังกัดรัฐ ซึ่งภาระงบประมาณค่ารักษาพยาบาลเหล่านี้ตกหนักอยู่ที่สถานพยาบาลในพื้นที่อำเภอชายแดน และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

ตารางที่ 5.17 แสดงภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติของจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2547-2549

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		รวมค่าใช้จ่าย
	จำนวนครั้ง	ค่าใช้จ่าย	จำนวนครั้ง	ค่าใช้จ่าย	(บาท)
2547	168	201,932	633	9,419,899	9,621,821
2548	6,059	218,968	11,282	20,711,165	20,930,133
2549	8,406	2,144,122	1,048	14,599,817	16,743,939
รวม	**14,633**	**2,565,022**	**12,963**	**44,730,871**	**47,295,893**

ที่มา: ฝ่ายยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 5.18 แสดงภาระค่าใช้จ่ายแยกตามระดับสถานบริการ กรณีผู้ป่วยต่างชาติ ปี 2547-2549

ระดับสถานบริการ	2547	2548	2549	รวม
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	9,594,976	18,454,981	13,415,264	41,465,221
โรงพยาบาลชุมชน	26,530	2,256,184	3,328,675	5,611,389
สถานีอนามัย	315	218,968	รวมใน รพช.	219,283
รวม	**9,621,821**	**20,930,133**	**16,743,939**	**47,295,893**

ที่มา: ฝ่ายยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

5.5 การให้บริการอนามัยแม่และเด็กในแรงงานต่างชาติ

ในส่วนของการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก พบว่า โรงพยาบาลในเครือข่ายทุกโรงพยาบาลให้บริการแก่แรงงานหญิงต่างชาติที่มาคลอดไม่แตกต่างจากมาตรฐานที่ให้บริการกับคนไทย หรือคนต่างชาติทั่วไปที่มาใช้บริการสาธารณสุขของไทย ซึ่งค่าบริการในการทำคลอดปกติหากไม่มีบัตรประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเขมราฐคิดที่ราคา 1,000 บาท ส่วนโรงพยาบาลสิรินธรคิดราคา 1,500-2,000 บาท ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ และคนไร้สัญชาติในพื้นที่ระบุว่า การไปคลอดที่โรงพยาบาลแต่ละครั้ง พวกเขาต้องจ่ายเงินค่าทำคลอด ค่าห้อง ค่ายา ค่าอุปกรณ์รวมทั้งหมดประมาณ 5,000-6,000 บาท

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยในอำเภอชายแดน มีการให้บริการรับฝากครรภ์แก่หญิงต่างชาติทั้งกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและที่ไม่มีบัตร กรณีไม่มีบัตรประกันสุขภาพต้องจ่ายเงินค่าฝากครรภ์ประมาณ 400-500 บาท กรณีคนลาวหรือคนต่างด้าวมาฝากครรภ์ครั้งแรก จะมีการตรวจหาความเข้มข้นของเลือด ตรวจหาเชื้อเอชไอวี เชื้อซิฟิลิส ตับอักเสบบี และตรวจหาพาหะโรคธาลัสซีเมีย และจ่ายยาบำรุงเลือด หรือรักษาโรคตามผลการตรวจซึ่งการให้การดูแลไม่แตกต่างจากคนไทย ค่ารักษาส่วนใหญ่คนลาวจะจ่ายได้ไม่ครบตามราคาใบสั่งยา หลังคลอดมีการให้วัคซีนเด็กที่คลอดใหม่ครบถ้วน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าแม่พาเด็กมารับวัคซีนตามที่โรงพยาบาลนัดหมายครบถ้วนหรือไม่ เพราะแรงงานหญิงบางคนเดินทางกลับประเทศไปก่อน หญิงมีครรภ์ชาวลาว และชาวเขมร ส่วนใหญ่เดินทางเข้ามาคลอดแล้วกลับประเทศทันทีที่ออกจากโรงพยาบาลและไม่พาลูกมารับวัคซีนตามกำหนดนัด

คนลาวที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสิรินธรเด็กจะได้รับวัคซีนเหมือนลูกคนไทย เช่น BCG, Hepatitis B, การหยอดตาด้วย AgNO3 และส่งต่อให้ไปรับวัคซีนที่ สปป.ลาว หรือที่ สถานีอนามัยหนองเม็ก ตำบลช่องเม็ก โรง

พยาบาลจะออกใบรับรองการเกิด คือ ใบ ท.ร. 1/7 ให้กับหญิงลาวที่มาคลอดทุกคน เพื่อไปใช้แจ้งเกิดที่ สปป.ลาว กรณีตรวจพบหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างชาติติดเชื้อเอชไอวี หากมีประกันสุขภาพก็จะให้ยา AZT แก่แม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อของลูก พบว่าการให้ AZT ไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่กรณีโรงพยาบาลสิรินธรหากมีหญิงชาวลาวมาคลอดเป็น case active โดยที่ไม่ได้ฝากครรภ์ไว้ที่นี่ จะมีการเจาะเลือดในห้องคลอดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี rapid test และตรวจ VDRL เพื่อหาเชื้อซิฟิลิส หลังคลอดจะมีการตรวจซ้ำอีกครั้ง ในระหว่างนั้นจะงดไม่ให้ลูกดูดนมมารดาจนกว่าจะทราบผลเลือด ถ้าปกติจะให้เด็กดูดนมแม่ได้ แต่ถ้าผลเลือดเป็นบวกจะให้เข้าโครงการ CARE ซึ่งจะให้ยาเฉพาะทารกเท่านั้น ซึ่งมีคนลาว 3 รายที่อยู่ในโครงการและทางโรงพยาบาลรักษาให้ฟรี

5.6 การให้บริการรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานต่างชาติ

การตรวจเอชไอวีในคนต่างด้าวปฏิบัติเหมือนกับคนไทย คือ มีการให้ pre/post counseling ถ้าผลการตรวจเป็นบวกจะส่งตรวจ CD4 ที่โรงพยาบาลศูนย์ฯ กรณี CD4 ต่ำกว่า 200 ถ้ามีประกันสุขภาพ จะให้ยาต้านไวรัส (ARV) แต่ถ้าไม่มีประกันสุขภาพแต่คนไข้ต้องการรับยา คนไข้ต้องจ่ายเงินเองในอัตราเดียวกับคนไทยที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ส่วนค่าตรวจ CD4 ฟรี ในจังหวัดอุบลราชธานีไม่มีรายงานตัวเลขแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพที่ติดเชื้อเอชไอวี และมารับยา ARV แต่จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลศูนย์ฯ บอกว่ามีแต่จำนวนไม่กี่ราย ตัวเลขในตารางที่ 5.19 เป็นรายงานของจำนวนผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชาวต่างชาติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่ปี 2544–2548 เจ้าหน้าที่ในศูนย์ Day Care ของโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวลาว หรือคนต่างด้าว จะไม่ค่อยมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ฯ ที่มามักจะเป็นคนยากจนจริงๆ โดยโรงพยาบาลทำฐานข้อมูลไว้ที่ฝ่ายเวชระเบียน

ส่วนคนลาวที่มีฐานะดีและติดเชื้อเอชไอวีมักไปรับยา/รับการรักษาที่โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการยืนยันว่ามีผู้ติดเชื้อคนลาวเข้ามารักษาตัวที่นี่จำนวนหนึ่งทีเดียว เพราะทางโรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี เองจะมีโครงการไปติดตามผู้ป่วยจนถึงฝั่งลาวเลยด้วยซ้ำ และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอชายแดน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมชนเขมราฐ และ โรงพยาบาลชุมชนสิรินธร ไม่เคยตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ แต่เคยมีตรวจพบในหญิงขายบริการทางเพศชาวลาว และหญิงตั้งครรภ์ชาวลาวที่เข้ามาคลอดและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามปกติหากพบผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในคนลาว จะมีการส่งต่อ หรือแจ้งข้อมูลไปให้ทางประเทศลาวทราบ ซึ่งถ้าหากคนๆ นั้นเดินทางกลับประเทศและต้องการรับการรักษา กระทรวงสาธารณสุขลาวจะต้องให้มีการตรวจหาเอชไอวีซ้ำ ที่เวียงจันทร์เพื่อยืนยันการติดเชื้อ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศลาว ไม่รับรองผลการตรวจเอชไอวี จากไทยและต้องการตรวจเพื่อยืนยันผล ส่วนกรณีโรงพยาบาลในไทยตรวจพบว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทางโรงพยาบาล จะให้การรักษาตาม National Guideline กรณีไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จะเก็บค่ารักษาเก็บเท่าที่เก็บได้

ตารางที่ 5.19 จำนวนผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นคนไทยและต่างชาติ ปี 2544 – 2548

สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไทย	2,006	1,321	2,830	1,994	2,811	2,422	2,957	2,952	3,209	3,085
พม่า	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
ลาว	1	1	7	2	5	4	16	0	15	9
กัมพูชา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ที่มา: ข้อมูลจากรายงานของโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มแรงงานต่างชาติในจังหวัดอุบลราชธานีหลายกลุ่มที่อยู่ในสถานการณ์ล่อแหลมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมาก คือ กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศชาวลาวที่ข้ามมาทำงานตามร้านอาหาร หรือ ร้านคาราโอเกะฝั่งไทย ซึ่งทำงานขายบริการแบบแอบแฝงและเปิดเผย พบแรงงานต่างชาติประเภทนี้มากในอำเภอชายแดนที่มีการขยายตัวด้านการท่องเที่ยว และ การค้าชายแดน เช่น อำเภอสิรินธร อำเภอโขงเจียม อำเภอเขมราฐ อำเภอโพธิ์ไทร กิ่งอำเภอนาตาล อำเภอบุณฑริก และอำเภอน้ำยืน ตลอดจนอำเภอในพื้นที่ใกล้เคียงอำเภอเหล่านี้ ได้แก่ อำเภอพิบูลมังสาหาร ผู้หญิงแรงงานลาวเหล่านี้เป็นแรงงานที่มีอายุน้อย ขาดทักษะในการป้องกันตนเอง เข้าไม่ถึงข้อมูลด้านความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ ไม่มีทักษะและไม่มีอำนาจในการต่อรองกับลูกค้า เพราะเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายและทำอาชีพผิดกฎหมายทำให้ไม่กล้าต่อรอง มีหญิงขายบริการจำนวนหนึ่งที่ได้รับความรู้และการอบรมเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ยืนยันว่าตนใช้ถุงยางอนามัยกับแขกทุกครั้ง

แต่เมื่อถามถึงการใช้ถุงยางอนามัยกับแขกขาประจำ หรือกับลูกค้าขาประจำที่กลายมาเป็นแฟน คนเลี้ยงดู หรือคู่รัก กลับพบว่าไม่ได้มีการใช้ถุงยางอนามัยเลย นอกจากนี้ถ้าเป็นการขายบริการครั้งแรก ซึ่งเรียกว่าเปิดบริสุทธิ์จะไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อให้แขกมั่นใจว่าได้เปิดซิงแน่นอน ซึ่งผู้หญิงที่ถูกเปิดบริสุทธิ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากแขกมาก ค่าเปิดบริสุทธิ์ในฝั่งไทยอยู่ที่สนนราคาสูงมาก 8,000–15,000 บาท แต่ถ้าหากเปิดบริสุทธิ์ที่ฝั่งลาวโดยมีผู้ชายลาวซื้อบริการราคาก็ประมาณ 5,000 บาท การเสนอราคาในการเปิดบริสุทธิ์ที่สูงแบบนี้ ทำให้หญิงสาวชาวลาวที่ตั้งใจมาทำงานแค่เสิร์ฟอาหารอย่างเดียว ตัดสินใจเข้าสู่ธุรกิจการขายบริการทางเพศง่ายขึ้น เพราะมีแรงจูงใจในเรื่องค่าตัวที่สูงมาก

จากการให้ข้อมูลของหญิงขายบริการชาวลาวเอง พบว่าไม่มีปัญหาในการชักจูงแขกให้ใช้ถุงยางอนามัย แขกส่วนมากให้ความร่วมมือดี ยกเว้นบางกรณีที่เมาจะพยายามดึงถุงยางอนามัยออกในขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีลูกค้าบางคนที่ไม่อยากใช้ถุงยางก็จะเสนอราคาที่ไม่ใช้ถุงยางให้ แต่หญิงให้บริการชาวลาวหลายคนบอกว่าตนจะปฏิเสธเพราะกลัวติดโรค นอกจากเผชิญกับความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์แล้ว ผู้หญิงขายบริการทางเพศชาวลาวจำนวนหนึ่งยังเผชิญกับปัญหาการกระทำความรุนแรงต่างๆ ซึ่งมีตั้งแต่การร่วมเพศที่รุนแรง การขอให้ร่วมเพศ/บังคับให้ร่วมเพศท่าพิสดาร เช่น การร่วมเพศทางทวารหนัก การให้ทำออรัลเซ็กส์ โดยเฉพาะแขกชาวจีน ชาวเวียดนาม และชาวตะวันตก เป็นต้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเหล่านี้โดยตรง

บางรายโชคร้ายอาจถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกด่าทอจากแขกที่ไม่พอใจในการให้บริการ หรือขัดใจไม่ยอมทำตามที่แขกต้องการ หญิงขายบริการชาวลาวบางคนถูกบังคับโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีอำนาจในพื้นที่ เช่น ตำรวจ ให้ร่วมเพศโดยไม่ยอมจ่ายค่าตัว บางคนถูกแขกขอติดหนี้ค่าตัว บางรายเจ้าของร้านคาราโอเกะ หรือเพื่อนหลอกลวงให้มาขายบริการ โดยโกหกว่ามาทำงานร้านอาหาร หลายคนถูกเจ้าของร้านหว่านล้อมแกมบังคับให้เปิดบริสุทธิ์กับแขกโดยไม่ให้ใช้ถุงยางอนามัย ลูกค้าบางคนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย และบังคับซื้อบริการโดยที่ผู้หญิงขายบริการไม่เต็มใจ

หลายคนตั้งท้องและทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทั้งหมดนี้คือความรุนแรงทางเพศที่หญิงขายบริการชาวลาวต้องเผชิญ

ส่วนในแรงงานต่างชาติกลุ่มอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มกรรมกรรถเข็นสินค้าบริเวณด่านช่องเม็ก คนขับรถบรรทุกสินค้า หรือรถบรรทุกขนไม้ รวมทั้งเด็กหนุ่มติดรถจากฝั่งลาว ซึ่งเข้ามาบริเวณด่านช่องเม็ก–วังเต่า ซึ่งคนเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ เที่ยวหญิงบริการที่มีอยู่ทั้งในบริเวณช่องเม็กฝั่งไทย และพื้นที่วังเต่าฝั่งลาว อย่างไรก็ตาม ลักษณะการเข้ามาทำงานในฝั่งไทยของประชากรในกลุ่มนี้อาจไม่ได้ถูกนับรวมไว้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพราะเข้ามาแบบเช้าไปเย็นกลับ

5.6.1 การริเริ่มงานด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มแรงงานต่างชาติของภาคประชาสังคม

การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ของจังหวัดอุบลราชธานีได้เริ่มต้นขึ้นเป็นครั้งแรกในปี 2537 ในชุมชนชายแดนช่องเม็กติดกับแขวงจำปาสักของลาว โดยภาคประชาสังคม ซึ่งมีกลุ่มกุหลาบเหลือง ผู้ประกอบการร้านคาราโอเกะ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกันดำเนินงาน โดยกลุ่มกุหลาบเหลืองเป็นแกนนำ กลุ่มกุหลาบเหลืองเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ของอำเภอสิรินธร โรงพยาบาลชุมชนสิรินธรสนับสนุนการรวมกลุ่ม คุณทรรศิกา จำปาศรี ซึ่งขณะนั้นยังเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่โรงพยาบาลสิรินธรเป็นพี่เลี้ยงกลุ่ม กลุ่มกุหลาบเหลืองได้ทำงานในรูปแบบอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ต่อมาด้วยสถานการณ์การค้าบริการทางเพศที่เติบโตขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงในพื้นที่ชุมชนช่องเม็กมีแรงงานหญิงขายบริการชาวลาวข้ามมาขายบริการจำนวนมาก และกลุ่มพ่อบ้าน ตลอดจนผู้นำชุมชนในพื้นที่ได้มาซื้อบริการทางเพศจากหญิงขายบริการชาวลาวเหล่านั้น และเมื่อมีการตรวจพบหญิงลาวขายบริการคนหนึ่งติดเชื้อ เอชไอวี ได้สร้างความหวาดกลัวให้แก่คนในชุมชนเกรงว่าตนและสมาชิกในครอบครัวอาจติดเชื้อได้ ชุมชนจึงเกิดการลุกฮือกันขึ้นมาเพื่อผลักดันหญิงขายบริการชาวลาวกลับประเทศ โดยเฉพาะหญิงขายบริการที่ติดเชื้อ

กลุ่มกุหลาบเหลืองซึ่งมีแนวคิดในการจัดการปัญหาที่แตกต่างไปจากชุมชน จึงได้เริ่มเข้ามาทำงานกับหญิงขายบริการทางเพศชาวลาวตามร้านคาราโอเกะ โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ประกอบการร้านคาราโอเกะ และ อสม. บางคนเข้ามาเป็นแกนนำอาสาสมัครทำงานรณรงค์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย มีการจัดอบรมพนักงานขายบริการชาวลาว และแม่บ้านชาวลาว เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน มีการสร้างอาสาสมัครในหญิงชาวลาวที่ขายบริการ และแสวงหาความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการสนับสนุนวิทยากรและถุงยางอนามัย โดยถุงยางอนามัยได้ถูกนำไปแจกจ่ายในสถานประกอบการและในหมู่พนักงานขายบริการเพื่อให้นำไปใช้บริการลูกค้า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชายไทย ประเภทนักท่องเที่ยว วัยรุ่นและพ่อบ้านในชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชายแดน เช่น ตำรวจ ทหาร ครู เจ้าหน้าที่ป่าไม้ พ่อค้า นักธุรกิจ ที่มาจากพื้นที่ใกล้เคียงและจากต่างจังหวัด

5.6.2 การขยายและต่อยอดงานด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มแรงงานต่างชาติโดยหน่วยงานภาครัฐ

ถ้าพิจารณาในเชิงนโยบายภาคสาธารณะ อาจกล่าวได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานีไม่มีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการป้องกันโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติเป็นการเฉพาะ โดยที่หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีลักษณะการทำงานให้บริการแรงงานต่างชาติแบบตั้งรับเสียส่วนใหญ่ ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุขเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ มีการเน้นเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปี การทำประกันสุขภาพ การให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ส่วนงานเฝ้าระวังควบคุมโรคระบาดร้ายแรงตามแนวชายแดน รวมทั้งการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด

ของโรคเอดส์ เป็นงานในแผนงานปกติของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว กล่าวคือ มีการออกตรวจเยี่ยมสถานบันเทิง และตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และกามโรค ในหญิงขายบริการทางเพศทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

ด้านการป้องกันและการให้บริการสุขภาพด้านโรคเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างชาติ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ เฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติหญิงที่มาขายบริการทางเพศบริเวณเมืองชายแดน เริ่มตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่ชายแดนมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการทำงานใน 3 อำเภอ คือ สิรินธร โขงเจียม และเขมราฐ เพราะพื้นที่เหล่านี้มีหญิงขายบริการชาวลาวเข้ามามาก และมีการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นหญิงชายบริการชาวลาวแล้วในขณะนั้น ทั้งนี้ความเอาจริงเอาจังในการทำงานเรื่องนี้เกิดขึ้นเมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการคัดเลือกให้เป็นจังหวัดนำร่องในจำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี เชียงราย และกรุงเทพมหานคร ทำงานป้องกัน รักษา ดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ในลักษณะเครือข่ายโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากประเทศสหรัฐอเมริกา ผ่านกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข (TUC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำโครงการในพื้นที่ช่องเม็ก โดยนำกลุ่มกุหลาบเหลืองมาร่วมเป็นทีมงาน มีการทำงานร่วมกันมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

โครงการด้านเอดส์โครงการแรกในพื้นที่ชายแดนที่สำนักงานสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจาก TUC คือ โครงการ UB 12 หรือ โครงการพัฒนาศักยภาพของคลินิกกามโรคที่โรงพยาบาลสิรินธร โดยมีสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 เป็นหน่วยงานปฏิบัติการ กิจกรรมหลักคือการออกเยี่ยมแหล่งแพร่ ที่เป็นสถานบริการบันเทิงในพื้นที่ดำเนินโครงการ และทำการตรวจคัดกรองหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกามโรค โดยกลุ่มเป้าหมายได้รวมเอาแรงงานหญิงชาวลาวที่มาขายบริการทางเพศด้วย แต่ลักษณะกิจกรรมเน้นงานเฝ้าระวังโรคเป็นหลัก และแรงงานต่างชาติไม่ได้เป็นเป้าหมายเดียวของโครงการ

ต่อมาในปี 2547 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้นำงบประมาณแก้ปัญหาเอดส์ชายแดนที่กระทรวงจัดสรรให้จัดประชุมร่วมด้านสาธารณสุขระหว่างไทย-ลาว ครั้งที่ 1 เพื่อหารือความร่วมมือกับฝ่ายสาธารณสุขของแขวงจำปาสักและสะหวันนะเขต เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ผลจากการประชุมครั้งนั้นได้เกิดการพัฒนาระบบส่งต่อและรายงานข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างจังหวัดอุบลราชธานี และแขวงจำปาสักขึ้น ได้มีการหยิบยกปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตามแนวชายแดนมากล่าวถึงในที่ประชุม แต่ไม่สามารถกำหนดให้เป็นประเด็นหลักของความร่วมมือ จึงไม่มีแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมร่วมกันแต่อย่างใด และความร่วมมือขาดความต่อเนื่อง

ในปี 2548 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จัดการประชุมร่วมไทย-ลาว ครั้งที่ 2 โดยใช้งบประมาณสนับสนับจาก UNFPA มีการจัดศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนของบุคลากรสาธารณสุขระหว่าง 2 ประเทศ จัดอบรมวิทยากรแกนนำการให้คำปรึกษาและการสื่อสารโรคเอดส์ในฝั่งประเทศลาว จากผลการประชุมครั้งนี้ เกิดโครงการ Ubon Ratchathani-Champasak South-South Twin City Border Collaboration on HIV/AIDS/STIs Prevention ที่สาธารณสุขแขวงจำปาสัก และสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทำงานร่วมกัน กลุ่มเป้าหมายเป็นแรงงานหญิงที่ขายบริการทางเพศชาวลาว โดยดำเนินงานทั้งในฝั่งไทยและฝั่งลาว มีการสร้างอาสาสมัครแกนนำที่เป็นหญิงขายบริการทั้งฝั่งไทยและฝั่งลาว แต่ความร่วมมือจากประเทศลาวยังขาดความต่อเนื่อง และโครงการนี้สิ้นสุดลงในปี 2549 ถือเป็นเป็นโครงการที่เป็นรูปธรรมโครงการที่สองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการในแรงงานต่างชาติ

นอกจากนี้ในช่วงเวลาเดียวกัน ฝ่ายควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ทำโครงการร่วมกับมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (AIDSNet) คือ โครงการการสร้างเสริมศักยภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์

ทำงานในจังหวัดชายแดน 6 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เลย หนองคาย นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ และอุบลราชธานี โดยจังหวัดอุบลราชธานีเลือกพื้นที่ดำเนินงาน 3 อำเภอ คือ โขงเจียม สิรินธร และเขมราฐ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 3 อำเภอ มีองค์กรภาคเอกชน คือ ผู้ประกอบการและองค์กรภาคประชาชนในพื้นที่เข้าร่วม กิจกรรมที่ทำมีการอบรมพนักงานขายบริการทางเพศ สร้างอาสาสมัครแกนนำในกลุ่มหญิงลาวที่มาขายบริการทางเพศ และอาสาสมัครแกนนำในกลุ่มกรรมกรรถเข็นสินค้า และกลุ่มคนขับและเด็กรถบรรทุกข้ามพรมแดน

โครงการที่ทำในแรงงานข้ามชาติที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มักเน้นงานป้องกันโรคเอดส์และกามโรคเพียงอย่างเดียว แต่ในช่วงปี 2548-ปัจจุบัน เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการ Global AIDS Program -Asia Regional Program ภายใต้ชื่อโครงการ RCB 01 หรือโครงการให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ในกลุ่มประชากรพื้นที่ชายแดนไทยลาว จ. อุบลราชธานี (Lao PDR/ Thailand Cross Border Project for STIs/HIV Prevention and Care) ซึ่งให้ความสำคัญกับทั้งงานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และงานให้บริการรักษาไปพร้อมๆ กัน โดยดำเนินงานในพื้นที่ช่องเม็ก อำเภอสิรินธร กลุ่มเป้าหมายได้แก่ หญิงชาวลาว และลูกค้าของหญิงชาวลาว ซึ่งต่อมาได้ขยายงานไปยังอำเภอโขงเจียมด้วย เพราะการย้ายที่ทำงานขายบริการของหญิงชาวลาวระหว่างสองพื้นที่นี้มีสูง

กิจกรรมที่ทำนอกจากการอบรมให้ความรู้ สร้างอาสาสมัครแกนนำ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การให้บริการตรวจรักษาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี แก่หญิงชาวลาวที่ขายบริการทางเพศและลูกค้าของผู้หญิงเหล่านี้ แล้วยังมีการจัดตั้งคลินิกในรูปแบบ Drop in Center ขึ้นในฝั่งไทยติดชายแดน เพื่อทำหน้าที่เป็นจุดรับให้การปรึกษา บริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ คลินิกนี้รู้จักกันในหมู่คนไทยและคนลาวที่อยู่อาศัยและทำงานในพื้นที่ใกล้เคียงในชื่อคลินิก “เฮือนกันเอง” การดำเนินงานของคลินิกเป็นความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มกุหลาบเหลือง และโรงพยาบาลชุมชนสิรินธร โดยโรงพยาบาลส่งเจ้าหน้าที่มาให้บริการที่คลินิกเดือนละ 1-2 ครั้ง และบางครั้งมีบริการตรวจเลือด ตรวจสุขภาพ และให้บริการรักษาหญิงชาวลาวที่มีปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่โรงพยาบาลชุมชนสิรินธร และโรงพยาบาลโขงเจียมในรูปของคลินิกเคลื่อนที่ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ ที่โครงการทำ ได้แก่ มีการจัดฝึกอาชีพให้กับผู้หญิงลาวที่ขายบริการที่คลินิกเฮือนกันเอง เช่น ทำดอกไม้ประดิษฐ์ ทำอาหารคาวหวาน เป็นต้น

ส่วนด้านสื่อมีการพัฒนาสื่อสำหรับการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของแรงงานลาว และกลุ่มชายนักเที่ยว โดยพัฒนาหนังสือการ์ตูนภาษาลาวจำนวน 4 เรื่อง ตลอดจนมีการนำสื่อพื้นบ้าน เช่น หมอลำ มาใช้ในการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคเอดส์แก่คนที่อยู่ในพื้นที่ชายแดน และแก่แรงงานชาวลาว นอกจากนี้โครงการ RCB 01 ยังจัดงานมหกรรมตลาดนัดสุขภาพ (Health Fair) ในบริเวณชายแดนไทย-ลาวช่องเม็ก ติดต่อกันมา 3 ปี เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงที่เป็นชายนักเที่ยว หญิงชาวลาว แรงงานลาว ตลอดจนคนลาวที่อพยพข้ามไปมาได้รับการตรวจร่างกายและตรวจเลือดหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์ ในขณะเดียวกันก็ไม่ได้ปิดกั้นคนไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้เข้ามาตรวจได้ด้วย ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในงานมหกรรมตลาดนัดสุขภาพประจำปี พบผู้ที่มีผลเลือดบวก 7 ราย เป็นผู้ชายชาวลาว 4 ราย และผู้ชายไทย 3 ราย จากจำนวนผู้ที่มาตรวจทั้งหมด 353 ราย

ตารางที่ 5.20 ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาเชื้อหนองในแท้และหนองในเทียม และผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ในผู้รับบริการชายที่เข้ามารับการตรวจในงานมหกรรมตลาดนัดสุขภาพช่องเม็ก-วังเต่า ปีงบประมาณ 2548-2550

กิจกรรมบริการ		จำนวนชายที่เข้ารับบริการ (ราย)			รวม
		2548	2549	2550	
1. VCT สำหรับ เอชไอวี testing		123	110	120	353
ผลการตรวจ พบเชื้อเอช ไอวี	ไทย	1	1	1	1
	ลาว	1	2	1	4
2. การตรวจปัสสาวะด้วยวิธี PCR เพื่อหาเชื้อหนองในแท้/เชื้อหนองในเทียม		93	69	96	258
ผลการตรวจ พบเชื้อหนองในแท้	(ราย)	3	0	4	7
เชื้อหนองในเทียม	(ราย)	1	2	1	4

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานของโครงการ RCB-01 งานโรคป้องกันโรคเอดส์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

จากการได้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลโดยการเฝ้าสังเกตที่คลินิกเฮือนกันเอง พบว่า หญิงขายบริการทางเพศชาวลาวที่มารับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาการติดเชื้อรา หรือ เชื้อบัคทีเรียในช่องคลอด ทางคลินิกจ่ายยากินและยาเหน็บช่องคลอดให้ และหากพบติดเชื้อกามโรค เช่น ซิฟิลิส ก็ให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสิรินธร และพยายามให้ติดตามคู่นอนประจำของผู้ป่วยมารับการรักษาด้วย มีบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้หญิงชาวลาวทั้งที่ขายบริการทางเพศ และที่มาทำงานรับจ้างขายของ หรือคนทำงานบ้าน ให้บริการตรวจการตั้งครรภ์ และให้คำปรึกษา ส่งต่อหญิงขายบริการที่ทำแท้งและเกิดอาการแทรกซ้อนไปรักษา แนะนำเรื่องการใช้วิธีการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกัน แก่ทหารที่มีฐานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ เนื่องจากพบการติดเชื้อในกลุ่มทหารเหล่านี้ ซึ่งมักเป็นลูกค้าประจำของหญิงขายบริการชาวลาว

ส่วนผลการให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์แก่หญิงขายบริการทางเพศชาวลาว และประชากรชายแดน ในช่วงปี 2548-2550 (ถึงเดือนมกราคม) ซึ่งผู้มาใช้บริการที่คลินิกส่วนใหญ่เป็นหญิงขายบริการทางเพศและแม่บ้านชาวลาวที่มาทำงานรับจ้างฝั่งไทยแบบเช้าไปเย็นกลับ ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงชาวลาวจำนวน 25 ราย และในชายนักเที่ยวคนไทย 4 ราย จากผู้มารับการตรวจ 574 ราย (ตารางที่ 5.21) นอกจากนี้ผลการให้บริการที่คลินิกเฮือนกันเอง ทำให้ทราบว่าหญิงขายบริการชาวลาว และแม่บ้านชาวลาว มีปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมทั้งปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ และการทำแท้งในอัตราที่ค่อนข้างสูง

ตารางที่ 5.21 ผลการดำเนินงานการให้บริการการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ แก่ประชากรที่อาศัยอยู่ชายแดนไทย-ลาว ของ "คลินิกเฮือนกันเอง" ปีงบประมาณ 2548-2550

(ราย)

กิจกรรมที่ให้บริการ	2548	2549	2550 (มกราคม)	รวม
1. ผู้มารับบริการตรวจ/รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ ที่คลินิก	88	870	150	1,108
2. VCT และยินยอมตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เชื้อซิฟิลิส	85	339	150	574
- ตรวจ พบเชื้อเอช ไอวี	4 (แม่บ้านลาว 3, หญิงไร้สัญชาติ 1 คน)	13 (ชายไทย 2 คน, หญิงขายบริการลาว 11 คน)	12 (ชายไทย 2 คน, หญิงขายบริการลาว 10 คน)	29
- ตรวจ พบเชื้อซิฟิลิส	1	0	1	2
3. การตรวจหาเชื้อหนองในแท้/หนองในเทียม ด้วยวิธี Gen probe	63	229	150	442
- ตรวจพบเชื้อหนองในแท้	0	17	6	23
- ตรวจพบเชื้อหนองในเทียม	4	31	0	35
4. การตรวจหาด้วยวิธี Wet smear เพื่อหาการติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	63	191	150	404
- ตรวจพบเชื้อราช่องคลอด	0	35	30	75
- เชื้อแบคทีเรียช่องคลอด	2	21	45	68
- ตรวจพบพยาธิช่องคลอด	0	1	2	3
- ตรวจพบเชื้อราที่ทวารหนัก	0	2	0	2
- ตรวจพบปากมดลูกอักเสบ/อื่น ๆ	0	5	7	12
- การรักษาผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคที่ตรวจพบ(ยกเว้นเชื้อเอชไอวี)	7/12	91/149	84/128	-
5. การตรวจการตั้งครรภ์	5	44	มข.	59
6. การส่งต่อเพื่อการรักษา	2	6	มข.	8
7. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	13	95	มข.	108
8. การติดตามเยี่ยมหลังทำแท้ง	12	62	มข.	74
9 วางแผนครอบครัว	0	42	มข.	42
10. การตรวจสุขภาพทั่วไป	0	208	มข.	208

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานของโครงการ RCB-01 งานป้องกันโรคเอดส์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

มข. = ไม่มีข้อมูล

ผลจากการเข้าไปทำงานรณรงค์แก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์บริเวณชายแดนของฝ่ายเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ร่วมมือกับกลุ่มกุหลาบเหลือง ซึ่งทำงานเชื่อมโยงทั้งฝั่งไทยและฝั่งลาว พบว่า หญิงขายบริการชาวลาวมีความกระตือรือร้นและความตระหนักในสุขภาพอนามัยของตนเองดีขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 5-6 ปี ที่ผ่านมา หญิงขายบริการและชายนักเที่ยวเกิดความกลัวในการติดเชื้อโรคเอดส์ สถานประกอบการให้ความร่วมมือในการจัดหาและสนับสนุนให้ผู้หญิงลาวในสังกัดร้านของตนใช้ถุงยางอนามัยเมื่อออกไปรับแขก ชายนักเที่ยวผู้ซื้อบริการส่วนใหญ่เกิดความตระหนักในและเห็นความจำเป็นในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อซื้อบริการทางเพศ อย่างไรก็ตามความรู้สึกบางอย่างเกี่ยวกับถุงยางอนามัย เช่น สวมถุงยางแล้วทำให้การร่วมเพศไม่เป็นธรรมชาติ ไม่ถึงจุดสุดยอด หรือทำให้เจ็บ ยังมีให้ได้ยินตลอดจากการสัมภาษณ์ผู้หญิงขายบริการชาวลาว นอกจากนี้หญิงขายบริการชาวลาวเหล่านี้มักมีแฟนหรือคู่ขาประจำมากกว่า 1 คน ส่วนใหญ่บอกว่าจะไม่ใช้ถุงยางกับแขกประจำหรือกับแขกที่กลายมาเป็นแฟน/คู่รัก มีหลายรายที่บอกว่าใช้ถุงยางอนามัยสองชั้นเพื่อความมั่นใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีความรู้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย และยังมีหญิงขายบริการบางรายที่ใช้วิธีการดูหน้าตาแขกในการตัดสินใจว่าจะใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ใช้ ถ้าเจอแขกหน้าตาดีอาจตัดสินใจไม่ใช้ เพราะมีความคิดว่าคนหน้าตาท่าทางดีไม่น่าจะมีเชื้อเอดส์ เป็นต้น

5.6.3 บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนอื่น ๆ

นอกจากกลุ่มกุหลาบเหลือง และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงขายบริการทางเพศชาวลาวในพื้นที่อำเภอชายแดนแล้ว ยังมีองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ เช่น มูลนิธิพัฒนรักษ์ มูลนิธิเพิรล์เอสบัค และเอดส์เน็ท (AIDSNet) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เข้าทำงานเชิงรุกในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในแรงงานต่างชาติ โดยเอดส์เน็ทภาคอีสานทำงานในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหญิงลาวขายบริการทางเพศ และกรรมกรรถเข็นชายแดนช่องเม็ก ส่วนมูลนิธิเพิรล์เอสบัค และมูลนิธิพัฒนรักษ์ทำงานในหมู่บ้านที่อยู่ชายแดน โดยให้ความรู้ แก่คนในหมู่บ้านที่เป็นคนไทย คนไร้สัญชาติ และที่เป็นแรงงานลาวมารับจ้างทำงานภาคเกษตรอยู่ในหมู่บ้าน และเมื่อสองปีที่ผ่านมากลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ชายแดนอีสาน และที่ทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในบริเวณชายแดนได้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายเรียกว่ากลุ่มเครือข่ายพัฒนาความร่วมมือชายแดนอีสาน (Border Esan Action Network - BEAN) เพื่อสนับสนุนการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ชายแดน การทำงานได้ครอบคลุมประชากรเป้าหมายที่เป็นแรงงานต่างด้าวด้วย โดยมีมูลนิธิรักษ์ไทยที่จังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวกลางเชื่อมผสานผลักดันกิจกรรมร่วมกัน อย่างไรก็ตามแต่ละองค์กรที่เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายต่างก็มีโครงการ/กิจกรรมเป็นของตัวเอง

5.7 สรุปข้อค้นพบ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีนโยบายและยุทธศาสตร์เฉพาะที่ว่าด้วยการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่มีอยู่ในจังหวัด นอกจากนี้ไม่พบว่าจังหวัดมีแผนงาน กิจกรรม โครงการ ตลอดจนการจัดงบประมาณด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในแรงงานต่างชาติที่แยกออกมาต่างหาก แต่ดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดและใช้งบประมาณปกติ

2. หน่วยงานบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่อยู่ในเครือข่าย คือ โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้นำเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เงิน P-P) ที่เรียกเก็บจากแรงงานต่างชาติมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และไม่ได้ให้บริการแก่แรงงานต่างชาติแยกออกมาจากการให้บริการคนไทยและคนต่างชาติทั่วไป ทั้งนี้เพราะหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในอำเภอชายแดน และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ คิดว่าต้องแบกรับ

ภาระงบประมาณในการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้าน และคนไร้สัญชาติในจังหวัดหลายสิบล้านบาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าวงเงินที่ได้รับจากการทำประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ โดยไม่ได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขมาทดแทน

3. ระบบฐานข้อมูลด้านการตรวจสุขภาพของแรงงงานที่มาจดทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานในจังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพแรงงานไม่ได้มีการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพแรงงานไว้ที่หน่วยงานของตน เพราะถือว่าได้รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว ส่วนสำนักงานสาธารณสุขก็ไม่ได้จัดทำฐานข้อมูลไว้ที่จังหวัด เพียงแต่ทำหน้าที่รวบรวมส่งให้ส่วนกลางเท่านั้น แสดงให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการนำข้อมูลมาใช้วางแผนในการให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานข้ามชาติของจังหวัด

4. ขาดการประสานงานและส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติระหว่างสำนักงานแรงงานจังหวัด โรงพยาบาลที่ตรวจ สุขภาพแรงงาน และฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้ข้อมูลเรื่องเดียวกันของแต่ละหน่วยงานไม่มีความสอดคล้องกัน และไม่ได้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน

5. จังหวัดอุบลราชธานีมีการจัดทำแผนการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อบริเวณชายแดนที่ชัดเจน มีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ไม่ได้มีแผนงานด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่ชายแดน และในแรงงานต่างชาติ

6. สถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดที่เป็นของรัฐบาลมีการให้บริการชาวต่างชาติที่เป็นชาวลาวและชาวกัมพูชาทั่วไปที่เจ็บป่วยเข้ามารักษา ซึ่งไม่เจาะจงว่าเป็นแรงงานอพยพข้ามชาติเท่านั้น โดยโรงพยาบาลเหล่านั้นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปีละหลายล้านบาท เนื่องจากคนลาวที่มารับบริการส่วนหนึ่งฐานะยากจนจึงไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน

7. ปัญหาที่พบในการตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติ คือ แรงงานส่วนหนึ่งไม่มีเอกสารมาแสดงให้ครบถ้วนทำให้ทำประกันสุขภาพไม่ได้ บางรายภาพถ่ายของตัวแรงงานในใบ ท.ร. 38/1 และผู้มาตรวจไม่ตรงกัน และที่อยู่ของนายจ้างในเอกสารที่ถ่ายสำเนามาไม่ชัดเจนเท่าที่ควร นอกจากนี้มีแรงงานต่างชาติส่วนหนึ่งไม่มารับใบรับรองแพทย์ ทำให้ใบรับรองแพทย์ตกค้างที่โรงพยาบาลจำนวนมาก

8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีนโยบายเปิดกว้างให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสามารถขายประกันสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานได้เอง และเก็บเงินค่าบริการเอง เพื่อให้แรงงานเหล่านี้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้และเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังไม่มีโรงพยาบาลใดกล้าดำเนินการ เพราะเกรงเรื่องภาระค่าใช้จ่ายที่จะไม่คุ้มกับเงินที่เก็บได้ หากมีกรณีแรงงานต่างชาติเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

9. เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติว่าด้วยการตรวจสุขภาพและการให้บริการตรวจรักษาแก่แรงงานต่างชาติ บางแห่งเมื่อตรวจสุขภาพแรงงานและพบโรคในประเภทที่ 2 คือ มีภาวะติดเชื้อหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องควบคุม ก็มักสอบถามฝ่ายประกันสุขภาพว่าจำเป็นต้องทำประกันสุขภาพให้แรงงานประเภทนี้หรือไม่ ทั้งๆ ที่มีการระบุไว้ชัดเจนแล้วในแนวทางการทำประกันสุขภาพว่าผลการตรวจประเภทที่ 2 ถือว่าผ่านการตรวจโรคและรับทำประกันสุขภาพได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นเหตุผลหลักคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารโรงพยาบาลกลัวเรื่องภาระในการรักษาของโรงพยาบาลที่ต้องเพิ่มขึ้น

10. มีข้อสังเกตว่าการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มักเน้นในแรงงานต่างชาติที่เป็นหญิงขายบริการทางเพศในพื้นที่ชายแดนไม่กี่อำเภอ และมีหลายหน่วยงาน หลายโครงการเข้าไปดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่ซ้ำซ้อนกัน ทำให้การดำเนินงานยังเข้าไม่ถึงแรงงานต่างชาติกลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่น กรรมกรก่อสร้าง แรงงานในฟาร์ม แรงงานในอุตสาหกรรมครัวเรือน เป็นต้น

11. งบประมาณแผ่นดินที่ได้รับจัดสรรให้แก่การทำงานเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานต่างชาติค่อนข้างจำกัด หรือแทบไม่มีเม็ดเงินลงมาเพิ่มเติมการทำงานที่ผ่านมาจังหวัดต้องอาศัยการสนับสนุนเงินจากองค์กรระหว่างประเทศเป็นหลัก

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคาดหวังให้หน่วยบริการในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชนซึ่งได้รับการจัดสรรเงินที่จัดเก็บจากค่าประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติ ดูแลและให้บริการแรงงานต่างชาติในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง โดยจังหวัดไม่ต้องเข้ามาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงานโดยตรง นอกจากนี้ยังคาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลปัญหาเหล่านี้โดยการจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่นมาช่วย ซึ่งเป็นไปได้ยาก เพราะท้องถิ่นเองยังมองว่าเรื่องสุขภาพต้องหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้นที่รับผิดชอบ

13. บทบาทภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติยังมีอยู่น้อยมาก แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้มองว่าแรงงานต่างชาติในพื้นที่มีปัญหาหรือสร้างปัญหาให้กับประชาชนในพื้นที่ ยกเว้นกรณีของแรงงานหญิงลาวที่เข้ามาขายบริการทางเพศ ที่ชุมชนมองว่าเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของคนในท้องถิ่น บางชุมชน เช่น ที่อำเภอโขงเจียม มีดำริกันในหมู่ผู้นำชุมชนและชาวบ้านในการที่จะเดินขบวนขับไล่ผู้หญิงลาวเหล่านี้ให้ออกจากพื้นที่

14. เจ้าหน้าที่รัฐจำนวนหนึ่งยังมีทัศนะเชิงลบกับแรงงานข้ามชาติ บางส่วนไม่เห็นด้วยกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติ เพราะคิดว่ากลุ่มคนเหล่านี้ไม่ใช่คนไทย ไม่ควรไปทุ่มเทงบประมาณกับพวกเขา เจ้าหน้าที่ส่วนนี้มุ่งให้ใช้มาตรการจับกุมปราบปรามแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย และที่มาขายบริการทางเพศ มากกว่าไปช่วยเหลือหรือจัดบริการสุขภาพต่าง ๆ ให้

15. แรงงานต่างชาติในจังหวัดอุบลราชธานีไม่ได้อยู่อาศัยรวมกันเป็นชุมชนขนาดใหญ่เหมือนที่พบในจังหวัดอื่นๆ ที่มีการใช้แรงงานต่างชาติเข้มข้นกว่า แรงงานต่างชาติในจังหวัดอุบลราชธานีกระจายตัวอยู่ทั้งจังหวัด อีกทั้งส่วนหนึ่งเป็นแรงงานรับจ้างระยะสั้นที่เข้ามาตามฤดูกาล มีการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนย้ายที่อยู่เร็ว ทำให้ยากและท้าทายต่อการคิดค้นหารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบทการจ้างงานของพื้นที่

16. ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทั้งสำนักงานแรงงานจังหวัดและฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เห็นว่านโยบายแรงงานต่างด้าวของรัฐบาลขาดความชัดเจน ไม่จริงจัง และไม่แน่นอน พื้นที่ได้รับแจ้งจากส่วนกลางเป็นระยะ ๆ เพื่อขยายเวลาการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติ และขยายเวลาการตรวจสุขภาพ ทำให้ประสบปัญหาในการทำงานไม่เสร็จสิ้นสักที เป็นปัญหาในการบริหารจัดการแก่พื้นที่มาก

5.8 ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดควรกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติให้ชัดเจน และการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องมีความครอบคลุมแรงงานต่างชาติทุกกลุ่มอาชีพ ไม่ควรเน้นเฉพาะกลุ่มขายบริการทางเพศตามแนวชายแดนเท่านั้น

2. ควรกระตุ้นให้หน่วยงานบริการสุขภาพในเครือข่าย (CUP) นำเงินรายได้จากค่าส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่เก็บได้จากแรงงานต่างชาติซึ่งทำประกันสุขภาพมาใช้ดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการแรงงานต่างชาติและคนต่างด้าวที่มาใช้บริการ และควรกระตุ้นให้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทำงานแนวป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในแรงงานต่างชาติทุกกลุ่มมากขึ้น โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแรงงานเพิ่มมากขึ้น เช่น การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มแรงงานต่างชาติ เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายและรายรับที่ได้ในการขายประกันสุขภาพแก่คนต่างด้าวในจังหวัด เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผน สร้างความรู้ความเข้าใจ และกระตุ้นให้มีการขายประกันสุขภาพให้คนต่างด้าวที่มาใช้

บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ตามจำนวนที่ให้การรักษาในคนต่างชาติ และช่วยลดงบประมาณที่ต้องนำมาแบกภาระผู้ป่วยชาวต่างชาติของหน่วยบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ เนื่องจากด้วยเหตุผลด้านจรรยาบรรณและมนุษยธรรม ยังไงก็เลี่ยงไม่ให้บริการรักษาแก่ประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ได้อยู่แล้ว

4. ควรมีการออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนจัดทำฐานข้อมูลทุกด้านของแรงงานต่างชาติในจังหวัดร่วมกันระหว่างหน่วยงานในกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีการทำให้ข้อมูลทันสมัยอยู่เสมอและควรมีเพียงฐานข้อมูลเดียว ตลอดจนนำข้อมูลมาใช้ในการจัดทำยุทธศาสตร์สาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าว

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย. 2547. *ข้อมูลการจัดทำทะเบียนคนต่างด้าว 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) จังหวัดอุบลราชธานี, 30 กันยายน.* (เอกสารอัดสำเนา)

กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย. 2549. *ข้อมูลการจัดทำทะเบียนคนต่างด้าว 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) จังหวัดอุบลราชธานี, 30 ตุลาคม.* (เอกสารอัดสำเนา)

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2546. *สถานะองค์ความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการอำนวยการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและชุดปฏิบัติการตรวจสอบการทำงานแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารประกอบการประชุม ครั้งที่ 1/2550 (16 มกราคม 2550) (เอกสารอัดสำเนา)

ฝ่ายควบคุมโรค, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *เอกสารประกอบการอภิปรายปัญหาในการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดน จังหวัดอุบลราชธานี.* (เอกสารอัดสำเนา)

ฝ่ายประกันสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *ตารางข้อมูลการดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2547-2549.* (เอกสารอัดสำเนา)

ฝ่ายประกันสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *ตารางข้อมูลการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2547-2549.* (เอกสารอัดสำเนา)

ฝ่ายยุทธศาสตร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *ตารางแสดงข้อมูลการมาใช้บริการตรวจรักษาของแรงงานต่างด้าวที่ทำประกันสุขภาพ ตุลาคม 2548-กันยายน 2549.* (เอกสารอัดสำเนา)

ฝ่ายยุทธศาสตร์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *ตารางวิเคราะห์ข้อมูลภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติของจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2547-2548.*

พร้อมบุญ พานิชภักดิ์. 2549. *สุขภาวะของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในมุมมองของคนทำงานภาคประชาชน.* เอกสารอัดสำเนาจากการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง การบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างชาติ ครั้งที่ 1 ณ โรงแรมรามาการ์เด้น กรุงเทพฯ

สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี. 2549. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) และการพิจารณาการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ตั้งแต่ 1 มิ.ย.-30 มิ.ย. 2549.* (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี. 2548. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) และการพิจารณาการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ตั้งแต่ 1 มิ.ย.-30 ส.ค. 2548.* (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี. 2547. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) และการพิจารณาการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2547.-25 พ.ค. 2548.* (เอกสารอัดสำเนา)

สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2549. *สถานการณ์ทางเศรษฐกิจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* (เอกสารอัดสำเนา)

ภาษาอังกฤษ

Chin.A, Lawrence. 2005. CHAPTER 3: *The Truth of Nation State. Thermodynamic Interpretation of History.* http://www.geocities.com/eyestoobig/thermex2.html
http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm.

Matsetlha, Billy. *Managing Cross Border Migration: Reconciling Contrasting Views.*
http://www.queensu/samp/sampresources/migrationdocuments/documents/2000/

Levitt, Peggy and Schiller, Nina Glick. 2003. *Transnational Perspectives on Migration: Conceptualizing Simultaneity.* www.peggylevitt.org/pdfs/cncptualzng_smltaneity.pdf

Stalker's Guide to International Migration. *Migration Theory.* http://pstalker.com.migration/mg_theories_1.htm

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากแบบสำรวจภาคสนาม

1. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของสำนักงานจัดหางานจังหวัดอุบลราชธานี โดย วนิดา เจียมรัมย์ (31 สิงหาคม 2549)
2. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี โดย วนิดา เจียมรัมย์ (14–15 กันยายน 2549)
3. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนเขมราฐ จ.อุบลราชธานี โดย พิมณทิพา มาลาหอม (26 กันยายน 2549)
4. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนสิรินธร จ.อุบลราชธานี โดย พิมณทิพา มาลาหอม (28 กันยายน 2549)
5. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนสิรินธร จ.อุบลราชธานี โดย พิมณทิพา มาลาหอม (28 กันยายน 2549)
6. สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองเม็ก ตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จ.อุบลราชธานี โดย พิมลทิพา มาลาหอม (28 กันยายน 2549)
7. สัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ (5 ตุลาคม 2549)
8. สัมภาษณ์นายกเทศบาลและปลัดเทศบาลตำบลช่องเม็ก อ. สิรินธร จ. อุบลราชธานี โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ (16 กุมภาพันธ์ 2550)
9. เก็บข้อมูลเชิงลึกอย่างไม่เป็นทางการจากการเฝ้าสังเกตและพูดคุยกับหญิงขายบริการทางเพศชาวลาวที่มารับบริการ และเจ้าหน้าที่กลุ่มกุหลาบเหลือง (คุณทรรศิกา จำปาศรี) ที่ให้บริการที่คลินิกเฮือนกันเอง ต. ช่องเม็ก อ.สิรินธร โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ (สิงหาคม–ธันวาคม 2549)
10. สัมภาษณ์และขอข้อมูลจากผู้ประสานงานโครงการ RCB–01 (คุณพิมณทิพา มาลาหอม) เกี่ยวกับการดำเนินงานภายใต้โครงการ RCB–01 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ (สิงหาคม–ธันวาคม 2549)
11. ข้อมูลจากแบบสำรวจภาคสนามเกี่ยวกับการให้บริการแรงงานต่างชาติของโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์
12. ข้อมูลจากแบบสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการแรงงานต่างชาติของโรงพยาบาลวารินชำราบ
13. สำรวจข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ และคนไร้สัญชาติ ในพื้นที่ชายแดน 3 อำเภอ คือ เขมราฐ สิรินธร และโขงเจียม โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ วนิดา เจียมรัมย์ (สิงหาคม–ธันวาคม 2549)

6

กรณีศึกษา

จังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ

หทัยรัตน์ เสียงดัง
เบญจมาศ รอดภัย

■ แรงงานต่างชาติที่ถูกกฎหมายได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี มากกว่าคนไทยเสียอีก แรงงานที่ถูกกฎหมาย ทางทีมไม่ค่อยห่วง เพราะได้รับการคัดกรองมาครบวงจรแล้ว ที่ห่วงคือ แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย ซึ่งมันเสมือนอยู่ในความมืด และไม่รู้ว่ามีอะไรอยู่ในตัว เยอะแยะไปหมด

(โรงพยาบาลสมุทรสาคร, วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์.) ■

6

กรณีศึกษา

จังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ

■ หทัยรัตน์ เสียงดัง

เบญจมาศ รอดภัย

6.1 เกริ่นนำ

จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่ไม่มีเขตแดนใดเลยที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น เมื่อ พ.ศ. 2547 กระทรวงมหาดไทยได้ทำการสำรวจประชากรต่างด้าว โดยให้มารายงานตัวทั่วประเทศ พบว่าจังหวัดสมุทรสาคร มีประชากรต่างด้าวอยู่ถึง 103,426 คน มากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานครและจังหวัดตาก ในขณะที่จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรต่างด้าวมารายงานตัว จำนวน 51,450 คน คิดเป็นอันดับ 8 ของประเทศ[1] ข้อมูล ณ ปัจจุบัน ปี 2549 ปรากฏว่ามีแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในจังหวัดสมุทรสาคร เป็น 151,821 คน ในจังหวัดสมุทรปราการ เป็น 59,948 คน ทั้งสองจังหวัดมีชุมชนแรงงานข้ามชาติอยู่หลายแห่ง รอบๆ แหล่งโรงงานอุตสาหกรรม โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับอาหารทะเล บริเวณปากอ่าวไทยที่เป็นเขตท่าเรือประมง ริมคลอง ท่าเทียบเรือ ตลาดสดอาหารทะเล ตลาด/แพปลา ที่ตำบลมหาชัย บางหญ้าแพรก โกรกกราก ท่าทราย จังหวัดสมุทรสาคร และตำบลปากน้ำ ท้ายบ้าน คลองด่าน ในจังหวัดสมุทรปราการ

ปัญหาสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติของทั้งสองจังหวัดนี้ ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดของหน่วยงานด้านสาธารณสุข จากข้อค้นพบในรายงานประเมินผลนโยบายรัฐไทยในเรื่องนโยบายสาธารณสุขของรัฐไทยต่อแรงงานข้ามชาติในช่วงปี 2539-2547 (กฤตยาและพันธุ์ทิพย์ 2548) ในภาพรวมของประเทศ พบว่าประเด็นปัญหาที่มีและไม่มีของนโยบาย โดยเฉพาะด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ ทำให้แรงงานข้ามชาติต้องเผชิญกับการเข้าไม่ถึง และไม่ได้รับบริการ จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่าที่ควร ในบางจังหวัดที่ใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นได้อาศัยกลไกการทำงานขององค์กรเอกชนให้แรงงานข้ามชาติได้รับรู้ถึงสิทธิ และผลักดันให้สถานบริการสาธารณสุขเปิดช่องทางให้แรงงานข้ามชาติมากขึ้น ด้วยเหตุและผลดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการรายงานข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่สมุทรสาคร และสมุทรปราการ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ในช่วงปี 2547- 2549 ว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายดังกล่าวได้มีการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว อย่างไรบ้าง

[1] สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม - ข้อมูล ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2547

6.2 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รายงานพื้นที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะที่ต่างจากการศึกษาภาพรวมคือ ศึกษาบริบทของพื้นที่ที่มีผลต่อการจ้างแรงงานข้ามชาติ ส่วนวัตถุประสงค์อีก 3 ข้อคือ หนึ่ง วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ สอง วิเคราะห์การจัดระบบแรงงานและสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ และสาม วิเคราะห์กระบวนการที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนหรือไม่ปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในช่วงปี 2547– 2549 เป็นส่วนที่จะไปช่วยเสริมข้อค้นพบของภาพรวม

สำหรับ **วิธีการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธีหลัก คือ (1) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติคณะรัฐมนตรี นโยบายจากส่วนกลาง หนังสือสั่งการต่างๆ หลักฐานอื่นๆ เช่น ข้อมูลสถิติทางด้านแรงงาน สาธารณสุข ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ (2) การเก็บข้อมูลในพื้นที่โดย

ก. **การสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก** ดังนี้ เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ตัวแทนหอการค้าจังหวัดสมุทรสาคร ฝ่ายบริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ฝ่ายบริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัยอำเภอบางบ่อ เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทยจังหวัดสมุทรปราการ แรงงานข้ามชาติที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

ข. **สนทนากลุ่มแรงงานข้ามชาติ** จำนวน 10 คน ในชุมชนแรงงานข้ามชาติที่ตำบลคลองด่าน (สมุทรปราการ)

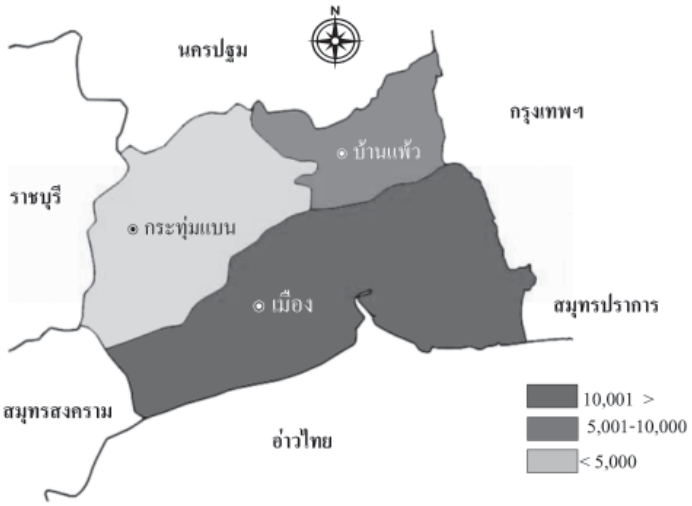
ค. **การรวบรวมข้อมูลที่เป็นสถานการณ์ปัจจุบันจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ** คือ ข่าวหนังสือพิมพ์ แหล่งข้อมูลอินเตอร์เน็ต ข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตลอดจนเข้าร่วมการประชุม / สัมมนาในเวทีระดับชาติ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2549 – มกราคม 2550

6.3 บริบทพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการกับการใช้แรงงานข้ามชาติ

6.3.1 สภาพทั่วไป

จังหวัดสมุทรสาคร ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ภาคกลางตอนล่าง เป็นจังหวัดปริมณฑลที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางประมาณ 30 กิโลเมตร มีอาณาเขตทางทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดนครปฐม ทิศใต้ติดกับทะเลอ่าวไทย ทิศตะวันออกติดต่อกับกรุงเทพมหานคร ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดสมุทรสงครามและราชบุรี มีพื้นที่ประมาณ 872.347 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 545,217 ไร่ สภาพพื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1.00–2.00 เมตร มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน พื้นที่ทางตอนบนของจังหวัดถัดจากชายฝั่งทะเลขึ้นไป เป็นพื้นที่ราบมีคลองธรรมชาติและคลองชลประทานสาขามากมายสำหรับกักเก็บน้ำจืดสำหรับใช้ในการเพาะปลูก มีคลองสาขาหลายสายเชื่อมโยงแม่น้ำท่าจีน แม่น้ำแม่กลอง และแม่น้ำเจ้าพระยา ใช้ในการชลประทาน และคมนาคม ส่วนพื้นที่ทางตอนล่างของจังหวัดติดต่อกับทะเลอ่าวไทย เป็นชายฝั่งทะเลเชื่อมกับพื้นที่ราบ และมีป่าชายเลนเป็นแนวยาวประมาณ 43 กิโลเมตร

รูปที่ 6.1 แผนที่แสดงที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดสมุทรสาคร
และการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานปี 2547



จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก ต่อมาจังหวัดสมุทรสาครได้เข้าอยู่ในโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันตก (Western Seaboard) ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพรและสมุทรสาคร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540–2544) เพื่อพัฒนาให้มีศักยภาพในด้านเศรษฐกิจ คือ เป็นศูนย์กลางการขนส่งทางทะเลตอนบน ศูนย์กลางการผลิตเพื่อส่งออกผลผลิตทางการเกษตรและประมง เป็นแหล่งอุตสาหกรรมหลักชายฝั่งทะเล ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและความเป็นเมืองตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา ประกอบการมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะทรัพยากรสัตว์น้ำ และพื้นที่ดินดีเหมาะสำหรับทำการเกษตร ทำให้เกิดการสร้างสาธารณูปโภคเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ มีโรงงานเกิดขึ้นมากมาย และมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่จังหวัดสมุทรสาครอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแรงงานต่างด้าวที่เริ่มเข้ามามากขึ้นในกิจการประมงตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ที่มีการอนุญาตให้นำแรงงานข้ามชาติมาใช้

จังหวัดสมุทรปราการ หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า เมืองปากน้ำ เนื่องจากเป็นปลายทางของแม่น้ำเจ้าพระยาไหลลงสู่ทะเลอ่าวไทย ในอดีต มีความสำคัญในการติดต่อค้าขายกับต่างประเทศทางเรือเดินสมุทร และเป็นแหล่งเกษตรกรรมที่มีความอุดมสมบูรณ์ทั้งทางด้านการเพาะปลูก การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ และการประมงทะเล จึงนับว่าเป็นจังหวัดที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศไทยมาช้านาน นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (เริ่มในปี พ.ศ. 2503) เป็นต้นมา สมุทรปราการได้รับการพัฒนาให้เป็นแหล่งรองรับการขยายตัวของอุตสาหกรรมจากกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีความได้เปรียบทางทำเลที่ตั้งที่อยู่ใกล้ศูนย์กลางประเทศ มีท่าเรือที่นำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศ ในระยะต่อมาจึงได้เข้าอยู่ในโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (Eastern Seaboard) มีการพัฒนาทั้งด้านสาธารณูปโภคตลอดจนที่อยู่อาศัย สร้างเส้นทางการคมนาคมทั้งทางน้ำ ทางบก ทางอากาศ จึงทำให้สมุทรปราการมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ดึงดูดนักลงทุนทั้งไทยและต่างประเทศ รวมถึงแรงงานต่างถิ่นทั่วภูมิภาคของประเทศไทยหลั่งไหลเข้าจังหวัดสมุทรปราการตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

รูปที่ 6.2 แผนที่แสดงที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดสมุทรปราการ และการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานปี 2547

จังหวัดสมุทรปราการมีพื้นที่ประมาณ 1,004.092 ตารางกิโลเมตร หรือ 627,557 ไร่ โดยมีอาณาเขตทางทิศเหนือและทิศตะวันตกติดต่อกับกรุงเทพมหานคร ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดฉะเชิงเทรา และทิศใต้ติดทะเลอ่าวไทย ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดสมุทรปราการเป็นที่ราบลุ่มขนาดใหญ่ติดชายฝั่งทะเล หรือบริเวณดินดอนสามเหลี่ยมปากแม่น้ำ มีแม่น้ำเจ้าพระยาแบ่งพื้นที่จังหวัดออกเป็นฝั่งตะวันออกและตะวันตก บริเวณสองฝั่งของแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นที่ราบลุ่ม มีคลองชลประทานหลายสาย เป็นเส้นทางคมนาคมทางน้ำที่สำคัญ และเป็นท่าเทียบเรือประมงขนาดเล็ก มีที่ราบขนาดใหญ่อยู่ทางตอนเหนือและทางตะวันออกของจังหวัดซึ่งได้ถูกพัฒนาให้เป็นเขตนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ คือ นิคมอุตสาหกรรมบางปู และนิคมอุตสาหกรรมบางพลี ส่วนทางตอนใต้ของจังหวัดติดชายฝั่งทะเล น้ำทะเลท่วมถึง เป็นแหล่งป่าชายเลนที่เหมาะกับการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ และเป็นท่าเรือน้ำลึกสำหรับเรือเดินสมุทร และท่าเทียบเรือประมง

6.3.2 ลักษณะทางประชากรและสังคม

จังหวัดสมุทรสาครมีประชากรที่มีสัญชาติไทย 462,796 คน มีประชากรต่างด้าว 151,821 คน (ข้อมูลทางการจากกรมการปกครอง ณ เดือนพฤศจิกายน 2549) โดยเป็นแรงงานที่มาจากประเทศพม่า ร้อยละ 91 รองลงมาจากประเทศลาว ร้อยละ 7 และกัมพูชา ร้อยละ 2 ประชากรพม่าเป็นชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในจังหวัด มักพบเห็นได้โดยทั่วไป สังเกตได้ง่ายจากการแต่งกายและสำเนียงการออกเสียงภาษาไทยที่ไม่ชัด ในย่านชุมชนริมคลองที่มีท่าจอดเรือ ตลาดสดอาหารทะเล แพกุ้ง แพปลา สถานประกอบการแปรรูปเบื้องต้น (ล้ง) หรือตึกแถวภายในบริเวณโรงงาน

ชุมชนแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร มีทั้งหมดประมาณ 32 ชุมชน กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาจากพม่ามีหลายกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มใหญ่ที่สุด คือ ชาวมอญ รองลงมาเป็นชาวพม่า กะเหรี่ยง ทวาย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเดินทางมาจากช่องผ่านแดนธรรมชาติทางด่านเจดีย์สามองค์ อำเภอสังขละบุรี ในจังหวัดกาญจนบุรี อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในปัจจุบันเส้นทางที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ เข้ามาทางด่านเจดีย์สามองค์

ส่วนจังหวัดสมุทรปราการเป็นที่มีแรงงานต่างด้าวมากเป็นอันดับ 8 ของประเทศ รองจาก กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ตาก เชียงใหม่ ชลบุรี สุราษฎร์ธานี และระนอง[2] ปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรไทยทั้งหมด 1,107,945 คน มีประชากรต่างด้าว 59,948 คน แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นชาวพม่าถึงร้อยละ 63 รองลงมาเป็นชาวกัมพูชา ร้อยละ 26 และเป็นชาวลาว ร้อยละ 11 มีชุมชนต่างด้าวทั้งหมดประมาณ 81 ชุมชน

แรงงานต่างด้าวมีการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ เพราะมีเครือญาติอยู่ทั้งสองจังหวัด การเปลี่ยนงานข้ามจังหวัดของแรงงานขึ้นอยู่กับสภาพการจ้างงาน ความมั่นคงทางรายได้ ในจังหวัดสมุทรปราการนี้แรงงานข้ามชาติบางคน มีอาชีพเข้ามาครั้งแรกเป็นขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานประมงในจังหวัดสมุทรสาคร และย้ายมาเป็นกรรมกรก่อสร้างลักลอบทำงานในจังหวัดสมุทรปราการซึ่งมีงานตลอดทั้งปี ลำบากน้อยกว่าเป็นแรงงานประมง ตารางที่ 6.1 แสดงจำนวนประชากรรายปีของจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ดังนี้

[2] รายงานผลออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 ทั่วประเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน (ข้อมูล ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2548)

ตารางที่ 6.1: ประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ พ.ศ. 2547 และ 2549

พ.ศ.	ประชากรรวมนับเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยและอยู่ในบ้านปกติ*	ประชากรต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา	สัดส่วนประชากรข้ามชาติต่อประชากรไทยร้อยคน
สมุทรสาคร			
2547	436,534	103,426	23.69
2549	462,796	151,821	33.27
สมุทรปราการ			
2547	1,034,882	51,450	4.95
2549	1,107,945	59,948	5.51

หมายเหตุ *ไม่รวมผู้ที่อยู่บ้านกลาง และอยู่ระหว่างย้าย

ปี 2547 ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2547 และปี 2549 ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2549

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

6.3.3 ลักษณะเศรษฐกิจและการจ้างงาน

จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ สองจังหวัดปริมณฑลที่ถูกกำหนดให้เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวของกรุงเทพมหานคร มีความสำคัญในแง่ของการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตสำคัญๆ คือ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม มีทำเลที่ตั้งอยู่บริเวณปากแม่น้ำท่าจีน ในจังหวัดสมุทรสาคร และปากแม่น้ำเจ้าพระยา ในจังหวัดสมุทรปราการ จึงได้รับตะกอนที่มีแร่ธาตุที่มีประโยชน์ในการเกษตรกรรม ไม่ว่าจะเป็นปลูกข้าว ทำสวนผลไม้ ทำประมงน้ำจืด การที่ทั้งสองจังหวัดมีอาณาเขตติดต่อกับทะเลอ่าวไทย จึงทำให้ได้มรดกมหาศาลจากทรัพยากรทางทะเล กล่าวคือ เป็นแหล่งจับสัตว์น้ำทะเล แหล่งเพาะพันธุ์สัตว์น้ำทะเล

จึงไม่น่าแปลกใจที่จังหวัดสมุทรสาครจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดให้เป็นครัวโลกทางด้านอาหารทะเลและการเกษตร[3] ส่วนจังหวัดสมุทรปราการก็มีศักยภาพไม่แพ้กัน เนื่องจากเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ใกล้ปากแม่น้ำ มีท่าเรือน้ำลึกที่ทันสมัย จึงเป็นเขตจอดเรือเดินสมุทรที่นำเข้าและส่งออกสินค้าที่สำคัญของประเทศ แผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาจังหวัดจึงเน้นไปที่ศูนย์กลางอุตสาหกรรมเพื่อส่งออกสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรม เป็นศูนย์อุตสาหกรรมต่อเนื่องและเชื่อมโยงสู่ตลาดโลก[4]

โครงสร้างทางเศรษฐกิจของจังหวัด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางเศรษฐกิจ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2548 ประชาชนในจังหวัดสมุทรสาครมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 482,544 บาท ต่อปี สูงเป็นอันดับ 2 ประเทศ (รองจากจังหวัดระยอง) มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross provincial products) 246,097 ล้านบาท โดยรายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาขาอุตสาหกรรม ซึ่งมีมูลค่า 201,790 ล้านบาท หรือร้อยละ 82.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม รองลงมาคือธุรกิจการประมง มูลค่า 11,968 ล้านบาท หรือร้อยละ 4.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัด ดูรายละเอียดตามตารางที่ 6.2

[3] แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2548-2551) จังหวัดสมุทรสาคร จาก www.samutsakhon.go.th

[4] ยุทธศาสตร์จังหวัดสมุทรปราการ จาก www.samutprakarn.go.th

ตารางที่ 6.2: ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดสมุทรสาคร ณ ราคาตลาด จำแนกตามสาขาการผลิต

พ.ศ. 2546-2548

หน่วย : ล้านบาท

สาขาการผลิต	2546		2547		2548	
	มูลค่า	% ของ GPP	มูลค่า	% ของ GPP	มูลค่า	% ของ GPP
ภาคที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก						
อุตสาหกรรม	162,599	81.0	184,450	81.7	201,790	82.0
ประมง	12,135	6.0	12,260	5.4	11,968	4.9
ค้าปลีกและค้าส่ง ซ่อมแซมเครื่องอุปโภค	5,660	2.8	6,216	2.8	6,745	2.7
การก่อสร้าง	2,476	1.2	3,295	1.5	3,946	1.6
เกษตรกรรม ปศุสัตว์ และป่าไม้	752	0.4	741	0.3	849	0.3
รวม	**183,622**	**91.5**	**206,962**	**91.7**	**225,298**	**91.5**
ภาคที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติน้อย						
การไฟฟ้า ก๊าซและการประปา	5,927	3.0	6,814	3.0	7,375	3.0
บริการภาครัฐและเอกชน และอื่นๆ	4,941	2.5	5,193	2.3	5,763	2.3
การขนส่ง โกดังสินค้า และการคมนาคม	3,051	1.5	3,450	1.5	3,782	1.5
ธนาคาร ประกันภัย	1,396	0.7	1,582	0.7	1,944	0.8
ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์	1,700	0.8	1,790	0.8	1,936	0.8
โรงแรมและภัตตาคาร	856	0.4	869	0.4	917	0.4
รวม	**17,871**	**8.9**	**19,698**	**8.7**	**21,717**	**8.8**
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	**200,637**	**100.0**	**225,790**	**100.0**	**246,097**	**100.0**
รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาท)	**405,327**		**449,780**		**482,544**	

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย, 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ ในปี 2548 ประชาชนในจังหวัดสมุทรปราการมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว 380,837 บาทต่อปี สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ รองจากจังหวัดระยอง สมุทรสาคร และพระนครศรีอยุธยา มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross provincial products) 469,023 ล้านบาท โดยรายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาขาอุตสาหกรรม ซึ่งมีมูลค่า 369,041 ล้านบาท หรือร้อยละ 78.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด รองลงมาเป็นกิจกรรมทางด้านการค้าส่งและค้าปลีก ซ่อมแซมเครื่องอุปโภค ซึ่งมีมูลค่า 24,577 ล้านบาท หรือร้อยละ 5.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัด ดูรายละเอียดตามตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3: ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดสมุทรปราการ ณ ราคาตลาด จำแนกตามสาขาการผลิต พ.ศ. 2546-2548

หน่วย : ล้านบาท

สาขาการผลิต	2546		2547		2548	
	มูลค่า	% ของ GPP	มูลค่า	% ของ GPP	มูลค่า	% ของ GPP
ภาคที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติมาก						
อุตสาหกรรม	297,186	78.1	325,142	78.0	369,041	78.7
การค้าส่งและค้าปลีก ซ่อมแซม เครื่องอุปโภค	20,895	5.5	22,802	5.5	24,577	5.2
ประมง	10,073	2.6	10,188	2.4	9,973	2.1
การก่อสร้าง	4,512	1.2	6,239	1.5	7,650	1.6
เกษตรกรรม ปศุสัตว์ และป่าไม้	465	0.1	541	0.1	529	0.1
รวม	**333,131**	**87.5**	**364,912**	**87.5**	**411,770**	**87.7**
ภาคที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติน้อย						
การไฟฟ้า ก๊าซและการประปา	12,441	3.3	14,036	3.4	14,629	3.1
การขนส่ง สถานที่เก็บสินค้า และการคมนาคม	9,351	2.5	9,612	2.3	10,789	2.3
ธนาคาร ประกันภัย	5,678	1.5	6,882	1.7	8,549	1.8
โรงแรมและภัตตาคาร	6,587	1.7	6,774	1.6	7,154	1.5
ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์	3,939	1.0	4,363	1.0	5,004	1.1
บริการภาครัฐและเอกชน และอื่นๆ	9,501	2.5	10,154	2.4	11,128	2.4
รวม	**47,497**	**12.5**	**51,821**	**12.4**	**57,253**	**12.2**
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	**380,628**	**100.0**	**416,732**	**100.0**	**469,023**	**100.0**
รายได้เฉลี่ยต่อหัว (บาท)	**330,737**		**350,252**		**380,837**	

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย, 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการมีอาณาเขตติดต่อทะเลอ่าวไทยและใกล้กรุงเทพฯ มากที่สุด จึงได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้เป็นพื้นที่ที่รองรับการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมจากกรุงเทพมหานคร ทำเลที่ตั้งของจังหวัดทั้งสองเอื้ออำนวยให้มีการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ เป็นจำนวนมาก เนื่องจากใกล้ท่าเรือขนาดใหญ่ที่รับส่งวัตถุดิบและสินค้าจากต่างประเทศ ในขณะเดียวกันยังเป็นแหล่งท่าเรือประมงทะเล เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำทั้งน้ำเค็ม น้ำกร่อย และน้ำจืด ที่สำคัญของคนไทย กิจกรรมการผลิตของทั้งสองจังหวัดนี้จึงดึงดูดให้แรงงานต่างถิ่นย้ายเข้ามาทำงานในพื้นที่เป็นจำนวนมากด้วยค่าแรงค่อนข้างสูงและมีโอกาสได้งานทำและเลือกงานได้

กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญที่จะกล่าวรายละเอียดโดยรวม แบ่งเป็น ภาคอุตสาหกรรม ภาคเกษตรกรรม และภาคการค้าและบริการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาคอุตสาหกรรม

ในจังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนสถานประกอบการหรือโรงงานรวมทั้งหมด 4,243 แห่ง มีทั้งโรงงานขนาดเล็กและขนาดใหญ่กระจายอยู่ทุกพื้นที่ของจังหวัด มีอุตสาหกรรมการผลิตที่หลากหลายตามศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละอำเภอ อุตสาหกรรมประเภท พลาสติก เหล็ก อลูมิเนียม สิ่งทอ และอาหารสัตว์ มีมากที่อำเภอกระทุ่มแบน ส่วนไม้แปรรูป พลาสติก และสินค้าการเกษตร มีมากที่อำเภอบ้านแพ้ว ในเขตอำเภอเมือง มีสถานประกอบการ

ค่อนข้างหนาแน่นกว่าอำเภออื่น ด้วยพื้นที่ที่ติดกับบริเวณชายฝั่งทะเล และเป็นท่าเรือ จึงมีการผลิตอุตสาหกรรมอาหารทะเลอย่างหนาแน่น ส่วนใหญ่ เช่น ปลาป่น ปลากระป๋อง น้ำปลา กะปิ อาหารทะเลแช่แข็ง อาหารทะเลอบแห้ง บรรจุหีบห่อ นอกจากนี้ ยังมีอุตสาหกรรมสิ่งทอ อิเลคทรอนิกส์ พลาสติก เครื่องจักร กระจายอยู่ในพื้นที่ด้วย

จังหวัดสมุทรปราการ เป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมากที่สุดแห่งหนึ่งรองจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมนานาชนิด ผลิตสินค้าทั้งนำเข้าและส่งออกต่างประเทศ ประกอบด้วยอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ประเภทอุปกรณ์ชิ้นส่วนรถยนต์และประกอบรถยนต์ ผลิตภัณฑ์พลาสติก อิเลคทรอนิกส์ สารเคมี อาหารแปรรูป สิ่งทอ โลหะ เครื่องจักร และอุตสาหกรรมขนาดเล็ก อุตสาหกรรมในครัวเรือน ประเภทผลิตอาหารสด อาหารแห้ง แปรรูป สินค้าการเกษตร เป็นต้น มีโรงงานกระจายอยู่ทุกอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอเมืองสมุทรปราการและอำเภอพระประแดง ที่มีโรงงานหนาแน่นกว่าอำเภออื่น มีเขตนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่สำคัญ 2 แห่ง คือ นิคมอุตสาหกรรมบางพลี และนิคมอุตสาหกรรมบางปู และโรงงานนอกเขตนิคมอุตสาหกรรมอื่นๆ รวมแล้วประมาณ 6,731 แห่ง

ภาคเกษตรกรรม

จังหวัดสมุทรสาคร มีกิจกรรมการเพาะปลูกที่หลากหลาย ทั้งไม้ผล พืชผัก และไม้ดอกไม้ประดับ นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งทำนาเกลือที่สำคัญแห่งหนึ่งของประเทศ สำหรับกิจกรรมทางด้านประมงและอาหารทะเล นับว่าเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของจังหวัด มีกิจกรรมทั้งจับปลาในเขตทะเลน้ำลึก แล้วยังมีการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำทะเล และน้ำกร่อย เช่น กุ้งทะเล ปูทะเล หอยแครง หอยแมลงภู่ ปลาทะเล และสัตว์น้ำจืด เช่น กุ้งก้ามกราม ปลาสลิด มากด้วยเช่นกัน การผลิตทางด้านประมงได้ก่อให้เกิดกิจกรรมการผลิตอื่นๆ ตามมา ได้แก่ อุตสาหกรรมต่อเนื่องการประมง คือ การแปรรูปสัตว์น้ำเป็นอาหารสำเร็จรูปหรือบรรจุหีบห่อ เช่น ปลากรอบ ปลาหมึกแห้ง กะปิ น้ำปลา กุ้งแห้ง และในจังหวัดสมุทรสาครยังมีตลาดสดขนาดใหญ่ทั้งอาหารทะเล และผักสดเกือบ 20 แห่ง ตลาดสดที่สำคัญ ได้แก่ ตลาดกลางกุ้ง / ปลา ตลาดทะเลไทย ตลาดสะพานปลา ตลาดกลางผักผลไม้ นอกจากนี้ กิจการห้องเย็น และโรงงานน้ำแข็งก็มีมากด้วยเช่นกัน

จังหวัดสมุทรปราการ พื้นที่การเกษตรซึ่งแต่เดิมเป็นพื้นที่นา สวน ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นที่ตั้งของโรงงาน ที่อยู่อาศัย สถานประกอบการต่างๆ ผลผลิตการเกษตร เช่น ข้าว พืชผักผลไม้ จึงเป็นการนำเข้าจากจังหวัดอื่นมาค้าขายมากกว่าผลิตขึ้นเอง แต่กิจกรรมประเภทประมงยังคงเป็นอาชีพดั้งเดิมที่ผลิตอาหารจากสัตว์น้ำ ที่สำคัญจังหวัดหนึ่งของประเทศ มีทั้งประมงน้ำจืด เลี้ยงปลาตะเพียน ปลานิล ปลาสลิด ปลาดุก ส่วนประมงน้ำกร่อย เลี้ยงปลากะพง กุ้งกุลาดำ กุ้งแชบ๊วย หอยแครง หอยแมลงภู่ หอยหลอด ปูทะเล และประมงน้ำเค็มบริเวณน่านน้ำอ่าวไทย จับสัตว์น้ำทะเล เช่น ปลาทู ปลาลัง ปลาหมึก กิจการทางด้านประมงต่างๆ ก่อให้เกิดอุตสาหกรรมต่อเนื่องประเภทอาหารแปรรูปหลายรูปแบบ เช่น โรงงานปลากระป๋อง โรงงานน้ำปลา โรงงานกะปิ โรงงานแปรรูปสัตว์น้ำ โรงงานอาหารกึ่งสำเร็จรูป โรงงานห้องเย็น เป็นต้น

ภาคการค้าและบริการ

ทั้งจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ มีความคึกคักทางเศรษฐกิจไม่แพ้กรุงเทพมหานครในฐานะที่เป็นศูนย์กลางการผลิตอาหาร แปรรูปอาหาร การค้าและการส่งออกครบวงจร ของประเทศ ในช่วงเวลาของการพัฒนาเศรษฐกิจ ที่ดินของทั้งสองจังหวัดมีราคาสูงขึ้น มีการก่อสร้างอาคารพาณิชย์ บ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม อพารท์เมนท์ โรงงานให้เช่า เพื่อรองรับผู้คนทั้งผู้ประกอบการ และแรงงาน และมีกิจการต่างๆ ที่รองรับการขยายตัวของเมือง ได้แก่ กิจการขนส่ง สถานบริการต่างๆ อาทิ ธนาคาร สถานบริการสาธารณสุขและเสริมความงาม โชว์รูมสินค้าประเภทรถยนต์ ตกแต่งที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ไฟฟ้า ตลอดจนโรงแรม ภัตตาคาร ร้านอาหาร

ตารางที่ 6.4: จำนวนสถานประกอบการและแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวน สถานประกอบการ*	จำนวนแรงงานข้ามชาติ (รวมผู้ติดตาม) ที่เข้าระบบการขึ้นทะเบียน**
เมือง	2,315	131,547
กระทุ่มแบน	1,834	16,474
บ้านแพ้ว	94	3,800
รวม	**4,243**	**151,821**

ที่มา: * โรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ กรมโรงงานอุตสาหกรรม ข้อมูล ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549.
** สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2549

ตารางที่ 6.5: จำนวนสถานประกอบการและแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดสมุทรปราการ จำแนกตามรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวน สถานประกอบการ*	จำนวนแรงงานข้ามชาติ (รวมผู้ติดตาม) ที่เข้าระบบการขึ้นทะเบียน**
เมือง	2,347	26,509
บางบ่อ	210	4,078
บางพลี	1,514	11,329
พระประแดง	1,394	9,481
พระสมุทรเจดีย์	544	6,334
กิ่งอำเภอบางเสาธง	722	2,217
รวม	**6,731**	**59,948**

ที่มา: * โรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ กรมโรงงานอุตสาหกรรม ข้อมูล ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549.
**สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2549

แรงงานข้ามชาติมีความสำคัญต่อผู้ประกอบการไทยอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านแรงงานไทยต่อแรงงานข้ามชาติแล้ว พบว่า กำลังแรงงานที่มีอยู่ในจังหวัดเป็นอัตราส่วนแรงงานไทยต่อแรงงานข้ามชาติ คือ 4 คน ต่อ 1 คน โดยประมาณ ซึ่งแรงงานข้ามชาติมีส่วนช่วยในการสร้างรายได้หรือเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมให้กับจังหวัดสมุทรสาคร คิดเป็น 20% ของ GPP จังหวัด ก็ว่าได้

สำหรับจังหวัดสมุทรปราการถึงแม้ว่ามีการใช้แรงงานต่างด้าวไม่เข้มข้นเท่ากับจังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากรายได้ของจังหวัดส่วนใหญ่มาจากอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ใช้เครื่องจักร และมีเทคโนโลยีระดับสูง ต้องใช้แรงงานไทยที่มีฝีมือ ทักษะ และความรู้ความสามารถเป็นสำคัญ แรงงานข้ามชาติจึงไม่มีความสำคัญต่อผู้ประกอบการหรือนักลงทุนจากต่างประเทศมากนัก แต่แรงงานข้ามชาติก็ยังคงมีความจำเป็นต่อกิจการประมงและต่อเนื่องประมง งานกรรมกรก่อสร้าง งานเกษตร งานรับใช้ในบ้าน เช่นเดียวกับจังหวัดสมุทรสาคร อัตราส่วนแรงงานไทยต่อแรงงานข้ามชาติ คือ 16 คน ต่อ 1 คน โดยประมาณ

ตารางที่ 6.6: อัตราส่วนกำลังแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ

จังหวัด	2547			2548		
	แรงงานไทย ผู้มีงานทำ (อายุ 15-59 ปี)	แรงงานข้ามชาติ ที่ได้รับใบอนุญาต ทำงาน	อัตราส่วน แรงงานไทยต่อ แรงงานข้ามชาติ	แรงงานไทย ผู้มีงานทำ (อายุ 15-59 ปี)	แรงงานข้ามชาติ ที่ได้รับใบอนุญาต ทำงาน	อัตราส่วน แรงงานไทยต่อ แรงงานข้ามชาติ
สมุทรสาคร	284,811	80,243	4 : 1	312,708	73,896	4 : 1
สมุทรปราการ	644,032	42,111	16 : 1	785,425	39,379	23 : 1

ที่มา: 1. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2547 และ 2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2547-2548 ของจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ

6.3.4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาขาดแคลนแรงงานและการจ้างแรงงานข้ามชาติตาม มติ ครม.

เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2547 คณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็นชอบให้มีการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ โดยเปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ ที่ลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย มาขึ้นทะเบียนราษฎร เพื่อต้องการตรวจสอบยอดที่แท้จริงของแรงงานข้ามชาติ จึงมีการประกาศให้นายจ้างหรือเจ้าบ้านผู้ให้ที่อยู่อาศัยพาแรงงานข้ามชาติไปขึ้นทะเบียนคนต่างด้าว ณ ที่ทำการกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่ว่าการอำเภอ กิ่งอำเภอ ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2547 แรงงานที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จะได้รับบัตรประจำตัวคนต่างด้าว (เลข 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 00) มีสิทธิอยู่ในประเทศไทยได้ไม่เกิน 1 ปี และสามารถขออนุญาตทำงานได้เมื่อต้องการ ถ้านายจ้างไม่พาแรงงานมาขึ้นทะเบียน จะถูกดำเนินการทางกฎหมาย โทษฐานให้ที่พักพิงแก่คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ส่วนแรงงานจะถูกขึ้นประวัติผู้ลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย และส่งกลับให้ออกนอกประเทศ ผลจากนโยบายครั้งนี้ ทำให้มีนายจ้างมาขอโควตา และแรงงานข้ามชาติมาขออนุญาตทำงานของทั้งสองจังหวัดกันอย่างคับคั่ง ทำให้สามารถประเมินความต้องการแรงงานที่แท้จริงได้ แต่อย่างไรก็ตาม แรงงานที่มาขอรับอนุญาตทำงานก็ยังน้อยกว่าแรงงานที่มีอยู่จริงในจังหวัด ประมาณ 2-3 เท่า

ในปี 2548 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติ โดยมีมติคณะรัฐมนตรี เป็นแนวทางในการดำเนินการจัดระเบียบ จำนวน 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2548 กำหนดให้แรงงานข้ามชาติ ที่ได้ทำทะเบียนประวัติราษฎรไว้กับกรมการปกครอง เข้ารับการตรวจสุขภาพและขอรับใบอนุญาตทำงานให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2548 แรงงานและผู้ติดตามสามารถอยู่ในประเทศไทยชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับต่อไปอีก 1 ปี สิ้นสุดวันที่ 30 มิถุนายน 2549 ผลปรากฏว่าแรงงานที่มารายงานตัวและขออนุญาตทำงานมีจำนวนไม่เป็นไปตามเป้าที่คาดไว้ คือ แรงงานที่จดทะเบียนปี 2547 และขึ้นทะเบียนใหม่ปี 2548 รวมตัวเลขแล้ว มีจำนวนตัวเลขน้อยกว่า จำนวนรวมแรงงานในปี 2547 มาก

ครั้งที่ 2 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2548 ปัญหาแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงานน้อยลง กระทรวงแรงงานเสนอให้กระทรวงมหาดไทย ออกประกาศขยายระยะเวลาการให้อยู่ในราชอาณาจักรของแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ ที่จดทะเบียนไว้กับกรมการปกครองเมื่อปี 2547 แต่ยังไม่มาดำเนินการ ต่อไปอีกจนถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2548 (ณัฐพล, 2548)

ครั้งที่ 3 มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 20 ธันวาคม 2548 ได้ออกนโยบายให้นำแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง 3 สัญชาติ ที่ได้หลบหนีเข้าเมืองและอาศัยอยู่ในประเทศไทยอยู่แล้วก่อนคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ มาเข้าสู่ระบบการจ้างงาน ให้ถูกต้องตามกฎหมาย โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 17 และมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 โดยให้มีการประกันตัวแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประจำตัวบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยหรือ ท.ร. 38/1 คนละ 10,000 บาท และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มี ท.ร. 38/1 คนละ 50,000 บาท เริ่มดำเนินการในเดือนมีนาคม 2549

แนวทางดังกล่าวถูกวิจารณ์อย่างกว้างขวางเนื่องจากยากต่อการปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ประกอบการที่จำเป็นต้องใช้แรงงานข้ามชาติจำนวนมาก จึงได้มีการทำประชาพิจารณ์ โดยองค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (องค์การ PATH) ร่วมกับภาคีฟ้ามิตร ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์–มีนาคม 2549 จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ประกอบการจำนวน 645 คน ประกอบด้วยนายจ้างประมง เกษตร ก่อสร้าง นายจ้างในครัวเรือน รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุข แรงงาน และองค์กรเอกชน ร่วมกันระดมความคิดเห็นและหาแนวทางที่เหมาะสม ในเวทีนี้มีผู้ประกอบการประมงของจังหวัดสมุทรสาครถึง 200 คน เข้าร่วมเวทีประชาพิจารณ์ ซึ่งได้สะท้อนสถานการณ์ปัญหาว่า รัฐไม่มีกระบวนการทำงานที่ชัดเจนภายหลังจากจดทะเบียนแล้ว

กล่าวคือ แรงงานประมงที่จดทะเบียนแล้ว ยังคงทำงานอยู่ในกิจการประมงเหลือไม่ถึง 20% เพราะว่าแรงงานทำไม่ถึงเดือนก็หนีไปทำงานในกิจการอื่น ประกอบกับค่าน้ำมันสูงขึ้น ราคาปลาตก และจับปลาได้น้อย จึงไม่เห็นด้วยที่ต้องเสียเงินประกันตัวแรงงาน 10,000–50,000 บาท เพราะฝ่ายนายจ้างเองกลัวสูญเสียเงินประกัน เพราะลูกจ้างหนีส่วนตัวแรงงานเอง ถ้าต้องแบกภาระจำนวนเงินดังกล่าว ก็ยากที่จะรับภาระได้ เพราะค่าใช้จ่ายสูงมากเมื่อเทียบกับรายได้ที่ได้รับ หากนายจ้างออกให้ก่อน และหักเงินภายหลัง ทำให้ต้องทำงานใช้หนี้อยู่หลายปีจึงจะเป็นอิสระ นายจ้างอาจใช้ช่องทางนี้กดขี่แรงงาน ยึดบัตร เป็นต้น (องค์การ PATH, 2549)

ต่อมา วันที่ 13 มีนาคม 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานจึงจัดประชุมนายจ้าง / สถานประกอบการ สมาคมอาชีพต่างๆ เกี่ยวกับอัตราค่าประกันตัวแรงงานต่างด้าว ประกอบด้วย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย อุตสาหกรรมจังหวัดตราด หอการค้าแห่งประเทศไทย หอการค้าจังหวัดตาก กลุ่มผู้เลี้ยงสุกรจังหวัดราชบุรี สมาคมปากน้ำชุมพร ตัวแทนผู้รับเหมาก่อสร้าง สมาคมกล้วยไม้ไทย สมาคมผู้เพาะเลี้ยงกุ้งในพื้นที่น้ำจืด สมาคมการประมงจังหวัดสมุทรสาคร ฯลฯ หารือร่วมกัน แต่ท้ายที่สุดก็หาข้อยุติไม่ได้ ที่ประชุมจึงมีมติให้เจ้าหน้าชะลอการเก็บเงินค่าประกันตัวไว้ก่อน วันที่ 14 มีนาคม 2549 จึงได้มีหนังสือจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด มอบหมายให้สำนักงานจัดหางานจังหวัด ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี 20 ธันวาคม 2548 ต่อไปจนถึงวันที่ 30 มีนาคม 2549 ให้เรียกเก็บเงินเฉพาะค่ายื่นคำขอเท่านั้น ท่ามกลางความพอใจของหลายฝ่าย

ในที่สุดก็มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 ให้ขยายเวลาให้กระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวกับการจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2548 ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2549 ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ

จากการที่ให้นายจ้างมาขอโควตาจ้างแรงงานข้ามชาติที่สำนักงานจัดหางานจังหวัด เป็นที่น่าสังเกตว่า นายจ้างแสดงความจำนงขอแรงงานไว้จำนวนหนึ่ง เมื่อพิจารณาอนุญาตตามจำนวนที่ต้องการแล้ว กลับพบว่า มีแรงงานที่ได้รับอนุญาตทำงานเพียง 40 – 60 % เท่านั้น เป็นไปได้ว่า นายจ้างขอเกินจำนวนที่ต้องการเผื่อไว้ หรืออีกประการหนึ่ง คือ จ้างไว้ก่อนแล้วแต่ไม่นำแรงงานมาขึ้นทะเบียนให้ถูกต้อง เพราะกลัวเสียเงินจำนวนมาก นายจ้างที่จ้างแรงงานไว้จำนวนมาก แต่พาแรงงานบางคนมาเพื่อทำในลักษณะ “ผักชีโรยหน้า” เท่านั้น

ตารางที่ 6.7: ความต้องการแรงงานข้ามชาติ และการออกใบอนุญาตทำงาน

รายการ	สมุทรสาคร			สมุทรปราการ		
	2547	2548	2549[1]	2547	2548	2549[2]
นายจ้างที่มาขอโควตา	5,842	6,031	4,807	9,923	8,866	9,945
ความต้องการจ้างแรงงาน	137,080	184,960	201,513	66,762	92,845	93,729
จำนวนโควตาที่ได้รับการพิจารณาอนุญาต	135,985	179,229	195,747	65,467	81,435	88,876
แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน	80,243	73,896	50,713	39,379	32,525	18,820
จำนวนแรงงานที่ขาดแคลน	63,184	113,074	150,800	27,293	60,320	74,909

ที่มา: สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. 2549. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย.–23 ส.ค. 2549). และ สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ. 2549. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา (ระหว่างวันที่ 1–30 มิ.ย. 2549).

หมายเหตุ: [1]ตัวเลขในปี 2549 ได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร วันที่ 23 สิงหาคม 2549.
[2]ตัวเลขในปี 2549 ได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ วันที่ 30 มิถุนายน 2549.

จากการดำเนินนโยบายจัดระบบแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ตามมติ ครม. ที่มีการปรับเปลี่ยนหลายครั้งจึงทำให้นายจ้างเองขาดความมั่นใจในนโยบาย ว่าหากนำแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองมารายงานตัวจะพ้นผิดจริงหรือไม่ อีกประการหนึ่ง คือ นายจ้างไม่มั่นใจในลูกจ้าง เพราะนายจ้างต้องจ่ายเงินในการขอรับใบอนุญาตทำงานให้กับลูกจ้าง พอได้รับใบอนุญาตทำงานแล้ว ลูกจ้างอาจหลบหนีไปทำงานกับนายจ้างอื่นที่มีข้อเสนอดีกว่า ดังนั้น ในช่วงแรกๆ ของการรับแจ้งความต้องการจ้างแรงงานและให้แรงงานมาขอรับใบอนุญาตทำงานจึงไม่มากนัก แต่เมื่อระยะเวลาใกล้ครบกำหนด จะมีนายจ้างและแรงงานข้ามชาติมาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่จัดหางานเร่งประชาสัมพันธ์ พร้อมทั้งกวดขันจับกุมอย่างเข้มงวด เจ้าหน้าที่จึงต้องทำงานอย่างหนัก ทั้งอธิบายทั้งเขียนเอกสาร ค่อนข้างชุลมุนวุ่นวาย และยังพบว่ามีการปลอมแปลงเอกสารเพื่อนำมาใช้ประกอบการยื่นขอใบอนุญาตทำงานด้วย

ตารางที่ 6.8: จำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาจดทะเบียนในจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ปี 2547–2549 แยกตามประเทศต้นทาง

ปี	สมุทรสาคร				สมุทรปราการ			
	จำนวน	ประเทศต้นทาง			จำนวน	ประเทศต้นทาง		
		พม่า	กัมพูชา	ลาว		พม่า	กัมพูชา	ลาว
2547	79,664	73,498	4,746	1,420	39,379	24,289	10,432	4,658
2548 / 1	73,896	69,455	3,771	670	32,525	14,839	11,436	6,250
2548 / 2	40,672	38,604	443	1,625	6,181	4,398	1,079	704
2549 (สิงหาคม)	91,551	89,402	1,699	450	17,929	16,468	734	727

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร และสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ)

การนำเสนอตัวเลขทางสถิติของแต่ละจังหวัดอาจจะไม่สะท้อนความเป็นจริงอย่างชัดเจนนัก เพราะแรงงานมีการเคลื่อนย้ายไปมา ปัญหาของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า แรงงานข้ามชาติหนีจากนายจ้างเก่า โดยที่นายจ้างเก่ายังไม่แจ้งออกจากการทำงาน จึงไม่มีเอกสารในการแจ้งออกเพื่อมาขอยื่นรับใบอนุญาตทำงานกับนายจ้างใหม่ ต้องเสียเวลาในการไปแจ้งออกจากนายจ้างเก่า บางรายออกมาแล้วแต่หานายจ้างไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถต่อใบอนุญาตทำงานได้ตามระยะเวลากำหนด (ณัฐพล, 2548) ดังที่ผู้ปฏิบัติในจังหวัดสมุทรสาครได้ตั้งข้อสังเกตและพยายามหาทางออกที่เป็นรูปธรรมในการแก้ปัญหา

> *จากการที่มีการจดทะเบียน มีการต่ออายุใบอนุญาต มีการย้ายไปย้ายมา คนเก่าย้ายไปแล้วกลับมาคนใหม่มาแทน ในการต่อใบอนุญาตจำนวนจะลดลงเรื่อยๆ นโยบายเราจึงพยายามคงโควตา และคงคนเก่าไว้ เราพยายามอยากให้พวกนี้อยู่กับที่ แต่มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา พยายามบล็อกเขาด้วยกฎระเบียบ เปลี่ยนเมื่อไร สิทธิหมด แต่เขาก็ไป การเคลื่อนย้ายน่าจะอยู่ราวๆ 30 % อยู่กับนายจ้างประมาณ 70%*
>
> (สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 6.9: สัญชาติของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร ปี 2547 แสดงข้อมูลตามลักษณะอาชีพ

ประเภทกิจการ	รวม	คิดเป็นร้อยละ	พม่า		ลาว		กัมพูชา	
			ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
รวม	**79,664**	**100.0**	**38,882**	**34,616**	**2,212**	**2,534**	**991**	**429**
1. ประมง	3,118	3.9	2,829	23	133	2	131	0
2. ต่อเนื่องประมงฯ	45,535	57.2	19,175	25,709	212	340	49	50
3. เกษตรและปศุสัตว์	2,055	2.6	1,109	811	81	34	11	9
4. โรงสีข้าว	156	0.2	87	31	22	16	0	0
5. โรงอิฐ	130	0.2	88	37	3	2	0	0
6. โรงน้ำแข็ง	481	0.6	436	33	7	1	4	0
7. ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	318	0.4	221	19	0	0	78	0
8. ก่อสร้าง	4,972	6.2	2,938	1,235	173	81	409	136
9. เหมืองแร่ / เหมืองหิน	0	0	0	0	0	0	0	0
10. ผู้รับใช้ในบ้าน	1,618	2.0	206	791	52	525	5	39
11. อื่น ๆ (ระบุ)	21,281	26.7	11,793	5,927	1,529	1533	304	195

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร)

ตารางที่ 6.10: สัญชาติของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร ปี 2548 แสดงข้อมูลตามลักษณะอาชีพ

ประเภทกิจการ	รวม	คิดเป็นร้อยละ	พม่า		ลาว		กัมพูชา	
			ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
รวม	**73,896**	**100.0**	**34,771**	**34,684**	**1,935**	**1,836**	**452**	**218**
1. ประมง	1,890	2.6	1,703	62	75	12	37	1
2. ต่อเนื่องประมงฯ	45,033	60.9	18,066	26,581	120	192	42	32
3. เกษตรและปศุสัตว์	1,415	1.9	751	608	28	26	1	1
4. โรงสีข้าว	127	0.2	72	31	16	8	0	0
5. โรงอิฐ	115	0.2	84	31	0	0	0	0
6. โรงน้ำแข็ง	464	0.6	416	40	5	1	2	0
7. ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	274	0.4	162	16	52	1	43	0
8. ก่อสร้าง	3,720	5.0	2,331	1,051	87	45	154	52
9. เหมืองแร่ / เหมืองหิน	0	0	0	0	0	0	0	0
10. ผู้รับใช้ในบ้าน	1,180	1.6	189	575	23	363	5	25
11. อื่น ๆ (ระบุ)	19,678	26.6	10,997	5,689	1,529	1,188	168	107

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร)

ตารางที่ 6.11: สัญชาติของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 แสดงข้อมูลตามลักษณะอาชีพ

ประเภทกิจการ	รวม	คิดเป็นร้อยละ	พม่า		ลาว		กัมพูชา	
			ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
รวม	**53,729**	**100.0**	**30,252**	**27,810**	**8,233**	**6,820**	**11,637**	**8,977**
1. ประมง	4,034	7.5	675	3	138	0	3218	0
2. ต่อเนื่องประมงฯ	7,967	14.8	2,937	2,136	219	230	1,013	1,432
3. เกษตรและปศุสัตว์	467	0.9	159	5	141	2	159	1
4. โรงสีข้าว	206	0.4	48	3	53	3	98	1
5. โรงอิฐ	11	0.0	6	0	0	0	3	2
6. โรงน้ำแข็ง	736	1.4	597	31	7	3	98	0
7. ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	1,899	3.5	221	19	0	0	78	0
8. ก่อสร้าง	19,168	35.7	7,635	3,617	1,532	756	3,641	1,987
9. เหมืองแร่ / เหมืองหิน	3	0.0	3	0	0	0	0	0
10. ผู้รับใช้ในบ้าน	6,966	13.0	639	5,543	136	478	67	103
11. อื่น ๆ (ระบุ)	12,272	22.8	5,457	4,347	876	342	397	853

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ)

ตารางที่ 6.12: สัญชาติของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2548 แสดงข้อมูลตามลักษณะอาชีพ

ประเภทกิจการ	รวม	คิดเป็นร้อยละ	พม่า		ลาว		กัมพูชา	
			ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ
รวม	**32,525**	**100.0**	**8,675**	**6,164**	**3,654**	**2,596**	**7,902**	**3,534**
1. ประมง	5,394	16.6	1,653	18	196	1	3,493	33
2. ต่อเนื่องประมงฯ	1,940	6.0	745	709	36	31	228	191
3. เกษตรและปศุสัตว์	113	0.3	42	16	31	4	16	4
4. โรงสีข้าว	38	0.1	24	14	0	0	0	0
5. โรงอิฐ	0	0	0	0	0	0	0	0
6. โรงน้ำแข็ง	375	1.2	161	50	24	6	94	40
7. ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	731	2.2	70	54	1	0	329	277
8. ก่อสร้าง	6,887	21.2	1,964	864	1,194	428	1,674	763
9. เหมืองแร่ / เหมืองหิน	0	0	0	0	0	0	0	0
10. ผู้รับใช้ในบ้าน	3,047	9.4	202	1,733	71	556	51	434
11. อื่น ๆ (ระบุ)	14,000	0	3,814	2,706	2,101	1,570	2,017	1,792

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ)

จากตาราง 6.9–6.12 ข้างต้นเห็นได้ว่าในจังหวัดสมุทรสาคร งานต่อเนื่องประมงทะเล มีแรงงานได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานมากที่สุด รองลงมาคือ กรรมกรก่อสร้าง และประมงทะเล ตามลำดับ ส่วนในสมุทรปราการ อาชีพกรรมกรก่อสร้างเป็นอาชีพที่ได้รับอนุญาตทำงานมากที่สุด รองลงมา ประมงทะเล ผู้รับใช้ในบ้าน และต่อเนื่องประมง ตามลำดับ

6.3.5 ลักษณะการทำงานของแรงงานข้ามชาติในกิจการที่สำคัญ

ที่จะกล่าวถึง คือ แรงงานข้ามชาติในกิจการประมงทะเลและต่อเนื่องประมง เพราะพิจารณาจากความต้องการแรงงานต่างด้าว พบว่ามีความต้องการแรงงานสูงมาก

ประมงทะเล เป็นกิจการที่ใช้แรงงานข้ามชาติมากกว่าคนไทย ก่อนที่จะนำแรงงานต่างด้าวมาอยู่ในกิจการประมงนั้น แต่เดิมทีอาชีพนี้มีเพียงคนไทย ส่วนใหญ่แล้วมาจากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ทำให้แรงงานต่างด้าวเข้ามาแทนที่แรงงานประมงไทยด้วยสาเหตุ 3 ประการ ประการแรก คือ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงปี 2523–2533 คนไทยปฏิเสธงานประเภทสกปรก ยากลำบาก และเสี่ยงอันตราย จึงหันไปทำอาชีพอย่างอื่นที่สะดวกสบายกว่า ประการที่สอง คือ ผลพวงจากการเกิดพายุใต้ฝุ่นเกย์ เมื่อปี 2532 ที่กวาดชาวประมงหลายร้อยคนจมหายไปในทะเล และเรือประมงสูญหายประมาณกว่า 500 ลำ จึงทำให้อาชีพนี้เป็นอาชีพที่เสี่ยงอันตรายที่สุด ประการสุดท้าย คือ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานประมงที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีแรงงานประมงป่วยตายด้วยโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก (Brahm Press, 2003) หลังจากนั้นได้มีการใช้แรงงานประมงเป็นชาวต่างด้าวเรื่อยมา จนแทบไม่มีคนไทยเลย ในปี 2539 กิจการประมงได้ใช้แรงงานต่างด้าวถึง 95 % (ธิติกมล, 2547) เนื่องจากราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้น และต้องการลดต้นทุน จึงจำเป็นต้องนำ

เข้าแรงงานต่างด้าวมาใช้โดยเฉพาะแรงงานพม่าที่สามารถทำงานประมงได้ดี ถึงแม้ว่าจะสื่อสารได้ไม่เข้าใจกันมากนัก แต่ก็มีความอดทนสูง

พอมีพายุเกย์ คนอีสาน เหนือ ไม่มีลงเรือเลย ใครก็ไม่ลง พอไม่มีคนก็เริ่มเอาแรงงานพม่ามาใช้ เพราะถ้าไม่มีคนก็เอาเรือออกไม่ได้ ใช้เครื่องจักรเครื่องมืออะไรไม่ได้ ต้องใช้คน เพราะฉะนั้นจึงไปเอาคนพม่า เดิมทีอนุญาตที่จังหวัดชายแดน ก็ไปเอาเขามา เป็นการเริ่มต้นของปัญหาที่มากขึ้น

(สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์)

แรงงานประมงทะเลเป็นอาชีพที่เสี่ยง โหดร้าย เพราะการเดินทางในทะเลแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลานานแรมเดือนแรมปี ยิ่งในปัจจุบันสัตว์ทะเลไทยหายากขึ้นทุกวัน จึงต้องออกไปยังน่านน้ำลึกที่เลยอาณาเขตอ่าวไทย แรงงานประมงจึงมีการเคลื่อนย้ายสูงและมีการหมุนเวียนแรงงานค่อนข้างสูงมาก นอกจากมีการหมุนเวียนภายในกิจการเดียวกันแล้ว ยังมีการหมุนเวียนไปยังกิจการอื่น เช่น จากแรงงานประมงไปเป็นแรงงานในโรงงาน จึงทำให้แรงงานประมงทะเลขาดแคลนอยู่เสมอ นายจ้างมีความต้องการแรงงานทุกปี

แรงงานออกเรือเที่ยวเดียว ก็เปลี่ยนนายจ้างไปอยู่ลำอื่น เลือกนายจ้างที่ใจดี จ่ายตรงตามเวลา จึงมีการแย่งตัวแรงงานบ้าง นายจ้างเองต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับแรงงาน.....ประมง ถามว่าหนักไหม หลายคนก็บอกว่าทำงานหนัก ทำงานตลอดเวลา แต่จริงๆ ไม่ใช่หรอก ออกเรือไปยังไม่เจอฝูงปลา ก็ทำนู่นทำนี่ในเรือ ซ่อมอวน ค่อนข้างว่าง จนกว่าจะเจอฝูงปลา พอจับปลาแล้วก็เอาขึ้นมา เสร็จแล้วก็เอาไปดองปลา ทำเรียบร้อยเสร็จแล้ว ขึ้นฝั่ง เอาปลาลง ในระหว่างที่ทำงานไปไหนไม่ได้ ก็อยู่ในเรือ เห็นแต่ฟ้ากับน้ำ พอขึ้นบกที ก็เลยไป

(สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์)

ประมงต่อเนื่อง มีการประเมินอย่างคร่าวๆ ว่า มีแรงงานข้ามชาติในสมุทรสาครกว่า 200,000 คน และที่จดทะเบียนแรงงานมีเพียง 40% เท่านั้น โดยเฉพาะที่ตำบลมหาชัย ท่าทราย บางหญ้าแพรก โคกขาม โกรกกราก ท่าฉลอม ในอำเภอเมือง ซึ่งเป็นแหล่งศูนย์กลางอุตสาหกรรมอาหารทะเลที่สำคัญ มีตั้งแต่ธุรกิจส่งออกที่เป็นโรงงานขนาดใหญ่ ไปจนถึงโรงงานขนาดเล็ก เมื่อพิจารณาจากลักษณะพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าอำเภอเมืองเป็นอำเภอเดียวที่มีอาณาเขตติดกับชายฝั่งทะเลเป็นแนวยาว จึงเป็นเขตชุมชนการประมงที่สำคัญ มีเรือประมงขนาดต่างๆ ประมาณ 3,000 กว่าลำ และครัวเรือนที่ประกอบอาชีพประมงทะเลกว่า 1,200 ครัวเรือน ถัดจากท่าเทียบเรือเป็นที่ซื้อขายสัตว์น้ำที่จับได้ในแต่ละวัน มีตลาดกลางหรือแพขนาดใหญ่เป็นศูนย์กลางค้าสัตว์น้ำที่สำคัญหลายแห่ง คือ ตลาด/แพปลา ตลาด/แพกุ้ง สะพานปลา ตลาดทะเลไทย ซึ่งจะมีบรรดาเจ้าของสถานประกอบการแปรรูปเบื้องต้น (ล้ง) ซึ่งมีอยู่ประมาณ 190 แห่ง ในจังหวัด มารับซื้อสัตว์น้ำทะเลสดๆ มาทำความสะอาด เช่น แกะกุ้ง ลอกหนังปลาหมึก แกะ/ต้มปู แกะหอย ตัดหัว-ควักไส้ปลา แล่ปลา ก่อนที่จะส่งขายทั่วประเทศ หรือแปรรูปเป็นอย่างอื่น กิจการประมงและต่อเนื่องประมงดังกล่าวเป็นงานที่ค่อนข้างสกปรก อยู่ในที่เฉอะแฉะ และเหม็นคาว ต้องทำงานแต่ดึกแต่ดื่น จึงทำให้ไม่มีคนไทยอยากทำ แรงงานส่วนใหญ่ในสมุทรสาครเป็นแรงงานพม่าหญิง บางคนเป็นคู่สมรสของแรงงานประมง ส่วนใหญ่แล้วแรงงานเป็นสาวรุ่นๆ อายุ 16-30 ปี ที่ต้องการวัยนี้ เพราะนายจ้างให้ค่าแรงถูกได้ อดทน นั่งหรือยืนได้นาน การจ่ายค่าจ้างจะจ่ายตามปริมาณปลาที่ทำความสะอาด กุ้งที่แกะ หรือขึ้นอยู่กับทักษะ บางคนได้ประมาณ 200 บาท ต่อวัน หรือ มากกว่านั้น ถ้าปานกลางจะได้ ประมาณ 100 บาท ต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นงานเหมา คิดเป็นรายเดือนแล้ว ตกเดือนละ 3,000-3,500 บาท หรือบางคนที่อยู่นานแล้ว ทำได้มาก รายได้ต่อเดือนอาจสูง 5,000 บาท บางโรงงานจะมีบ้านพักให้อยู่

รวมกัน บางโรงงานมีแรงงาน 5–20 คน จนถึง 300 คน มีครบทุกวงจร ตั้งแต่คัดขนาด ลอกเปลือกกุ้ง ทำความสะอาด บรรจุหีบห่อ แรงงานทำงานนาน แทบไม่ได้หยุดพัก ถ้าหยุดก็จะไม่ได้ค่าจ้าง ทำตั้งแต่ตีสามถึงเจ็ดโมงเช้า ขึ้นอยู่กับเวลาที่มาส่ง ลักษณะงานที่ล้งทำไม่เป็นเวลา ของมาตอนไหนก็ทำตอนนั้น

ช่วงประมาณต้นปี มกราคม – มีนาคม กุ้งน้อย คนไม่อยากทำล้ง จะหนีไปทำอย่างอื่น เพราะของน้อย รายได้ก็น้อย หันไปทำห้องเย็น ซึ่งได้ค่าจ้างรายวันแน่นอน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปริมาณของแต่ละกิจการ ขึ้นอยู่กับฤดูกาล การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยนั้น จุดหมายปลายทางคือโอกาสในการทำงาน "มหาชัย" คือ สถานที่เป้าหมาย การเข้ามาทำงานโดยเพื่อนหรือญาติชักชวนกันมาอาศัยอยู่ด้วยกัน

ตารางที่ 6.13: จำนวนสถานประกอบการประเภทกิจกรรมต่อเนื่องจากประมงทะเล จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ

ประเภท	สมุทรสาคร (ราย)	สมุทรปราการ (ราย)
โรงงานผลิตอาหารสัตว์	12	8
ผู้ค้าปัจจัยการผลิตสัตว์น้ำ	12	7
แพปลา พ่อค้าคนกลาง ผู้รวบรวมสัตว์น้ำ	119	56
สถานประกอบการแปรรูปเบื้องต้น (ล้ง)	193	21
สถานประกอบการห้องเย็น (รับฝาก)	24	10
สถานประกอบการแปรรูปพื้นเมือง	85	23
โรงงานแปรรูปสัตว์น้ำและผลิตภัณฑ์	123	37
บริษัทนำเข้า–ส่งออก	131	67
ผู้ประกอบการเกี่ยวกับสัตว์น้ำอื่นๆ	8	29

ที่มา: กรมประมง, www.fisheries.go.th ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2549

สำหรับที่จังหวัดสมุทรปราการพบแรงงานข้ามชาติในกิจการประเภทประมงทะเลและประมงต่อเนื่องได้ที่ตำบลคลองด่าน อำเภอบางบ่อ และ ตำบลปากน้ำ และท้ายบ้าน ในอำเภอเมืองสมุทรปราการ แรงงานผู้ชายจะทำงานวนเวียนอยู่ในกิจการประมง และก่อสร้าง เพราะงานประมงในปัจจุบันไม่ค่อยออกทะเลบ่อยนัก เนื่องจากน้ำมันแพง และต้องออกไปไกลจึงจะได้ปลาเยอะ แรงงานข้ามชาติจึงหันมาทำงานก่อสร้างมากขึ้น ซึ่งจังหวัดสมุทรปราการขึ้นชื่อได้ว่าเป็นจังหวัดที่ใหญ่ มีการสร้างสาธารณูปโภคและอาคารก่อสร้างตลอดปี แรงงานจึงหางานได้ง่าย และสามารถอยู่กับครอบครัวได้ และค่าแรงก็ได้เท่ากับคนไทย ส่วนแรงงานหญิง ส่วนใหญ่เป็นมอญและกระเหรี่ยงที่เป็นผู้ติดตาม จะรับจ้างตัดหนวดหอยแมลงภู่ ทำความสะอาดสัตว์ทะเล โดยนายจ้างจะนำมาส่งให้กับแรงงานถึงในชุมชน เมื่อทำเสร็จแล้วนายจ้างจึงมารับคืน และจ่ายค่าจ้างให้ คิดเป็นกิโลๆ ละ 3.50 บาท วันหนึ่งมีรายได้วันละ 100–200 บาท ส่วนแรงงานที่มีโอกาสดีได้เข้าไปทำงานในโรงงาน เช่น โรงงานผลิตปลากระป๋องยี่ห้อไฮคิว (อยู่ในอำเภอบางบ่อ) จะได้ค่าแรงวันละ 170 บาท มีรถรับส่ง และได้ใบอนุญาตทำงาน จึงเป็นที่ใฝ่ฝันของแรงงานที่อยากเข้าไปทำงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งนี้

6.3.6 ปัญหาและการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติของจังหวัด

ปัญหาแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายที่ทำให้เกิดการจับกุมแรงงานมากที่สุด คือ การปลอมแปลงเอกสาร เนื่องจากการที่นายจ้างเก็บบัตรและเอกสารแสดงตนไว้ และให้เพียงฉบับถ่ายเอกสารไว้กับตัวแรงงาน เมื่อแรงงานถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจเรียกดูบัตรตัวจริง จึงไม่มีให้ดู เจ้าหน้าที่ตำรวจจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจับกุม ปัจจุบันนายจ้างยังคงจ้างแรงงานเถื่อน เพราะว่าแรงงานไม่ถูกกฎหมายจะไม่คุย ไม่ถาม ไม่หนี ไม่เที่ยว เพราะกลัวถูกจับ โดนส่งกลับ อย่างไรก็ดี การแก้ไขปัญหาแรงงานไม่ให้มีการเปลี่ยนเปลี่ยนนายจ้างบ่อยหรือหลบหนี ในส่วนของสำนักงานจัดหางานจังหวัดก็มีแนวทางของตนเองเพื่อควบคุมแรงงานและปกป้องสิทธิที่แรงงานต่างด้าวพึงได้รับ สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาครได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานต่างด้าว โดยมีทีมโมบายที่ลงไปพูดคุยกับแรงงาน ในช่วง 3 ปี สามารถทำได้ทั้งหมดประมาณ 100 แห่ง โดยใช้เวลาหลังเลิกงาน

> *การที่แรงงาน จะอยู่นายจ้างประมงตลอดปี กิจการประมงจะเกิดขึ้นได้ยาก เราพยายามให้เขารู้ระเบียบหน้าที่ต่างๆ ของเขา เราไปประชุมกับเขาหลังเลิกงานเพื่อชี้แจงให้เขารู้ว่า ถ้าหนีไป สิทธิต่างๆ สิ้นสุดลงหมด เราทำเอกสารเป็นภาษาของเขา แจกให้เขาเลย ก็ช่วยได้ระดับหนึ่ง*
>
> (สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์)

สำหรับสำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่สำนักจัดหางานทำจะตั้งทีมขึ้นมา เรียกว่า "แผนกงานควบคุมการทำงานของแรงงานต่างด้าว" ที่แยกส่วนออกมาจากแรงงานไทยและแรงงานชาวไทยภูเขา มีหน้าที่ทำเอกสารและออกสำรวจโรงงาน ดูแลแรงงานในเรื่องที่พัก อาหาร และค่าแรง ซึ่งปัญหาที่พบส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติชอบเปลี่ยนงาน เปลี่ยนนายจ้าง อันเนื่องมาจากเรื่องสวัสดิการ ค่าจ้าง เช่นไปทำสักพักหนึ่ง รายได้วันละ 184 บาท ตามกฎหมายกำหนด แต่ให้นายจ้างให้วันละ 100 บาท ซึ่งอ้างว่าหักเป็นค่าที่พัก ก็มีการบอกกล่าวให้นายจ้างปฏิบัติให้ถูกต้อง เพื่อแก้ความบาดหมางและการเปลี่ยนงานบ่อย

แต่ทัศนะของฝ่ายปกครองต่อแรงงานข้ามชาตินั้น เป็นเรื่องความไร้ระเบียบของแรงงานข้ามชาติ เช่น ส่งเสียงดัง ขับถ่ายไม่เป็นพื้นที่ หรือแออัดยัดเยียดกันอยู่ในห้องแคบ ปัญหาอาชญากรรม และปัญหาทะเลาะวิวาทของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นปัญหาไม่น้อยของฝ่ายการปกครองของจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ และองค์กรการปกครองอื่นๆ เมื่อคราวมีแรงงานทะเลาะวิวาทกัน ฝ่ายปกครองยิ่งหนักใจเมื่อพยายามให้แรงงานทั้งหลายหยุดทะเลาวิวาทกัน ซึ่งก็มิอาจห้ามปรามใดๆ เพราะไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ จึงต้องมีการยิงปืนขู่ และเมื่อไม่นานมานี้ที่สมุทรสาคร แรงงานพม่าได้นำเครื่องขยายเสียงขึ้นรถปิกอัพ แล้วประกาศเป็นภาษาพม่า เพื่อปลุกระดมแรงงานด้วยกันให้สู้กับคนไทยที่มีเรื่องทะเลาะวิวาทกันมาก่อน เหตุการณ์ดังกล่าวทางตำรวจในท้องที่จึงได้มีการเข้มงวดกวดขันแรงงานข้ามชาติมากขึ้น โดยออกมาตรการ เช่น ห้ามแรงงานออกนอกพื้นที่โดยไม่มีเหตุอันควร หลังเวลา 20.00 น. และมีการเข้มงวดกวดขันตั้งจุดตรวจอาวุธและบัตรแรงงานข้ามชาติเป็นประจำทุกวัน (มณเทียร, 2548)

6.4 สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ

นับตั้งแต่ได้มีการจัดตั้ง "คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.)" ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงแรงงาน เพื่อดำเนินการจัดระบบแรงงานต่างด้าวและแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เมื่อปี 2544 เป็นต้นมา แรงงานข้ามชาติที่ต้องการทำงานและได้รับใบอนุญาตทำงานต้องถูกตรวจสุขภาพ เช่นเดียวกับการเข้าทำงานของคนไทย โดยให้โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำการตรวจสุขภาพแรงงานในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อเฝ้าระวังโรค และควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาของสังคมไทย

ในปี 2547-2548 สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้กำหนดเขตตรวจสุขภาพ ประกันสุขภาพ และพื้นที่รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพประชากรต่างด้าว รายละเอียดดังตารางที่ 6.14

ตารางที่ 6.14: การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาคร
จำแนกตามสถานพยาบาล ปี 2547-2548

สถานพยาบาล	จำนวนตรวจ	
	2547	2548
ศรีวิชัย 5	40,939	34,447
สมุทรสาคร	21,043	25,474
บ้านแพ้ว	15,186	2,526
กระทุ่มแบน	7,228	9,158
รวม	**84,396**	**71,605**

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

จากตารางสถานพยาบาลที่บริการตรวจสุขภาพ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 ในเขตอำเภอเมือง มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเข้ามารับการตรวจสุขภาพมากที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองด้วยเช่นกัน สำหรับโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวที่ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ มาตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน ส่วนในจังหวัดสมุทรปราการ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐประจำอำเภอตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ โรงพยาบาลที่แรงงานข้ามชาติเข้ามาตรวจสุขภาพมากที่สุด คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ดังตารางที่ 6.15

ตารางที่ 6.15: การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรปราการ
จำแนกสถานพยาบาล ปีงบประมาณ 2547-2548

สถานพยาบาล	จำนวนตรวจ	
	2547	2548
สมุทรปราการ	21,676	15,757
บางบ่อ	4,814	3,420
บางพลี	8,009	6,394
บางจาก	4,067	3,189
สมุทรเจดีย์	3,545	4,102
รวม	**42,111**	**32,862**

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ในทางสาธารณสุข การเฝ้าระวังโรค และการควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องดำเนินการอย่างครบองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. การตรวจสุขภาพประจำปี 2. การเฝ้าระวังโรค 3. บริการด้านการรักษาพยาบาล และ 4. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

6.4.1 การตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติที่ต้องการได้รับใบอนุญาตทำงานนั้น ทางกระทรวงแรงงานมีการบังคับให้ตรวจร่างกายก่อนทุกครั้ง เช่นเดียวกับคนไทย เพื่อที่ค้นหาโรคที่เป็นอุปสรรคในการทำงานและอาจส่งผลกระทบบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยแวดล้อม แรงงานต่างด้าวต้องจ่ายค่าตรวจสุขภาพคนละ 600 บาท เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเอกซเรย์ปอด เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ค่ายาที่ใช้ในตรวจหาโรคเท้าช้าง และอื่นๆ ให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานต้องตรวจสุขภาพในจังหวัดที่แรงงานได้รับอนุญาตให้ทำงานเท่านั้น แต่สำหรับแรงงานประมงทะเล สามารถตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ แห่งใดก็ได้ ในเขต 22 จังหวัดชายฝั่งทะเล เนื่องจากแรงงานประมงต้องอยู่ในทะเลเป็นเวลานาน การตรวจสุขภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงต้องเลือกสถานพยาบาลของจังหวัดที่อยู่ใกล้ที่สุด

การตรวจสุขภาพก่อนทำงานนั้นเพื่อต้องการดูโรคสำคัญๆ ที่อาจจะเป็นปัญหาต่อคนส่วนใหญ่ ได้แก่ วัณโรค เรื้อน เท้าช้าง ซิฟิลิส มาลาเรีย พยาธิในลำไส้ ติดสารเสพติด พิษสุราเรื้อรัง และโรคจิต แต่ไม่รวมการตรวจหาเชื้อเอชไอวี แรงงานที่ป่วยเป็นโรคหรือมีอาการเหล่านี้ ในระยะที่รุนแรงหรือปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม หรือประเภทที่ 3 จะไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ โดยระบุไว้ในใบรับรองแพทย์ของสถานพยาบาลที่ตรวจ ขั้นตอนต่อไปสถานพยาบาลจะทำการส่งใบรับรองแพทย์นี้ให้กับด่านตรวจคนเข้าเมือง และสถานีตำรวจในท้องที่ให้ดำเนินการดูแล และทางสถานพยาบาลต้องทำการรักษาต่อเนื่อง ก่อนที่จะมีการผลักดันส่งกลับประเทศต่อไป ส่วนผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพโดยมีผลการตรวจเป็นปกติ หรือพบโรคที่สามารถควบคุมได้ (ประเภทที่ 2) จะได้รับใบรับรองแพทย์ที่กำหนดให้ใช้ได้ในระยะเวลา 60 วัน (นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย)

แรงงานที่ผ่านการตรวจสุขภาพแล้ว ต้องจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพเป็นจำนวนเงิน 1,300 บาท จะได้รับสิทธิการดูแลรักษาพยาบาลตลอดทั้งปี โดยเสียเงินครั้งละ 30 บาท ในอัตราเท่าเทียมกับคนไทย ส่วนผู้ติดตามที่เป็นสามีหรือภรรยา บิดามารดา หรือบุตร ที่มาขึ้นทะเบียนบ้านพักอาศัยโดยมีทะเบียนบ้านเจ้าของที่พักหรือทะเบียนบ้านกลางสามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ แต่ต้องผ่านการตรวจร่างกายก่อนเช่นกัน จากการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ในปี 2547 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีความพยายามจัดระบบแรงงานข้ามชาติ ในระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม 2547 – 31 ตุลาคม 2547 ก่อนไปยื่นขออนุญาตทำงานในจังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานเข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 84,396 คน ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 75,687 คน มีผู้ไปยื่นขอใบอนุญาตทำงาน 79,664 คน พอมาในปี 2548 มีแรงงานเข้ารับการตรวจสุขภาพ 71,605 คน ซื้อบัตรประกันสุขภาพ 71,085 คน มีแรงงานได้รับอนุญาตทำงาน 73,896 คน

จังหวัดสมุทรปราการ มีผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ 42,111 คน ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เท่ากับจำนวนผู้มาตรวจสุขภาพ ต่อมา ปี 2548 มีแรงงานมาตรวจสุขภาพ 32,862 คน ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เท่ากับจำนวนผู้มาตรวจสุขภาพเช่นกัน มีแรงงานได้รับอนุญาตทำงาน 39,379 คน

เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพน้อยกว่าแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานของทั้งสองพื้นที่ เกิดจากการใกล้หมดเวลาสำหรับการต่อใบอนุญาต สำนักงานจัดหางานจึงต้องต่อใบอนุญาตให้ก่อน แล้วให้แรงงานไปตรวจร่างกายทีหลัง แต่แรงงานที่ได้รับใบอนุญาตทำงานก่อนตรวจร่างกายกลับไม่ได้สนใจกลับไปตรวจร่างกายและซื้อบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ปัญหาจากการยื่นขอใบอนุญาตและทำการตรวจร่างกายในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากสร้างความชุลมุนวุ่นวายในวันท้ายๆ ของการขออนุญาตทำงานแล้ว การขาดการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานก็ทำให้เกิดความล่าช้าด้วยเช่นกัน

เจ้าหน้าที่จังหวัดสมุทรปราการกล่าวถึงอุปสรรคเรื่องนี้ว่า แรงงานข้ามชาติบางคนที่ไปตรวจสุขภาพ หากขาดหลักฐานหรือทางโรงพยาบาลไม่มีประวัติข้อมูล ก็จะไม่ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้กับแรงงาน สำหรับแรงงานที่ไม่มีหลักฐานเป็นเพราะว่า ได้หนีจากนายจ้างเก่ามา หรือลาออกโดยที่นายจ้างเก่าไม่ยอม จึงยึดเอกสารหลักฐานไว้ และกรณีอื่นๆ คือ นายจ้างไล่ออก และตัวแรงงานเองยังไม่สามารถหานายจ้างใหม่ได้

จากระเบียบที่ให้แรงงานต้องตรวจสุขภาพและซื้อบัตรประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ติดตามที่เป็นเด็ก หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ไม่ได้รับการประกันสุขภาพเลย ซึ่งในกลุ่มนี้มักเจ็บป่วยและติดโรคได้ง่ายกว่าแรงงานหนุ่มสาวที่แข็งแรง อีกทั้งต้องอยู่อย่างหลบ ๆ ซ่อน จึงเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงมากกว่า

แรงงานต่างชาติที่ถูกกฎหมายได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี มากกว่าคนไทยเสียอีก แรงงานที่ถูกกฎหมาย ทางทีมไม่ค่อยห่วง เพราะได้รับการคัดกรองมาครบวงจรแล้ว ที่ห่วงคือ แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย ซึ่งมันเสมือนอยู่ในความมืด และไม่รู้ว่ามีอะไรอยู่ในตัว เยอะแยะไปหมด

(โรงพยาบาลสมุทรสาคร, วันที่ 27 มิถุนายน 2549, สัมภาษณ์.)

ข้อค้นพบประการสำคัญ ที่ควรหาแนวทางการแก้ไข คือ การที่แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ที่มาจากพม่า มีลักษณะรูปร่างหน้าตาคล้ายคลึงกัน และไม่มีชื่อเรียกและนามสกุลอย่างเป็นทางการ สร้างภาระงานเพิ่มขึ้นให้กับเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังเปลี่ยนชื่อเรียกบ่อยครั้ง ในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเจ้าหน้าที่จึงต้องใช้เวลาในการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มขึ้น จำแนกลักษณะรายบุคคลให้ถูกต้องมากที่สุด บางโรงพยาบาลต้องขอรูปถ่ายแรงงานข้ามชาติเก็บไว้ หรือสแกนรายนิ้วมือ แต่ถึงกระนั้นก็ยังมีการสวมรอยใช้บัตรของคนอื่นแทน นอกจากนี้ก็ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน และเสียค่าประกันสุขภาพหลายรายไม่มีโอกาสได้รับการตรวจสุขภาพในราคา 30 บาท ตามสิทธิ์ที่พึงได้รับ เนื่องจากนายจ้างรายที่ออกค่าประกันสุขภาพให้ยึดบัตรเอาไว้ เพราะไม่ต้องการให้แรงงานหนี

พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคในแรงงานข้ามชาติ คือ พบแรงงานที่ป่วยเป็นโรควัณโรค เท้าช้าง และซิฟิลิสที่ต้องติดตามรักษาเป็นจำนวนมาก สำหรับโรคเท้าช้างที่เคยปรากฏเป็นปัญหาสาธารณสุขในบางพื้นที่ของประเทศไทยและการแพร่เชื้อได้ลดลงจนมีอัตราการติดเชื้อ 0.53 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2545 แต่ปัจจุบันกลับพบในแรงงานพม่าในจังหวัดสมุทรสาครที่ได้ผ่านการตรวจสุขภาพปี 2547–2548 จำนวน 25 คน (อัตราติดเชื้อ 29.6 ต่อประชากรแสนคน) และ 7 คน (อัตราติดเชื้อ 9.5 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ และแรงงานที่มารับการตรวจสุขภาพทุกคนจะได้กินยาฆ่าเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างทุกคน และต้องกินซ้ำทุก 6 เดือน จึงจะตัดวงจรการแพร่เชื้อจากคนไปสู่ยุงพาหะได้ แต่แรงงานพม่าที่ไม่ได้ผ่านการตรวจสุขภาพอีกจำนวนมาก เป็นที่ห่วงกันว่าหากไม่มีการควบคุมกันอย่างจริงจังโรคเท้าช้างสายพันธุ์พม่าอาจแพร่เชื้อมาสู่คนไทยซึ่งมียุงรำคาญเป็นตัวพาหะ ซึ่งยุงนี้มักชุมตามแหล่งน้ำเน่าและชอบกัดคน (ชูศักดิ์ และคณะ, 2549)

การรู้ว่าแรงงานคนใดป่วยและติดตามรักษาได้ จึงเป็นผลดีต่อการควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายได้ สามารถสังเกตได้ว่า ปีต่อมาผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีจำนวนลดลง

ตารางที่ 6.16 : ผลการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ ปี 2547-2548

ผลการตรวจสุขภาพ		สมุทรสาคร		สมุทรปราการ	
		2547	2548	2547	2548
จำนวนผู้มาตรวจสุขภาพทั้งหมด		**84,396**	**73,215**	**42,111**	**32,862**
เพศ	ชาย	44,858	38,244	25,740	19,451
	หญิง	39,538	35,071	16,371	13,411
ผลการตรวจสุขภาพ					
ประเภทที่ 1. พบปกติ	**รวม**	**82,546**	**72,055**	**41,288**	**32,252**
ประเภทที่ 2. พบโรคที่ต้องติดตามรักษา	**รวม**	**786**	**355**	**314**	**92**
จำแนกได้ดังนี้					
1) วัณโรค		*484*	*272*	*264*	*26*
2) เท้าช้าง		*25*	*7*	*0*	*0*
3) เรื้อน		*1*	*0*	*0*	*0*
4) ซิฟิลิส		*276*	*76*	*50*	*66*
5) มาลาเรีย		*0*	*0*	*0*	*0*
6) พยาธิลำไส้		*0*	*0*	*0*	*0*
ประเภทที่ 3. พบโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน	**รวม**	**0**	**0**	**6**	**1**
จำแนกได้ดังนี้					
1) วัณโรคระยะติดต่อ		*0*	*0*	*0*	*1*
2) เท้าช้าง ในระยะปรากฏอาการ		*0*	*0*	*0*	*0*
3) เรื้อน ในระยะปรากฏอาการ		*0*	*0*	*0*	*0*
4) ซิฟิลิส ระยะที่ 4		*0*	*0*	*0*	*0*
5) ติดสารเสพติดให้โทษ		*0*	*0*	*6*	*0*
6) พิษสุราเรื้อรัง		*0*	*0*	*0*	*0*
7) โรคจิต/จิตฟั่นเฟือน/ปัญญาอ่อน		*0*	*0*	*0*	*0*
ประเภทที่ 4. ตั้งครรภ์		**1,064**	**805**	**553**	**517**
จำนวนออกบัตรประกันสุขภาพ		**75,687**	**71,085**	**42,111**	**32,862**

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 6.17: อัตราป่วยด้วยโรคประเภทที่ 2 จำแนกตามรายโรค จังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ ปี 2547–2548

อัตราป่วยต่อพัน ของผู้มารับการตรวจ

โรค	สมุทรสาคร				สมุทรปราการ			
	2547		2548		2547		2548	
	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย
ผู้มารับการตรวจ	**84,396**	**9.3**	**73,215**	**4.8**	**42,111**	**7.5**	**32,862**	**2.8**
1) วัณโรค	484	5.7	272	3.7	264	6.3	26	0.8
2) เท้าช้าง	25	0.3	7	0.1	0	0.0	0	0.0
3) เรื้อน	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4) ซิฟิลิส	276	3.3	76	1.0	50	1.2	66	2.0
5) มาลาเรีย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6) พยาธิลำไส้	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร สมุทรปราการ)

สำหรับแรงงานข้ามชาติหญิงทุกคนจะต้องตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ ปรากฏว่า ในปี 2547 สมุทรสาคร มีแรงงานข้ามชาติหญิง 39,538 คน พบตั้งครรภ์ 1,064 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 ของแรงงานข้ามชาติหญิงที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพ ปี 2548 ลดลงมาเหลือร้อยละ 2.3 สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ มีแรงงานข้ามชาติหญิง 16,371 คน พบตั้งครรภ์ 553 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 ของแรงงานข้ามชาติหญิงที่มาเข้ารับการตรวจสุขภาพ ปี 2548 พบหญิงตั้งครรภ์ 517 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.9

อนึ่งการตรวจปัสสาวะในแรงงานหญิงนี้ มีความจำเป็นต่อการให้ยาไดเอทธิลคาร์บามาซีน (DEC) เพื่อตรวจหาเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง ถ้าหากแรงงานไม่ทราบว่าตัวเองท้องอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ได้ การตรวจการตั้งครรภ์จึงช่วยหลีกเลี่ยงผลกระทบที่เกิดจากการสุขภาพได้ และหญิงที่ตั้งครรภ์ก็จะได้รับการฝากครรภ์กับคลินิกฝากครรภ์ต่อไป แต่ในความเป็นจริง และในความเข้าใจของแรงงาน คิดว่า การตั้งครรภ์มีผลต่อการทำงานและอาจไม่ได้รับเข้าทำงาน จึงมีวิธีการหลีกเลี่ยงการตรวจปัสสาวะ โดยเอาปัสสาวะของผู้อื่นตรวจแทน หรือไม่ก็หลีกเลี่ยงโดยการทำแท้งก่อนที่จะตรวจ หรือบางทีอาจไม่มารับการตรวจสุขภาพเลย

ตารางที่ 6.18 : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ (ประเภทที่ 4) จังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ ปี 2547–2548

แรงงาน	สมุทรสาคร		สมุทรปราการ	
	2547	2548	2547	2548
แรงงานหญิงทั้งหมด	**39,538**	**35,071**	**16,371**	**13,411**
แรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์ ตอนตรวจสุขภาพ	1,064	805	553	517
– พม่า	966	755	168	311
– ลาว	85	40	35	73
– กัมพูชา	13	10	112	133
ร้อยละการตั้งครรภ์	2.8	2.3	3.4	3.9

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครสมุทรปราการ)

6.4.2 การเฝ้าระวังโรคโรคติดต่อในแรงงานข้ามชาติ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อในแรงงานข้ามชาติหรือผู้ติดตามนั้น ทุกสถานบริการสาธารณสุขจะดำเนินการในรูปแบบเดียวกันกับการเฝ้าระวังในเครือข่ายปกติ โดยใช้บัตรรายงานผู้ป่วย (รง. 506) และบัตรรายงานการเปลี่ยนแปลงรายงานผู้ป่วย (รง. 507) แต่ให้เขียนหรือทำตราประทับด้วยหมึกสีแดงว่าต่างชาติ 1 (ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยทั้งที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย) สำหรับการสอบสวนโรคนั้นทำเช่นเดียวกับคนไทย

ปัญหาทางสุขภาพในแรงงานข้ามชาติที่พบบ่อยทุกปี คือ โรคอุจจาระร่วง เนื่องจากชุมชนที่อยู่อาศัยขาดสุขลักษณะและการจัดการที่ดี ขับถ่ายในแม่น้ำลำคลอง ไม่เป็นที่เป็นทาง สำหรับบ้านพักที่อยู่รวมอาศัยหลายครอบครัวห้องสุขาสำหรับขับถ่ายไม่พอเพียงในการใช้ อีกทั้งแรงงานต้องทำงานในที่สกปรก หมักหมม เฉอะแฉะ จากการทำความสะอาดสัตว์ทะเล จึงทำมีแมลงวันตอมเป็นจำนวนมาก รับประทานอาหารในที่ทำงานที่สกปรก จึงทำให้เกิดอาการท้องร่วงได้ ปัญหาสุขภาพที่พบรองลงมา คือ มาลาเรีย วัณโรค และไข้เลือดออก ตามลำดับ ส่วนโรคติดต่อร้ายแรงที่เคยหายไปแล้วจากสังคมไทย กลับมาอุบัติซ้ำอีก เช่น ไข้กาฬหลังแอ่น เท้าช้าง ในชุมชนหรือโรงงานที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่มาก มักจะมีการติดต่อของโรคได้ง่ายและรวดเร็วดังกรณีการเกิดไข้หวัดใหญ่ในโรงงงานแห่งหนึ่งที่จังหวัดสมุทรสาคร เมื่อเดือนเมษายน 2549 ที่ผ่านมา

> *...ก็เกิดไข้หวัดใหญ่ระบาด ก็ขนมาตรวจที่โรงพยาบาล มาเที่ยวแรก 50 คน หลังจากนั้นเราเข้าไปที่โรงงานเลย ก็จับมาตรวจทั้งหมด 180 คน เป็นอาการเข้าขั้นแรกของไข้หวัดใหญ่ประมาณ 140 คน ก็ขอเจ้าของโรงงานกักไว้.... หลังจากต่อมาก็พบในโรงงานใกล้เคียง 2-3 แห่ง ประมาณเดือนหนึ่งจึงสงบ*
>
> (โรงพยาบาลสมุทรสาคร, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2549.)

สำหรับการเฝ้าระวังกามโรคในแรงงานข้ามชาติ พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอัตราการป่วยค่อนข้างสูง จากตารางที่ 6.19 ในจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อปี 2547 พบอัตราการป่วยกามโรคในแรงงานข้ามชาติ 8.7 ต่อแสนประชากร จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7 คน พอมาในปี 2548 สถานการณ์กลับสูงขึ้นมาก พบผู้ป่วย 29 คน คิดเป็นอัตราการป่วย 39.2 ต่อแสนประชากร

ตารางที่ 6.19: อัตราผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังจังหวัดสมุทรสาคร เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

อัตราป่วยต่อแสน

โรค	2547				2548			
	ไทย		แรงงานข้ามชาติ		ไทย		แรงงานข้ามชาติ	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้กาฬหลังแอ่น	0	0	3	3.7	1	0.2	1	1.4
ไข้เลือดออก	171	39.2	3	3.7	344	77.2	17	23
ไข้มาลาเรีย	26	6	119	148.3	9	2	94	127.2
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	339	77.7	8	10	149	33.4	6	8.1
ไข้เลือดออก	263	60.2	13	16.2	499	112	49	66.3

ตารางที่ 6.19 (ต่อ)

อัตราป่วยต่อแสน

โรค	2547				2548			
	ไทย		แรงงานข้ามชาติ		ไทย		แรงงานข้ามชาติ	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เท้าช้าง	0	0	1	1.2	0	0	8	10.8
ปอดบวม	551	126.2	14	17.4	899	201.8	26	35.2
วัณโรค	289	66.2	78	97.2	298	66.9	67	90.7
วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง	1	0.2	1	1.2	1	0.2	1	1.4
วัณโรคระบบอื่น ๆ	2	0.5	1	1.2	5	1.1	0	0
หัด	24	5.5	1	1.2	29	6.5	2	2.7
อาหารเป็นพิษ	767	175.7	25	31.2	381	85.5	2	2.7
อุจจาระร่วง	10,947	2,507	212	264.2	10,200	2,289.3	248	335.6
กามโรค	25	5.7	7	8.7	12	2.6	29	39.2

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 436,534 คน ปี 2548 จำนวน 445,559 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียนในจังหวัด

ตารางที่ 6.20 : อัตราผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังจังหวัดสมุทรปราการ เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

อัตราป่วยต่อแสน

โรค	2547				2548			
	ไทย		แรงงานข้ามชาติ		ไทย		แรงงานข้ามชาติ	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ไข้กาฬหลังแอ่น	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ไข้เลือดออก	97	9.4	1	2.4	163	15.3	3	7.6
ไข้มาลาเรีย	9	0.9	28	66.5	16	1.5	47	119.4
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	529	51.1	24	57.0	684	64.4	39	99.0
ไข้เลือดออก	683	66.0	18	42.7	830	78.1	23	58.4
เท้าช้าง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.5
ปอดบวม	927	89.6	7	16.6	1,216	114.4	13	33.0
วัณโรค	511	49.4	18	42.7	500	47.1	15	38.1
วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง	0	0.0	0	0.0	5	0.5	0	0.0
วัณโรคระบบอื่น ๆ	1	0.1	1	2.4	18	1.7	3	7.6
หัด	109	10.5	0	0.0	86	8.1	3	7.6

ตารางที่ 6.20 (ต่อ)

อัตราป่วยต่อแสน

โรค	2547				2548			
	ไทย		แรงงานข้ามชาติ		ไทย		แรงงานข้ามชาติ	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อาหารเป็นพิษ	2108	203.7	17	40.4	1,589	149.5	0	0.0
อุจจาระร่วง	13,786	1332.1	154	365.7	15,129	1,423.8	255	647.6
กามโรค	22	2.1	1	2.4	181	17.0	6	15.2

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 1,034,882 คน ปี 2548 จำนวน 1,062,565 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียนในจังหวัด

6.4.3 บริการด้านการรักษาพยาบาล

แรงงานข้ามชาติและครอบครัวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคา 1,300 บาท (ต่อคน/ต่อปี) จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อถึงคราวเจ็บป่วยหรือต้องการรักษาสุขภาพ ครั้งละ 30 บาท เหมือนคนไทยทุกประการ สิทธิประโยชน์ที่แรงงานได้จากการซื้อบัตรประกันสุขภาพ ได้แก่ ตรวจวินิจฉัยรักษาโรค ทำฟัน ได้รับยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้นอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาโรคนั้นๆ การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล หรือแม้แต่สถานีอนามัยท้องถิ่นในปัจจุบัน ไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติและภาษาเหมือนอย่างที่ผ่านมา ถึงแม้แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพทำงานมารับการรักษาพยาบาล ก็ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติเหมือนอย่างแต่ก่อน เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคุ้นเคยกับแรงงานมากขึ้น และได้เปลี่ยนทัศนคติใหม่ว่าแรงงานไม่ว่าถูกกฎหมายหรือผิดกฎหมายควรจะได้รับการรักษาโรคนั้นตามหลักมนุษยธรรม และเพื่อเป็นการป้องกันให้เชื้อแพร่กระจายมาสู่คนไทยที่อยู่ร่วมสังคมเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เงินค่าประกันสุขภาพที่เก็บจากแรงงานข้ามชาติเมื่อตอนเข้ารับการตรวจสุขภาพ ส่วนหนึ่งถูกนำมาจัดสรรเป็นค่ารักษาพยาบาลจำนวน 964 บาท ต่อคน จำแนกเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก 499 บาท ผู้ป่วยใน 415 บาท และค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท ทางโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติจะได้รับเงินก้อนนี้ทันที หลังจากหักค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆ แล้ว เมื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสาคร โดยพิจารณาจากจำนวนแรงงานที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพในปี 2547 จำนวน 75,687 คน ทางโรงพยาบาลจะได้จำนวนเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น (964 X 75,687) จำนวน 72,962,268 บาท แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ และรักษาฟรี พบว่าใช้เงินไป 15.3 ล้านบาท ซึ่งใช้เงินไปเพียง 1 ใน 4 ส่วนของเงินค่ารักษาพยาบาลที่เก็บล่วงหน้าไว้แล้ว จึงมีเงินเหลือ 57.6 ล้านบาท ในปี 2548 ก็มีเงินเหลือ 33.4 ล้านบาท

สำหรับในจังหวัดสมุทรปราการรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพที่ได้จำนวนกว่า 40.5 ล้าน กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ประมาณ 1.8 ล้านบาท ในปีต่อมาขายบัตรประกันสุขภาพได้ประมาณ 31.7 ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง 4.0 ล้านบาท สถานการณ์ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติทั้งสองจังหวัดจึงเรียกได้ว่าอยู่ในสถานะกำไร เงินค่าประกันสุขภาพจากแรงงานข้ามชาตินี้ ทางโรงพยาบาลเปิดบัญชีต่างหากจากบัญชีอื่น ใช้ชื่อว่า “บัญชีเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง” ซึ่งเป็นเงินบำรุงเพื่อนำมาใช้จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับแรงงานข้ามชาติทั้งจดทะเบียน และไม่จดทะเบียน รวมถึงผู้ติดตามด้วย

ตารางที่ 6.21: เปรียบเทียบจำนวนเงินที่ได้จากการจัดสรร และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ตามปีงบประมาณ 2547-2548

จำนวนเงินและค่าใช้จ่าย	สมุทรสาคร		สมุทรปราการ	
	2547	2548	2547	2548
ก. จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	75,687	71,085	42,111	32,862
การคำนวณภาระค่าใช้จ่าย				
(1) เงินค่ารักษาพยาบาลจากการขายบัตรประกันสุขภาพ (ก. X 964)	72,962,268	68,525,940	40,595,004	31,678,968
(2) เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฟรี	2,496,947	2,890,088	517,396	80,649
(3) เงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพ	12,814,025	32,169,310	1,303,092	3,941,691
ยอดเงินคงเหลือหลังจากหักค่าใช้จ่าย(1)-{(2)+(3)}	57,651,296	33,466,542	38,774,516	27,656,628

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก ข้อมูลของสำนักสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ)

จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ป่วยนอกที่มีบัตรประกันสุขภาพเข้ามาใช้บริการทั้งในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลของรัฐ ตลอดทั้งปี 2547 เป็นจำนวน 23,688 ครั้ง เมื่อเทียบกับแรงงานที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด 75,687 คน โดยเฉลี่ยแล้วแรงงานมาใช้บริการเพียงร้อยละ 31 เท่านั้น ซึ่งเป็นไปได้ว่าว่าบางคนอาจไม่มาเลยใช้บริการเลย เนื่องจากวัยแรงงานเป็นวัยหนุ่มสาว ไม่ค่อยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ จะซื้อยากินเอง หรือใช้บริการคลินิกใกล้ๆ มากกว่า เพราะสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน ใช้เวลาตอนเลิกงานไปพบแพทย์ได้ ส่วนในปี 2548 พบว่าแรงงานมาใช้บริการมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งที่มีผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพน้อยกว่าปีก่อน คิดเป็นร้อยละ 73 ของแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการ จากตารางที่ 6.22 น่าสังเกตว่า แรงงานที่สามารถจ่ายเงินเอง เสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 600 กว่าบาท มีจำนวนมากกว่าแรงงานที่ไม่บัตรประกันสุขภาพ 15 - 17 เท่า ทางโรงพยาบาลจึงแทบไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลฟรี สามารถสรุปได้ว่า เงินที่เก็บได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพเพียงพอ สามารถดูแลแรงงานข้ามชาติทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมายได้

ตารางที่ 6.22: ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร ตามปีงบประมาณ 2547-2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	23,688	52,008	129	483	2,215	7,514
ค่าใช้จ่าย	1,100,758	12,642,310	60,295	134,094	1,453,132	4,778,307
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	46.37	243.08	467.40	277.63	656.04	635.92

ตารางที่ 6.22: (ต่อ)

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	1,231	2,645	264	244	981	757
จำนวนวัน	4,594	9,633	1,756	1,631	4,294	3,947
ค่าใช้จ่าย	11,713,267	19,527,000	2,436,652	2,755,994	3,739,882	3,878,942
เฉลี่ย (บาท/คน)	9,515.25	7,382.61	9,229.74	11,295.06	3,812.32	5,124.10
เฉลี่ย (บาท/วัน)	2,549.69	2,027.09	1,387.62	1,689.76	870.96	982.76
รวมค่าใช้จ่าย	**12,814,025**	**32,169,310**	**2,496,947**	**2,890,088**	**5,193,014**	**8,657,249**

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก (คำนวณจากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

สำหรับสมุทรปราการ ในปี 2548 มีผู้มารักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิมทั้งที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพน้อยกว่าปี 2547 จากเดิมแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพมาใช้บริการเพียงร้อยละ 7 เพิ่มมาเป็น ร้อยละ 87 ในปี 2548 ส่วนแรงงานที่ไม่มีบัตรหรือรักษาฟรีนั้น มีประมาณ ปีละ 60–70 คน เป็นจำนวนเล็กน้อยเมื่อเทียบกับแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพและแรงงานที่จ่ายเงินเอง

ตารางที่ 6.23: ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรปราการ ตามปีงบประมาณ 2547–2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	3,013	28,599	62	71	3,298	1,315
ค่าใช้จ่าย	461,247	2,944,765	9,972	38,598	337,248	175,236
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	153.09	102.97	160.84	543.63	102.26	133.26

ตารางที่ 6.23: (ต่อ)

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี)		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	132	375	56	11	137	82
จำนวนวัน	476	1238	372	35	511	178
ค่าใช้จ่าย	841,845	996,926	507,424	42,051	304,878	142,044
เฉลี่ย (บาท/คน)	6,377.61	2,658.47	9,061.14	3,822.82	2,225.39	1,732.24
เฉลี่ย (บาท/วัน)	1,768.58	805.27	1,364.04	1,201.46	596.63	798.00
รวมค่าใช้จ่าย	**1,303,092**	**3,941,691**	**517,396**	**80,649**	**642,126**	**317,280**

ที่มา: หทัยรัตน์ เสียงดัง และเบญจมาศ รอดภัย. 2549. (คำนวณจาก (คำนวณจากข้อมูลของรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข)

การให้บริการแรงงานข้ามชาติที่มีจำนวนมากในจังหวัดสมุทรสาคร และมีความจำเป็นที่หมอ พยาบาล จะต้องสื่อสารกันอย่างรู้เรื่องเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามสิทธิ ทาง สสจ. สมุทรสาครจึงได้ร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) และมูลนิธิรักษ์ไทย จัดตั้ง "ศูนย์บริการรักษาแรงงานต่างด้าวครบวงจร" ในโรงพยาบาลคู่สัญญากับ สสจ. เช่น โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อจัดพื้นที่ให้บริการกับประชากรต่างด้าวทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีล่ามที่เป็นแรงงานข้ามชาติ สามารถพูดได้หลายภาษา ทั้งภาษาไทย อังกฤษ กระเหรี่ยง มอญ และพม่า ให้เป็นเจ้าหน้าที่ประจำของโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการคนไทยกับผู้ป่วยต่างด้าว

จากการที่จำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเครือข่าย มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ชี้ให้เห็นว่า แรงงานเองรู้จักสิทธิของตัวเองมากขึ้น กล้ามาโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยใกล้บ้าน หรือในขณะเดียวกัน ทางสถานพยาบาลก็ได้ให้ความสะดวก มีล่าม หรือ พสต. / อสต. มีป้ายบอกภาษาพม่า มีเคาน์เตอร์ ที่จัดไว้เป็นการเฉพาะ เพื่อลดความกลัว และมั่นใจในการมาสถานที่ราชการมากขึ้น รวมทั้งโรงพยาบาลเองก็ตั้งฝ่ายที่ดูแลแรงงานข้ามชาติพร้อมเจ้าหน้าที่รับผิดชอบขึ้นมาในหน่วยงาน คือ ฝ่ายพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานต่างด้าว เพื่อรวบรวมข้อมูล ดูแลพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ประชุมวางแผนเพื่อหาทางแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงชุมชนแรงงานข้ามชาติ หรือทีมหน่วยพยาบาลที่เข้าไปในพื้นที่ด้วยความเป็นมิตร รวมทั้งนายจ้างเองเริ่มให้ความร่วมมือ ก็เป็นแนวทางหนึ่งที่แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น เช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เป็นโรงพยาบาลเอกชน ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร ที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตั้งแต่ปี 2545 โดยดูแลคนไทยที่มีบัตรประกันสังคมและบุคคลทั่วไป พร้อมๆ กับแรงงานข้ามชาติ ก็ได้ตั้งรับและปรับแนวทางในการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่ตั้งชุมชนอยู่โดยรอบ เริ่มจากวิเคราะห์ถึงปัญหาว่า แรงงานไม่ค่อยอยากเข้ามาเนื่องจากเป็นสถานที่แปลก ติดแอร์ ไม่คุ้นเคย และกลัวว่าคนไทยจะรังเกียจ ทางทีมผู้บริหารของโรงพยาบาลจึงได้คิดรูปแบบการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับแรงงานข้ามชาติเฉพาะ มีชื่อเรียกว่า "ศูนย์บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว" เป็นการบริการแบบ One stop service โดยจัดห้องบริการแยกส่วนคนไทยกับแรงงาน

ต่างด้าว มีทางเข้าตรงมาสู่ห้องตรวจรักษาโดยไม่ปะปนกับคนไทย ผู้ป่วยที่เข้ามาไม่ต้องเคลื่อนย้ายไปไกล ในระหว่างยื่นบัตร ตรวจโรค จ่ายยา โดยจะใช้สีของเก้าอี้ เป็นสัญลักษณ์ของการให้บริการในแต่ละจุดเพื่อให้คนไข้รู้ว่าต้องรอหมอจุดใด เสร็จแล้วต้องรอยาตรงไหน มีป้ายนำทางเป็นทั้งภาษาพม่าและภาษาอังกฤษ ผู้ป่วยที่มาจะได้รับความสะดวกรวดเร็ว เพราะทางโรงพยาบาลได้เตรียมล่ามที่พูดได้หลายภาษาไว้ถึง 5 คน คอยสื่อสารให้ผู้ป่วยได้รู้วิธีการกินยา ตลอดจนการดูแลสุขภาพตนเองตามที่หมอสั่ง ทีมหมอพยาบาลอีก 12 คน คอยบริการคนไข้วันละ 250–300 คน ตั้งแต่เวลา 8.00–19.00 น. นอกจากแรงงานข้ามชาติที่ประกันสุขภาพไว้กับโรงพยาบาลแล้ว ยังมีผู้ป่วยที่มาเองและนายจ้างพามาข้ามเขตมาใช้บริการด้วย

สำหรับการให้บริการด้านรักษาพยาบาลของสถานีอนามัย จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลคลองด่าน ที่อยู่ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่มาก กล่าวว่า เดี๋ยวนี้แรงงานเข้ามาใช้สถานีอนามัยมากขึ้น บางคนทำงานอยู่ไกลที่อำเภออื่นก็มาฝากท้องที่นี้ เนื่องจากได้รับการดูแล และคำแนะนำที่ดี สำหรับการสื่อสารที่เคยเป็นอุปสรรค กลับไม่มีปัญหาเหมือนอย่างแต่ก่อน เพราะทางสถานีอนามัยได้ทำป้ายบอกเป็นภาษาพม่าไว้ด้วย อีกทั้งแรงงานเองที่เจ็บป่วยก็อาศัยไหว้วานหรือให้ค่าเสียเวลาเล็กน้อย แก่เพื่อนแรงงานด้วยกันที่อยู่ประเทศไทยนานจนพูดภาษาไทยได้ มาเป็นเพื่อนที่สถานีอนามัย จนมีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าอนามัยเป็นอย่างดี ปัจจุบันที่สถานีอนามัยแห่งนี้รับแรงงานข้ามชาติมากกว่าแรงงานไทยเสียอีก

ปัญหาการบริการด้านรักษาพยาบาลอื่นๆ ที่พบ อาทิ แรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีนายจ้างมาแสดงตัว จะมีปัญหาเรื่องการส่งต่อในรายที่ป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โรงพยาบาลที่ไม่พร้อมทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ได้ส่งต่อแต่ไม่มีโรงพยาบาลใดเป็นผู้รับ ซึ่งเกิดจากสาเหตุหาเจ้าภาพจ่ายเงินไม่ได้

6.4.4 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานีอนามัยและคลินิก ที่เป็นเครือข่ายในพื้นที่ มีกลุ่มงานควบคุมโรคทำหน้ารับผิดชอบโดยตรง ในการประสานความร่วมมือตั้งแต่การวางแผนส่งเสริมสุขภาพ และออกหน่วยพื้นที่ งานหลักของการส่งเสริมสุขภาพเน้นไปที่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ อนามัยแม่และเด็ก การทำแท้ง การป้องกันและให้ความรู้เรื่องเอดส์ มะเร็ง โรคติดเชื้อ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ซึ่งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและเด็กที่เข้าไม่ถึงบริการ และเป็นกลุ่มที่หลบซ่อนอยู่ในชุมชน ในการลงพื้นที่ทุกครั้งที่ขาดเสียไม่ได้เลย คือ แรงงานข้ามชาติที่เป็น พสต. ของโรงพยาบาล และ อสต. ในชุมชน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสาธารณสุขต่างด้าวมาแล้ว ช่วยสื่อสารและให้ความรู้อีกแรงหนึ่ง

ในด้านงบประมาณในการส่งเสริมและป้องกันโรคที่นำมาจากเงินรายหัวจำนวน 206 บาท (จากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการฯ) ที่ได้รับจัดสรรเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการดูแลขณะตั้งครรภ์และคลอดของสถานพยาบาลส่วนหนึ่ง และค่าส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในชุมชนอีกส่วนหนึ่ง ตามหลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค. 049.3/4976 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548 ที่ระบุให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการฟื้นฟูสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จ่ายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลเงินก้อนนี้ ในทางปฏิบัติแล้ว เงินนี้เป็นเงินกองกลางที่ทาง สสจ. เป็นผู้จัดเก็บ พอสิ้นปีจึงจะจ่ายคืนให้กับทางสถานพยาบาลตามที่ได้ใช้ไป หรือตามที่ได้เขียนโครงการ ปัญหาที่พบในระหว่างนี้คือ รายละเอียดของระเบียบการขอเงินส่วนนี้มาใช้ไม่ชัดเจน เมื่อทางสถานพยาบาลขอไปแล้วกว่าจะได้เงินใช้เวลานานหลายเดือน ทั้งๆ ที่การควบคุมโรคต้องทำโดยฉับพลัน จึงเป็นปัญหาให้กับทางโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเครือข่ายในฐานะผู้ปฏิบัติ

อีกประเด็นหนึ่งคือ เมื่อเงินสำหรับป้องกันควบคุมโรคในแรงงานข้ามชาติอยู่ที่ สสจ. ส่วนเงินสำหรับควบคุมโรคป้องกันโรคของคนไทยอยู่ที่สถานพยาบาล เมื่อเกิดโรคระบาด ก็ไม่สามารถที่จะแยกทำเฉพาะของไทยหรือแรงงาน

ข้ามชาติได้ ดังนั้น จึงมีทีมปฏิบัติการลงไปในพื้นที่ 2 ทีม ทีมหนึ่งรับผิดชอบพม่า อีกทีมหนึ่งรับผิดชอบคนไทย จึงทำให้เกิดความซ้ำซ้อน และเสียค่าใช้จ่ายทั้งสองทาง เสียทั้งเวลา เสียทั้งกำลังคน ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติในจังหวัดสมุทรสาครจึงเห็นว่าเงินในการส่งเสริมควบคุมโรคควรอยู่ที่สถานพยาบาลและสถานีอนามัยเครือข่ายจะดีกว่าเพราะช่วยลดขั้นตอนและเกิดประสิทธิภาพในการทำงาน จึงทำให้เกิดข้อตกลงร่วมกันในการแบ่งเงินส่วนนี้ คือ จัดสรรให้ สสจ. 30 บาท อีกส่วนหนึ่งแบ่งให้ผ่ายส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล เช่น ค่าวัคซีนแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ยาคุมกำเนิด และอื่นๆ และที่เหลือคืนให้กับทางโรงพยาบาล สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายออกหน่วยลงพื้นที่[5] สำหรับปี 2549 ในกรณีของอำเภอเมืองสมุทรสาคร ที่มีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เงินจำนวน 206 บาท นี้ จัดสรรให้ สสจ. 30 บาท ให้โรงพยาบาลสมุทรสาคร 96 บาท และให้โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เป็นเงิน 80 บาท

ในส่วนของ สสจ. เองก็ได้นำเงินส่วนนี้มาใช้ในการบริหารงาน รวมทั้งค่าบริหารจัดการ 120 บาท ที่ได้รับจัดสรรมาจากเงินประกันสุขภาพด้วย ทาง สสจ. ได้ผุดโครงการที่เป็นประโยชน์กับแรงงานข้ามชาติ ในภาพรวมของจังหวัดด้วย อาทิ อบรมอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว สำรวจแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการ โครงการจัดบริการเชิงรุก โครงการเคาะประตูดูสุขภาพ โครงการความร่วมมือทางสุขภาพแรงงานต่างด้าวกับสถานประกอบการ สร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว จัดทำสมุดสุขภาพของบุคคล พัฒนาฐานข้อมูลประชากรต่างด้าว จัดทำสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จัดทำชุมชนต่างด้าวต้นแบบ การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ เป็นต้น ที่ สสจ. สมุทรสาคร ได้ตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติขึ้นมาโดยเฉพาะ คือ “ฝ่ายบริการแรงงานต่างด้าว” ทำหน้าที่จัดเก็บทำระบบฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวให้เป็นระบบระเบียบมาขึ้น กำหนดกิจกรรมหรือโครงการที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขของจังหวัด บันทึกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ดูแลงบจากองค์กรต่างๆ ที่มาลงในพื้นที่ เป็นต้น

สำหรับในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ถึงแม้ไม่ได้มีแผนกขึ้นมาเฉพาะ แต่ก็กำหนดภาระหน้าที่และความรับผิดชอบให้กับเจ้าหน้าที่ดูแลในส่วนของกลุ่มงานควบคุมโรค กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ปฏิบัติโดยไม่ได้แยกว่าเป็นคนไทยหรือแรงงานข้ามชาติ โครงการสำคัญที่จัดทำขึ้น เช่น ด้านเอดส์ และกามโรคนั้น ทาง สสจ. สมุทรปราการ เน้นทำในกลุ่มคนด้อยโอกาส ในชุมชนก่อสร้าง ชุมชนแออัด นั้นก็คือเหมารวมแรงงานข้ามชาติเข้าไปด้วย ส่วนโครงการที่ทำขึ้นเฉพาะเพื่อให้ความรู้แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นพวกสื่อรณรงค์ คือ แผ่นพับเผยแพร่เพื่อควบคุมโรคเป็นภาษาพม่า มอญ เขมร เช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น กิจกรรมอื่นๆ ได้แก่ ติดตามแรงงานที่เป็นผู้ป่วยประเภท 2 (โรคที่ต้องติดตามรักษา) สุ่มประเมินการบริการเชิงรุกในชุมชนต่างด้าว อบรมอาสาสมัครแรงงานต่างด้าว สำรวจแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน โครงการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและฉีดวัคซีนให้สุนัข ฯลฯ

สำหรับโรงพยาบาล โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และสถานีอนามัยที่เป็นเครือข่าย หรือที่เรียกว่า CUP โดยทั่วไปนั้นจะต้องทำงานในเชิงรุก มีการออกหน่วยเข้าไปในชุมชนแรงงานต่างด้าว ในล้ง หรือ โรงงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อไปเยี่ยมแม่และเด็กหลังคลอด ฉีดวัคซีน ตรวจวัดพัฒนาการของเด็ก ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้านที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยวัณโรค หญิงตั้งครรภ์ ดูแลให้ยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ฯลฯ ออกไปในช่วงหลังเลิกงาน หรือในช่วงเย็นๆ ที่แรงงานอยู่พร้อมหน้าพร้อมตา และไม่เป็นการรบกวนนายจ้าง

การเข้าถึงแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของหน่วยงานทางสาธารณสุข ทำให้แรงงานข้ามชาติคลายกังวลกับเจ้าหน้าที่คนไทยได้มีการสื่อสารพูดคุยเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้นและไม่หลบซ่อนเมื่อเห็นคนแปลกหน้า ซึ่งต่างจากปีก่อนๆ เมื่อแรงงานเห็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนที่เข้าไปในพื้นที่ แรงงานต้อง

[5] ข้อมูลจาก นพ.โมลี วนิชสุวรรณ จากการประชุมเสนอร่างแรกรายงาน โครงการวิจัยเรื่อง รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549 ห้องประชุมประเมิน จันทรวิมล ชั้น 1 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หลบซ่อนเนื่องจากความไม่ไว้วางใจ ผลจากความคุ้นเคยระหว่างเจ้าหน้าที่กับแรงงานข้ามชาติดังกล่าว ช่วยให้ทางสาธารณสุขได้จับตาดูพฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติในชุมชนที่อาศัยอยู่ ที่อาจเป็นผู้แพร่กระจายโรคอื่นๆ แต่ไม่มารักษาตัว เช่น เท้าช้าง เรื้อน เอดส์ ซิฟิลิส วัณโรค ด้วย

6.4.5 สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ

อนามัยแม่และเด็ก ในแต่ละปีพบว่า มีหญิงแรงงานข้ามชาติมาฝากครรภ์เป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี แรงงานข้ามชาติหญิงที่ประกันสุขภาพไว้กับทางสถานพยาบาลก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ในการตรวจและดูแลสุขภาพในระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพต้องจ่ายเงินค่าฝากครรภ์เอง จากการสอบถามเจ้าหน้าที่อนามัย ถึงค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์พบว่า ค่าใช้เริ่มแรกในการฝากครรภ์ 780 บาท ซึ่งเป็นค่าตรวจเลือด ครั้งต่อๆ ไป คิดครั้งละ 50 บาท

ตารางที่ 6.24: จำนวนหญิงแรงงานข้ามชาติที่ตั้งครรภ์และคลอดในจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ปี 2547–2548

ประเภท	สมุทรสาคร		สมุทรปราการ	
	2547	2548	2547	2548
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์	3,208	5,060	133	211
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	756	1,017	176	211
จำนวนหญิงที่คลอดโดย				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	795	979	173	211
ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	0	0	0	0
หมอตำแย/เพื่อน/คลอดเอง	0	0	0	0
จำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร	74	82	11	20
จำนวนหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์157 หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	0	0	0	0

ที่มา: สำนักสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ

จากตารางที่ 6.24 เมื่อปี 2547 ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวนหญิงต่างด้าวที่มาฝากครรภ์ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ เอกชน สถานีอนามัย และคลินิก ปีละ 3,000–5,000 คน ปี 2547 และ 2548 มีเด็กเกิด 756 คน และ 1,017 คน ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนผู้มาฝากครรภ์มีจำนวนมาก แต่จำนวนเด็กเกิดมีชีพกลับน้อยมาก และตารางดังกล่าวไม่มีจำนวนตัวเลขการคลอดจากหมอตำแย ผดุงครรภ์ หรือคลอดเองที่บ้าน แต่จากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ในพื้นที่สมุทรสาครที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีหมอตำแยอยู่ในชุมชน 8 คน รับทำแท้งและทำคลอด คิดค่าทำคลอดครั้งละ 2,000 บาท ถูกกว่าการทำคลอดในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะรู้ว่าเด็กคลอดจากหมอตำแย หรือทำแท้ง ก็ต่อเมื่อแม่ตกเลือดถูกส่งตัวมา เฉลี่ยแล้วมีประมาณ 10 รายต่อปี จำนวนตัวเลขที่แท้จริงของหญิงที่คลอดโดยหมอตำแย หรือทำแท้ง มีชีวิตอยู่ หรือ ไม่มีชีวิตอยู่จึงไม่ทราบแน่ชัด

การทำแท้งไม่ปลอดภัยนั้น หมายถึงการทำแท้งเองหรือโดยหมอตำแย นับว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าไม่ประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว และไม่สามารถสื่อสารให้ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก แต่ในช่วง

2–3 ปี ที่ผ่านมา พบว่าจำนวนของหญิงที่แท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาครมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่เคยอยู่ใต้ดินเปิดเผยตัวตนมากขึ้น ไม่ต้องหลบซ่อน หรือหนีการจับกุมเหมือนอย่างแต่ก่อน อีกทั้งการตั้งท้องก็สามารถทำงานได้ นายจ้างไม่ได้ไล่ออก และไม่ได้ถูกทางการผลักดันกลับแต่อย่างไร จากการสอบถามถึงข้อมูลการคุมกำเนิดในแรงงานข้ามชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนต่างให้ข้อมูลว่า ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ทางเราเองฉีดยาคุม แจกถุงยางอนามัยถึงบ้านพัก แต่เขาอยากมีลูกไว้สืบสกุลมากกว่า ท้องห้า ท้องหก ยังมีเลย

(โรงพยาบาลศรีวิชัย 5, วันที่ 28 พฤศจิกายน 2549, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพแรงงานข้ามชาติในสมุทรสาคร ก็ได้ให้ความสำคัญในการวางแผนครอบครัวด้วยรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ทั้งเป็นการประชาสัมพันธ์ด้วยแผ่นพับ หรือป้ายประชาสัมพันธ์ที่อยู่ตามโรงพยาบาล อบรม อสต. ให้เผยแพร่ความรู้ในเรื่องคุมกำเนิด การใช้ถุงยาอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธ์อื่นๆ ด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่น

สำหรับหญิงที่มาฝากครรภ์จะได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานเหมือนคนไทย มีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ถ้าพบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ ก็จะได้เข้าโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากนั้นทางหน่วยจิตเวชและล่าม หรือ พสต. ก็จะเข้ามาดูแลทางด้านจิตใจและให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ รวมทั้งจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกด้วย ซึ่งยานี้เป็นสิทธิของเด็ก แต่สำหรับแม่เมื่อคลอดลูกแล้วสิทธินั้นหมดไป รวมทั้งไม่ได้ยาต้านไวรัส ARV ด้วย เพราะมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ให้ นอกจากต้องจ่ายเงินเอง หรือทางองค์กรเอกชนมีงบประมาณสนับสนุนเป็นรายๆ ไป

ตารางที่ 6.25: หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอมาฝากครรภ์ และการได้รับยา AZT

ปี	สมุทรสาคร		สมุทรปราการ	
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา AZT	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา AZT
2547	11	11	0	0
2548	14	14	0	0

ที่มา: สำนักสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ

การดูแลทารกที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติที่คลอดในโรงพยาบาลก็อยู่ในมาตราฐานคือ มีการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน และได้รับวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ บีซีจี ดีทีพี และหัด โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับเด็กที่เกิดโดยหมอตำแยหรือทำคลอดเองที่บ้านนั้นไม่มีข้อมูลจำนวนตัวเลขที่แท้จริง เด็กที่เกิดมาจะได้รับวัคซีนหรือไม่ได้รับนั้น หรือได้รับจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนด้วยหรือเปล่า ก็ไม่มีจำนวนตัวเลขยืนยัน แนวทางของโรงพยาบาลสมุทรสาคร คือเอาวัคซีนไปให้ตามคลินิกที่มีหมอสูติฟรีเพื่อที่จะได้เก็บข้อมูลอีกทางหนึ่ง

ทางโรงพยาบาลเมื่อออกหน่วย เยี่ยมบ้าน ก็ทำหน้าที่ดูแลแม่และเด็กแรกเกิด ฉีดวัคซีน วัดพัฒนาการเด็ก และดูแลหญิงกำลังตั้งครรภ์ไปพร้อมๆ กัน จากการเก็บข้อมูลภาคสนามชี้ว่า ลูกแรงงานข้ามชาติได้วัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด มีประมาณ 10% ของเด็กที่อยู่ในเกณฑ์เท่านั้นที่ได้รับ เนื่องจากถูกส่งกลับบ้านไปพร้อมกับแม่ แล้วอีกสักระยะจึงกลับมาใหม่ ซึ่งเป็นที่หวั่นกันว่า เด็กจะกลับมาพร้อมๆ กับโรคที่รักษาด้วยวัคซีน หรือรักษาให้หายได้ เช่น โปลิโอ ฝีดาษ ไทฟอยด์ ปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น

สำหรับการออกใบรับรองการเกิดและการแจ้งเกิด เด็กที่คลอดในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะออกหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) แล้วรวบรวมเอกสารส่งให้สำนักทะเบียนในพื้นที่ เช่น สำนักงานเขตเทศบาลหรือที่ว่าการอำเภอ เพื่อแจ้งเกิดแทนพ่อแม่ของเด็ก เพื่อที่นายทะเบียนจะได้ออกสูติบัตรให้ พ่อแม่หรือนายจ้างจะไปรับให้ในภายหลัง ลูกแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทางโรงพยาบาลจะแจ้งไปทางฝ่ายปกครองเทศบาลนครสมุทรสาคร ปัจจุบันมีการแจ้งขอใบสูติบัตรให้เด็กพม่า มอญ เกิดใหม่ เฉพาะที่เขตเทศบาลนคร เฉลี่ยเดือนละ 100 คน หรือตกปีละ 1,200 คน ไม่รวมเขตอื่น

ในกรณีที่ไม่ได้คลอดที่โรงพยาบาล ทางสถานีอนามัยจะทำการออกใบรับรองการเกิดให้ ถ้าทางพ่อแม่มาขอความจำนง เจ้าหน้าที่อนามัยจะซักถามวันที่เกิด ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ชื่อพ่อแม่ และออกเอกสารใบรับรองการเกิดไปเป็นหลักฐานให้ทางสำนักทะเบียน เจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนต้องการให้นายจ้าง หรือ มีผู้ยืนยันไปด้วย เพราะอย่างน้อยจะได้สอบถามจากนายจ้างจะดีกว่าซักถามจากตัวแรงงานข้ามชาติเอง เพราะเกรงว่าจะสื่อสารไม่รู้เรื่อง นายจ้างที่ดีก็จะไปที่อำเภอ / เทศบาลด้วย บางรายไม่มีนายจ้าง ตัวแรงงานเองก็ไม่กล้าไปอยู่แล้วในรายที่ไม่มีบัตรอนุญาต จึงไม่ได้แจ้งเกิดให้เด็ก ที่สถานีอนามัยในอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ถึงแม้ว่าไม่ได้รับทำคลอด แต่ก็ได้เขียนหนังสือรับรองการเกิดให้แรงงานที่มาขอ แรงงานที่อยู่ประเทศไทยนานหลายปีจะตระหนักในเรื่องนี้ดี แต่แรงงานที่มาใหม่ ไม่ค่อยสนใจมากนัก ผู้ที่อยู่มานาน และเคยมีประสบการณ์มาก่อนจึงคอยชี้แนะให้

6.4.6 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ เป็นเรื่องที่ต้องมีการเฝ้าระวังทั้งเชิงรับและเชิงรุก เนื่องจากบริเวณชุมชนที่อยู่ และบริเวณรอบท่าเรือประมงมีสถานบันเทิงที่เป็นที่รู้กันว่าเป็นที่ขายบริการทางเพศผุดขึ้นเป็นจำนวนมาก การเกิดร้านคาราโอเกะรอบๆ เขตชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่นั่น ชี้ว่าแรงงานต้องการความสุขความบันเทิง การผ่อนคลาย หลังจากทำงานเหน็ดเหนื่อยจากการหารายได้ ร้านคาราโอเกะเป็นที่นิยมมาก หลายๆ ร้านที่เปิดให้แรงงานข้ามชาติ จะมีเพลงภาษาพม่าไว้คอยบริการเฉพาะด้วย ขณะเดียวกันเพลงไทยก็เป็นที่นิยม ถึงแม้ว่าแรงงานจะต้องทำงานหนักเพื่อแลกกับรายได้ที่ต่างจากคนไทยลิบลับ แต่ความอิสระเสรี ความบันเทิงยั่วเย้า ก็เป็นตัวฉุดรั้งให้แรงงานข้ามชาติอยากแสวงหาความสุขในเมืองไทยตราบเท่าที่โอกาสยังมี

ในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามีร้านคาราโอเกะมากที่สุด และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี เมื่อปี 2547 มีร้านคาราโอเกะอยู่เพียง 103 แห่ง ปี 2548 กลับเพิ่มขึ้นเป็น 120 แห่ง รองลงมา คือ ร้านนวดแผนโบราณ เป็นที่น่าสังเกตว่าสถานบริการรูปแบบเดิม คือ ผับ โรงแรม อาบอบนวด บาร์เบียร์ ค่อยๆ หายไปในที่สุด ดูเหมือนว่า ร้านคาราโอเกาะจะเป็นสถานบันเทิงยอดฮิตในทุกพื้นที่ ในจังหวัดสมุทรปราการก็เช่นเดียวกัน เกิดร้านคาราโอเกะ 200 กว่า แห่ง ในเพียงปีเดียว นั้นคือ จาก 178 แห่ง ในปี 2547 เพิ่มเป็น 352 แห่ง ในปี 2548 จากตารางที่ 6.27 จะสังเกตเห็นได้ว่าสถานบริการรูปแบบอื่นๆ ในจังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นหลากหลายรูปแบบ แต่เป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้คนไทยด้วยกันเองได้ใช้บริการ สำหรับของแรงงานข้ามชาติจะมีเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น จากการเก็บข้อมูลพื้นที่ในจังหวัดสมุทรปราการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบอกว่า แรงงานต่างข้ามชาติที่มาอยู่นาน มีเงินเหลือเก็บ ตั้งตัวได้ชอบเข้าร้านคาราโอเกะ ชื่นชอบการร้องเพลงมาก

ตารางที่ 6.26: จำนวนสถานบริการและผู้ให้บริการทางเพศ จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2547 – 2548

ประเภทสถานบริการ	2547			ประเภทสถานบริการ	2548		
	สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)		สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)
คาราโอเกะ	103	416	197	คาราโอเกะ	120	476	249
นวดแผนโบราณ	32	326	197	นวดแผนโบราณ	29	313	183
ร้านอาหาร	20	127	47	ร้านอาหาร	27	264	97
สำนัก	16	204	204	สำนัก	16	166	166
ผับ	3	41	15	คาเฟ่	5	114	46
คาเฟ่	3	43	14	**รวม**	**197**	**1,333**	**741**
โรงแรม	1	28	3				
บาร์เบียร์	1	5	1				
อาบอบนวด	1	3	1				
รวม	**180**	**1,193**	**679**				

ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547–2548.

ตารางที่ 6.27: จำนวนสถานบริการและผู้ให้บริการทางเพศ จำแนกตามประเภทสถานบริการ จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 – 2548

ประเภทสถานบริการ	2547			ประเภทสถานบริการ	2548		
	สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)		สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)
คาราโอเกะ	178	1126	201	คาราโอเกะ	352	2,264	542
ร้านอาหาร	25	174	0	ร้านอาหาร	48	468	151
โรงแรม	13	627	17	นวดแผนโบราณ	27	692	101
คาเฟ่	12	199	14	ผับ	15	264	26
นวดแผนโบราณ	10	280	5	คาเฟ่	11	215	46
ผับ	5	80	0	โรงแรม	9	365	5
สำนัก	4	16	16	สำนัก	5	20	20
ดิสโกเธค	2	41	0	บาร์เบียร์	4	49	0
ร้านเสริมสวย	2	7	0	ร้านตัดผมชาย	3	8	0

ตารางที่ 6.27: (ต่อ)

ประเภทสถานบริการ	2547		
	สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)
อื่นๆ	1	5	5
รวม	**252**	**2,555**	**258**

ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547-2548

ประเภทสถานบริการ	2548		
	สถานบริการ (แห่ง)	พนักงานทั้งหมด (คน)	พนักงานบริการทางเพศ (คน)
คอกเทลเลาจ์	2	67	0
ค๊อฟฟี่ช๊อฟ	2	9	0
ร้านเสริมสวย	2	3	0
บาร์อโกโก้	1	25	0
อาบอบนวด	1	10	0
ชาวน่า	1	3	0
อื่นๆ	4	147	5
รวม	**487**	**4,609**	**896**

สำหรับข้อมูลการผู้ให้บริการทางเพศที่เป็นแรงงานข้ามชาติไม่สามารถระบุชี้ชัดได้ว่ามีจำนวนเท่าใด เพราะสังเกตได้ยาก เนื่องจากหญิงที่ให้บริการหน้าตาและการแต่งตัวคล้ายคลึงกับคนไทย

หญิงบริการต่างด้าว ที่มีคุยกันบ้าง ตอนจดทะเบียน คือ อาชีพทำงานบ้าน แต่มาตรวจที่โรงพยาบาล จะไม่ใช่ทำงานบ้าน แต่งตัวค่อนข้างโป๊ ดูรูปลักษณ์ภายนอกน่าจะใช่ มีไม่ถึงสิบคน มีแฝงอยู่

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. วันที่ 27 กรกฎาคม 2549, สัมภาษณ์)

จากการที่คลินิกกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่เคยมีบทบาทให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรักษาฟรีให้กับหญิงขายบริการ จนสร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีความไว้เนื้อเชื่อใจระหว่างเจ้าหน้าที่และหญิงขายบริการ หากมีการตรวจเลือด และพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ทางเจ้าหน้าที่จะเร่งค้นหากลุ่มเสี่ยงทันที และให้ความรู้ในการป้องกันตนเองและผู้ที่หลับนอนด้วย หลังจากที่มีการโอนงานคลินิกกามโรคให้เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาล เสียงสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาคือ ขาดข้อมูล ตัวเลขที่แท้จริงของหญิงบริการทางเพศ

ก่อนหน้าประมาณ 10 ปี จะมีหญิงต่างด้าวมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก จะตรงมาที่คลินิกกามโรคเลย เพราะเขาจะรู้แหล่ง ส่วนใหญ่เป็นพม่า กระเหรี่ยง แต่สองปีหลังมานี้ ที่คลินิกไม่มีหญิงต่างด้าวเข้ามาเลย ไม่มีใครมาตรวจ ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับหญิงบริการทางเพศ หายไปแน่นอน และจำนวนหญิงที่ให้บริการน้อยลง อาจเกี่ยวกับนโยบายมหาดไทย เลยหาต้นตอที่แท้จริงไม่ได้

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ วันที่ 27 กรกฎาคม 2549, สัมภาษณ์.)

อย่างไรก็ดีถึงแม้ว่าคลินิกกามโรคของ สสจ. จะเปลี่ยนมือมาให้ทางโรงพยาบาลดำเนินการ จังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเข้มข้นอย่างสมุทรสาครก็ต้องรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อไม่ให้เหตุการณ์แย่ลงไปกว่าเดิม โรงพยาบาลสมุทรสาครเช่นเดียวกัน ที่จะต้องรับโอนงานจากคลินิกกามโรค รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมาอยู่ที่โรงพยาบาลด้วย โดยให้ขึ้นตรงกับหน่วยเวชกรรมสังคม และในการทำงานเชิงรุกกับหญิงบริการในเรื่องการป้องกัน ทีมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลก็ได้ร่วมมือกับมูลนิธิรักษ์ไทยเข้าไปในชุมชนเพื่อเข้าหากลุ่มเป้าหมายด้วยอีกทางหนึ่ง (องค์กร PATH, 2548)

ในการเฝ้าระวัง และติดตามแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ดังเช่น ในจังหวัดสมุทรปราการ สถานีอนามัยในพื้นที่จะทำงานร่วมกับมูลนิธิรักษ์ไทยในการสืบค้นพฤติกรรรมหญิงแรงงานข้ามชาติที่ขายบริการทางเพศเพราะหากสอบถามกันตรงๆ แล้วจะไม่ยอมรับว่าขายบริการ หากสืบทราบที่อยู่สถานบริการทางเพศ ก็จะพามาตรวจเลือดเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรายที่มีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว และอาการน่าสงสัยจะจับตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีทันที และจะให้คำปรึกษาในการใช้ชีวิตต่อไป ปัญหาที่พบในพื้นที่ คือ หากทำเป็นการเปิดเผยมากเกินไปอาจทำให้แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อหนีออกจากพื้นที่เพราะอับอาย และไม่อยากให้ใครรู้ ซึ่งจะทำให้ไม่ทราบแน่ชัดว่าย้ายไปอยู่ที่ไหน อยู่ในชุมชนเดิม ชุมชนอื่น หรือว่ากลับประเทศของตนเอง ถ้าหากยังอยู่ในประเทศไทยก็จะทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก

สำหรับแรงงานข้ามชาติผู้ชายที่ใช้บริการทางเพศ ก็อยู่ในสถานการณ์ที่น่าห่วงในการรับเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกัน เนื่องจากไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย

> *ตอนนี้มีข้อสังเกตอย่างหนึ่ง คนไข้ซิฟิลิสก็จะเป็นอยู่อย่างนั้นซ้ำไปซ้ำมา เพราะว่าการควบคุมของเขา เราแนะนำเค้าเท่าไร เค้าก็ไปใช้หญิงบริการคนเดิม เค้าก็ยังนำไปแพร่ให้ภรรยาเอง ภรรยาแพร่ให้สามีเอง ก็วนเวียนอยู่อย่างนั้น ซึ่งตอนนี้เยอะมาก คนที่เป็นซิฟิลิส 80% คิดว่าติดเชื้อเอชไอวี*
>
> (โรงพยาบาลศรีวิชัย 5, วันที่ 28 พฤศจิกายน 2549, สัมภาษณ์)

ทัศนคติที่เปลี่ยนไปของแรงงานข้ามชาติหญิงต่อการมีคู่ครองก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลจากมูลนิธิรักษ์ไทยที่ระบุว่าแรงงานข้ามชาติหญิงทั้งโสดและแต่งงานแล้ว มีพฤติกรรมทางเพศและค่านิยมเปลี่ยนไป คือมีชีวิตคู่ในระยะสั้น และแต่งงานใหม่อีกหลายๆ ครั้ง เพื่อหาผู้ชายที่ดีกว่าในการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การแต่งงานนั้น นำไปสู่พฤติกรรมการไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้ถุงยางอนามัยน้อย และเข้าใจว่า ถุงยางอนามัยเป็นแค่อุปกรณ์ป้องกันการตั้งครรภ์ชั่วคราว จึงไม่ได้นำมาใช้ในการป้องกันเอชไอวี หรือกามโรค และตัวเองมีคู่นอนคนเดียวจึงไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า หญิงที่มีคู่ครองที่ทำงานในโรงงานจะมีความรู้สึกปลอดภัยกว่าคู่ที่ทำงานในเรือประมง เพราะไม่ได้เที่ยวคาราโอเกะ (มอมอศอ และบราห์ม เพรส, 2549)

การให้บริการให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) แรงงานข้ามชาติผู้ชายที่เที่ยวหญิงบริการบางคน ได้รับสื่อความรู้ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสต. หรือเจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทยในพื้นที่ ก็ตระหนักรู้ถึงการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ถึงกับเดินมาให้เจ้าหน้าสาธารณสุขประจำอนามัยตรวจเลือดให้ ประมาณ 2–3 เดือนต่อครั้ง ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ก็ให้คำปรึกษาตามกระบวนการและเจาะเลือดให้ ซึ่งกลุ่มที่เข้าหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้งไม่ค่อยพบว่ามีอาการน่าเป็นห่วง เพราะได้รับความรู้กลับไปทุกครั้ง แต่ในรายที่มาพบหมอก็ต่อเมื่อเกิดอาการที่น่าสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมา ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงแนะนำให้ตรวจเลือด ซึ่งพอแรงงานรู้ว่าได้รับเชื้อได้ไม่นานก็หายไป บางคนกลับไปยังประเทศของตนเอง บางคนก็เสียชีวิตในเวลาต่อมา

จากการเก็บข้อมูล ทำให้ทราบว่า แรงงานที่รู้ตัวว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง ต้องการเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี ทางเจ้าหน้าที่ก็จะให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดโดยแนะนำถึงผลดีผลเสียที่จะตามมา เช่น จะต้องทำอย่างไรหลังรู้ว่าติดเชื้อ ประเด็นค่าใช้จ่าย การรับยา กินยา เรื่องนายจ้างที่รู้อาจไม่รับเข้าทำงาน และถ้ากลับบ้านก็ไม่ได้กินยา ฯลฯ นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลในพื้นที่ทำให้ทราบข้อมูลว่า มีความเข้าใจผิดๆ ของแรงงานข้ามชาติเกี่ยวกับการเจาะเลือดเมื่อตอนตรวจสุขภาพนั้นคือ หมายถึงการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วย

เขาเข้าใจว่า มาตรวจสุขภาพ ตรวจเค้าแล้วไม่ส่งกลับประเทศ ก็หมายความว่า เค้าไม่ติดเอดส์ อย่างนี้ต้องมีการสื่อสารกันดีๆ ต้องทำความเข้าใจว่าตอนนี้เขาเจาะซิฟิลิส เป็นกามโรค ไม่ได้เจาะหาเอดส์

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. วันที่ 27 กรกฎาคม 2549, สัมภาษณ์)

6.5 บทบาทขององค์กรประชาสังคมในการปกป้องสิทธิทางสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติ

องค์กรประชาสังคมที่มีบทบาทชัดเจนที่สามารถเข้าถึงและสร้างความไว้วางใจให้แรงงานข้ามชาติมากที่สุด คือ **มูลนิธิรักษ์ไทย** ทั้งในจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (ฟ้ามิตร) และองค์กรเอกชนจากประเทศแรงงานข้ามชาติ ในส่วนของบทบาทการช่วยเหลือแรงงาน ทางองค์กรก็ได้จัดตั้งศูนย์แรงงานข้ามชาติพร้อมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครซึ่งเป็นเสมือนตัวแทนองค์กรคอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่แรงงานที่มาใช้บริการ จัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้แรงงานได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ อาทิ ให้ความรู้เกี่ยวกับเอช ไอ วี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในรูปของแผ่นพับ หรือโปสเตอร์ วิดีโอ ซีดี มีการแจกถุงยางอนามัยฟรีโดยตั้งกล่องไว้ตามจุดต่าง ๆ ที่แรงงานสามารถหยิบใช้ได้อย่างสะดวก กิจกรรมและความรู้ในการวางแผนครอบครัว ศูนย์บางแห่งให้บริการและคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กโดยจัดเป็นกลุ่ม รวมถึงการผดุงครรภ์ และพัฒนาการในเด็กด้วย จัดบริการคลินิกเคลื่อนที่เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น

นอกจากนี้ยังเป็นที่ที่ให้แรงงานมาระบายความในใจเกี่ยวกับปัญหาสิทธิและสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกัน สำหรับการช่วยเหลือด้านโรคเอดส์ที่เป็นภารกิจสำคัญของมูลนิธิรักษ์ไทย ผู้อพยพที่ติดเชื้อเอช ไอ วี / เอดส์ ที่มาขอความช่วยเหลือ ทางมูลนิธิฯ จะดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือผู้อพยพที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยจัดบ้านพักชั่วคราวให้ รวมถึงให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์ สำหรับแรงงานที่เจ็บป่วยและต้องการกลับภูมิลำเนา แต่ไม่มีค่าใช้จ่ายก็จะได้รับการดูแลและตลอดจนจัดหารถรับส่งถึงชายแดนได้โดยปลอดภัย ส่วนบทบาทความร่วมมือกับหน่วยงานรัฐทั้งฝ่ายแรงงานและสาธารณสุขก็มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกัน ทำหน้าที่จัดหาล่ามเพื่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่รัฐไทย พร้อมทั้งร่วมกิจกรรมเชิงรุกเข้าไปให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับด้านสิทธิแรงงานและสาธารณสุขด้วย

องค์กรเอกชนที่มีบทบาทสำคัญอีกองค์กรหนึ่ง คือ **เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติ** (Labor Rights Promotion Network) เป็นองค์กรด้านแรงงานในจังหวัดสมุทรสาครที่ทำหน้าส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแรงงานครอบครัว คุ้มครองสิทธิ ความเสมอภาค การพึ่งตนเอง และประสานแนวทางให้แรงงานข้ามชาติใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนไทยอย่างสงบสุข โดยมีกิจกรรมที่รับผิดชอบ ได้แก่ ให้บริการปรึกษาด้านกฎหมายแก่แรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติที่ประสบปัญหา เช่น การช่วยเหลือลูกเรือประมงที่ได้รับความลำบาก เรียกร้องความเป็นธรรมให้กับลูกเรือที่ถูกนายจ้างเอาเปรียบ โดยร่วมกับสภาทนายความและคณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติด้านชนชาติผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น

ส่วนเด็กๆ ที่เป็นลูกของแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิและถูกนำไปใช้หาผลประโยชน์ได้มากที่สุด องค์กร LPN ก็ได้ให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาระบบโรงเรียน โดยจัดการเรียนการสอนขึ้นที่โรงเรียนวัดศิริมงคล อำเภอเมืองสมุทรสาคร ให้เด็กลูกแรงงานข้ามชาติเรียนร่วมกับเด็กนักเรียนไทยในชุมชน มีนักเรียนลูกแรงงานข้ามชาติกว่า 150 คน ที่ได้เข้ามาจะได้เรียนรู้ภาษาไทย และภาษาท้องถิ่นของเด็กต่างชาติ ตลอดจนพัฒนาทักษะชีวิต ได้รับการสนับสนุนจาก **องค์การแรงงานระหว่างประเทศ** (ILO) และองค์กร Save the Children ของประเทศอังกฤษ นอกจากดูแลแรงงานข้ามชาติในด้านแรงงานแล้ว ยังทำหน้าที่นำพาแรงงานข้ามชาติที่ได้รับผลกระทบจากการทำงาน รวมทั้งเด็กที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่เจ็บป่วย ไปรักษาตามโรงพยาบาลด้วย

ส่วน**องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน** (IOM: International Organization of Migration ที่มีสำนักงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร ก็ได้ร่วมสนับสนุนให้จัดกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ต่อแรงงาน เช่น สนับสนุนให้โรงพยาบาลมีศูนย์ที่จัดตั้งเพื่ออำนวยความสะดวกแรงงานข้ามชาติในการมาใช้บริการ ร่วมสนับสนุนให้มีการจ้างล่ามในสถานพยาบาล และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าว และอื่นๆ

6.6 สรุปข้อค้นพบ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

6.6.1 สถานการณ์การใช้แรงงานข้ามชาติ

มีความชัดเจนว่า จังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการมีความจำเป็นในการนำแรงงานข้ามชาติมาใช้งานในกิจการที่คนไทยไม่ต้องการทำงานประเภทสกปรก เสี่ยงอันตราย รายได้ต่ำ ซึ่งนับวันความต้องการแรงงานในกิจการประเภทนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลมาจากทั้งการเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจในระดับประเทศ และในระดับจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรสาคร ได้มีแผนการพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดแบบบูรณาการ โดยมีวิสัยทัศน์ของจังหวัดสมุทรสาคร คือ “เป็นศูนย์กลางการผลิตอาหารทะเลเพื่อความเป็นหนึ่งในฐานะครัวของโลก” (พรพรรณ และคณะ,2549) ดังนั้น แรงงานในกิจการประเภทประมง และอุตสาหกรรมต่อเนื่องประมงจึงมีความจำเป็นต้องใช้กำลังแรงงานค่อนข้างสูง ขณะที่สถานการณ์แรงงานปัจจุบัน คือ คนไทยต้องการเป็นผู้ประกอบการมากกว่าที่จะเป็นแรงงานเสียเอง และแรงงานไทยได้หันไปประกอบอาชีพอื่นที่ให้ผลตอบแทนดีกว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่จึงต้องหันมาใช้แรงงานข้ามชาติแทน

แต่กลไกการรับแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานระยะยาว กลับเป็นการแก้ปัญหาเป็นรายปีในแต่ละปีจะเห็นได้ว่ามีแรงงานมาขอรับใบอนุญาตทำงานและทำบัตรประกันสุขภาพลดน้อยลง เนื่องจากเหตุผลทั้งตัวนายจ้างและแรงงานข้ามชาติเอง นั่นส่งผลทำให้ขาดทิศทางและการวางแผนนำแรงงานข้ามชาติมาใช้ เกิดปัญหาแรงงานย้ายงานบ่อย เปลี่ยนนายจ้างบ่อย นายจ้างกลัวแรงงานหนี ไม่นำแรงงานขึ้นทะเบียน ไม่ให้ความสำคัญในการนำแรงงานข้ามชาติได้รับใบอนุญาตทำงานถูกกฎหมาย จนนำไปสู่การเอาเปรียบแรงงาน

ขณะที่หน่วยงานการปกครองต้องคอยควบคุมแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน คอยตรวจสอบสถานประกอบการที่จ้างแรงงานผิดกฎหมาย ซึ่งเสียทั้งงบประมาณ กำลังคน และเวลา ทั้งๆ ที่รู้ว่าไม่สามารถปราบปรามได้หมด จนนำไปสู่การคอร์รัปชั่น หรือการจ่ายเงินนอกระบบเพื่อแรงงานและนายจ้างจะเลี่ยงการถูกเอาผิด ในการดำเนินงานของพื้นที่ทั้งจังหวัดสมุทรสาคร และสมุทรปราการ หน่วยงานรัฐก็ได้พยายามรณรงค์ให้นายจ้างและผู้ประกอบการนำแรงงานที่อยู่ในความครอบครอง มาจดทะเบียนแรงงานให้ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ก็ไม่สามารถนำแรงงานทั้งหมดเข้าสู่ระบบได้ นายจ้างเองก็ได้อ้างความไม่ชัดเจนของนโยบาย มาเป็นเหตุผลในการไม่ส่งแรงงานข้ามชาติขึ้นทะเบียนแรงงาน

1) ควรบังคับใช้กฎหมายกับนายจ้างหรือสถานประกอบการที่ใช้แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มากกว่าเอาผิดแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารขึ้นทะเบียน

2) รัฐควรมีหน่วยงานดูแลแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ถูกเลิกจ้าง ไม่มีเงินค่าธรรมเนียม หรือนายจ้างไม่ยอมให้ขึ้นทะเบียน โดยการรับแจ้งความจำนงของแรงงานข้ามชาติที่ต้องการทำงาน และช่วยประกาศหานายจ้างที่มีความประสงค์รับแรงงานข้ามชาติให้

3) การยอมรับว่าแรงงานข้ามชาติมีส่วนทำให้เศรษฐกิจกิจของไทยเจริญเติบโต ดังนั้น จึงให้มีการขยายเวลาการทำงานแรงงานข้ามชาติ โดยไม่ต้องต่ออายุการทำงานทุกปี ซึ่งอาจขยายเป็น 2 ปี ต่อการขอต่อใบอนุญาตทำงาน 1 ครั้ง (ขอต่อใบอนุญาตทำงาน 1 ปี เสียค่าธรรมเนียมอัตราหนึ่ง ขอต่อใบอนุญาตทำงาน 2 ปี เสียค่าธรรมเนียมอีกอัตราหนึ่ง) ซึ่งเป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ

4) การที่แรงงานข้ามชาติอยู่ในเมืองไทยนาน มีประสบการณ์ทำงานมาก และสามารถปรับตัวกับสภาพการทำงานและสังคมได้แล้ว ย่อมเป็นผลดีต่อผลผลิตทางเศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น (เช่น แรงงานทำงานได้เพิ่มมากขึ้น สื่อสารภาษาได้มากขึ้น ภาวะสุขภาพอนามัยของแรงงานดีขึ้น) นายจ้างจึงควรรักษาแรงงานเหล่านี้ไว้ให้คงที่ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ หรือตอบแทนผลประโยชน์ให้แรงงานตามความเหมาะสม เพื่อให้แรงงานไม่เปลี่ยนนายจ้างบ่อย จะเป็นการช่วยลดการลักลอบเข้ามาทำงานเพิ่มมากขึ้น เมื่อไม่มีตำแหน่งว่างในไทย แรงงานเข้ามาแล้วไม่มีงานทำจะถูกผลักไปจังหวัดที่ขาดแคลนแรงงานหรือกลับประเทศไป

5) ค่าธรรมเนียมการขอรับใบอนุญาตทำงานเป็นภาระค่อนข้างสูงของโรงงานหรือสถานประกอบการที่ต้องใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก แรงงานบางคนมีบัตรอนุญาตทำงาน บางคนอาจไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน เหล่านี้ปะปนกันอยู่ ดังนั้น ควรมีการลดค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ เช่น แรงงานต่ำกว่า 10 คน คิดอัตราหนึ่ง แรงงานจำนวน 11-20 คน คิดอีกอัตราหนึ่ง หรือ แรงงาน 100 คน ขึ้นไป คิดอีกอัตราหนึ่ง โดยที่ใช้แรงงานจำนวนมากอัตราค่าธรรมเนียมลดลง หรือให้นายจ้างผ่อนค่าธรรมเนียมเป็นรายเดือน หรือคิดอัตราค่าธรรมเนียมกิจการแต่ละประเภทในอัตราที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับค่าจ้างแรงงาน หรือรายได้ของแรงงาน เป็นต้น

6) ควรมีการให้มาตรฐานรับรองสถานประกอบการจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการ หรือกระทรวงอุตสาหกรรม ว่าได้ผ่านการตรวจสอบการใช้แรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย และให้งบประมาณ (ที่จัดเก็บจากค่าธรรมเนียม) แก่สถานประกอบการจำนวนหนึ่ง ใช้สำหรับปรับปรุงสภาพการทำงานในสถานประกอบการรวมทั้งที่อยู่อาศัยของแรงงาน

6.6.2 สถานการณ์สาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานสำหรับมาตรการดูแลทางด้านการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ขายบัตรประกันสุขภาพ โดยภาพรวมของทั้งสองจังหวัด พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติน้อยกว่า รายได้ที่ได้จากการจัดเก็บค่าบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น จึงมีงบประมาณเหลือในการนำไปสนับสนุนการรักษาเด็กและผู้สูงอายุ และแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่เข้ามาในสถานพยาบาลได้ และสามารถนำเงินส่วนที่เหลือนี้นำจัดจ้างล่าม หรือพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ เพื่อมาทำหน้าที่สื่อสารและให้การรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติเบื้องต้นได้ นอกจากนี้ยังสามารถยังนำเงินส่วนนี้มาสนับสนุนในการจัดฝ่ายหรือหน่วยงานที่ดูแลแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นจัดเก็บข้อมูลแรงงานที่เข้ามาใช้บริการ ทำป้ายเป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติตามเคาน์เตอร์ ห้องตรวจโรค หรือเตียงนอนผู้ป่วย เพื่อให้แรงงานข้ามชาติได้รับความสะดวกและลดความกลัวในการมาโรงพยาบาล

สำหรับมาตรการการป้องกันควบคุมโรค และส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าว ความสำเร็จของมาตรการขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการเงินจำนวน 206 บาท ให้มีประสิทธิภาพ สำหรับปี 2549 ในกรณีของอำเภอเมืองสมุทรสาคร ที่มีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่ร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ โรงพยาบาลสมุทรสาครและโรงพยาบาลศรีวิชัย 5 มีการบริการจัดการเงินดังกล่าว คือ จัดสรรให้ทาง สสจ. 30 บาท ให้โรงพยาบาลสมุทรสาคร 96 บาท และให้โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 เป็นเงิน 80 บาท เป็นการจัดสรรเงินไว้ให้กับสถานพยาบาลเก็บไว้เอง ต่างจากที่ระบุไว้ในหลักเกณฑ์การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0409.3/4976 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548 ระบุไว้ในข้อ 5 ว่า ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมการแพทย์นำเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนไปใช้จ่ายได้เฉพาะเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ การบริหารจัดการในลักษณะดังกล่าวของพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครนั้นก็เพื่อลดความล่าช้า และลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ในการนำการเบิกจ่ายงบประมาณส่วนนี้มาใช้ข้อดีของการบริหารจัดการเงินส่วนนี้คือ เงินนี้จะเก็บไว้ที่สถานพยาบาลโดยตรง เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคระบาด หรือต้องฉีดวัคซีน ฯลฯ ทางสถานพยาบาลสามารถนำเงินนี้มาใช้จ่ายในการออกพื้นที่ได้ทันที

สำหรับสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะกล่าวถึงเฉพาะการปรับเปลี่ยนนโยบายของหน่วยงานรัฐเพื่อตอบสนองกับสถานการณ์ปัญหา กล่าวคือ ในด้านการวางแผนครอบครัว ทางหน่วยงานสาธารณสุขก็ได้สนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติมีการวางแผนครอบครัว ทำงานเชิงรุกโดยเข้าไปถึงในสถานประกอบการ โรงงาน หรือชุมชนแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้ความรู้ทางด้านการคุมกำเนิด มีการฉีดยาคุม แจกถุงยางอนามัยส่วนในรายที่พร้อมตั้งครรภ์ มีการแนะนำให้ไปคลินิกฝากครรภ์ สำหรับแม่ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าโครงการลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่นเดียวกับคนไทย

ในเรื่องการออกใบรับรองการเกิด ทางโรงพยาบาลที่ทำคลอดเด็กทำหน้าที่การออกใบรับรองการเกิดและส่งต่อให้ทางฝ่ายปกครองออกเอกสารให้ โดยแจ้งให้พ่อแม่ไปรับในภายหลัง สำหรับในรายที่คลอดที่บ้าน บางคนจะตระหนักถึงความสำคัญของการแจ้งเกิด พ่อแม่จะนำเด็กมาให้ทางโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยออกใบรับรองการเกิดให้และไปแจ้งที่ฝ่ายทะเบียนและบัตรของอำเภอหรือเทศบาลต่อไป

ในด้านสถานการณ์เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ยังคงเป็นปัญหาในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา การรักษา จากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และในปัจจุบันคลินิกกามโรคที่เคยเป็นแหล่งเก็บรวมรวมข้อมูล และที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ป่วยจากโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หมดบทบาทลงไป กลายเป็นบทบาทหน้าที่ของทางสถานพยาบาลซึ่งก็ยังคงมีปัญหาที่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่กล้าเข้ามารักษาพยาบาล และทางโรงพยาบาลเองก็ต้องเริ่มต้นปรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ให้บริการรักษาที่ครอบคลุมทุกโรค และจัดเตรียมสถานที่เพื่อให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการด้วยความสะดวกใจ และจัดหาล่าม หรือ พสต. เพื่อให้คำปรึกษาและเก็บความลับได้ ในช่วงรอยต่อการปรับเปลี่ยนนี้ องค์กรเอกชนที่ทำประเด็นด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติจึงต้องมีบทบาทมากขึ้นในทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สถานการณ์ด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันคลี่คลายลง แต่สามารถทำได้ในระดับให้ความรู้ ความเข้าใจในระดับหนึ่ง เท่านั้น ในด้านการเปลี่ยนทัศนคติและปรับพฤติกรรมยังคงต้องมีการจับตาดูและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) เพื่อสนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติทุกเพศทุกวัย ได้เข้าถึงบริการรักษาสุขภาพด้วยความเต็มใจ ในการซื้อบัตรประกันสุขภาพควรมีปรับลดราคาให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อได้ง่ายขึ้น รายละเอียดของสิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับการราคาบัตรประกันสุขภาพ สำหรับในรายที่อยู่พร้อมหน้าครอบครัวควรมีการขายบัตรประกันสุขภาพในราคาถูกแบบเหมาจ่ายเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ใช้บริการรักษาสุขภาพ หรือขยายสิทธิประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้ประกันตนรวมถึงคู่สมรสและบุตร (โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม)

2) การมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองการใช้ชีวิตของแรงงานข้ามชาติ หรือเป็นทางเลือกให้กับนายจ้างพาแรงงานข้ามชาติมาสถานพยาบาลได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอคิวนาน ควรเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชน ที่มีความพร้อมและไม่แสวงหาผลกำไร เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยสามารถใช้จุดแข็งการบริหารจัดการของภาคเอกชนมา ใช้คือ สะดวก รวดเร็ว มีช่องทางพิเศษสำหรับแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะ และแรงงานสามารถเข้ามาโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา ไม่ว่าช่วงเย็น ค่ำ หรือแม้แต่วันเสาร์-อาทิตย์ หรือวันหยุดราชการ ซึ่งเป็นช่วงสะดวกที่แรงงานสามารถละจากการงานมาโรงพยาบาลได้ การพิจารณาอนุญาตโรงพยาบาลเอกชนให้เข้าร่วมโครงการ ให้สำรวจจากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้าไปใช้บริการว่าเป็นที่นิยม หรือมีมากน้อยเพียงไร

3) การออกบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานข้ามชาติสามารถใช้ในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการให้สถานพยาบาลเกิดการแข่งขัน และเป็นทางเลือกให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายที่สุด โดยไม่มองว่าเป็นการแย่งหน้าที่กัน

4) แรงงานข้ามชาติหลายคนถูกนายจ้างยึดบัตรประกันสุขภาพ ทำให้ถูกตัดสิทธิในการรักษาพยาบาล หรือบางคนถูกสวมรอยนำบัตรไปใช้ สถานพยาบาลควรมีการทำฐานข้อมูลประวัติแรงงานข้ามชาติให้ละเอียด เช่น สแกนลายนิ้วมือ บันทึกภาพ หรือขอรูปถ่ายเก็บไว้ และพัฒนาให้เป็นระบบช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรมาทำการรักษาตัวที่โรงพยาบาล หากไม่มีหลักฐานหรือบัตรประกันสุขภาพมาแสดง ก็สามารถได้รับการรักษา

5) ควรจัดสรรเงินค่าประกันสุขภาพมาเป็นกองทุนดูแลแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตร และมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคเรื้อรัง หรือ เอดส์

6) ควรจัดอบรมเจ้าหน้าที่รัฐให้มีความรู้ภาษาของแรงงานข้ามชาติ เช่น ภาษาพม่า หรือทำคู่มือการสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ

7) ควรจัดอบรมแรงงานที่เป็นหมอตำแยให้มีความรู้เรื่องการทำคลอดให้ปลอดภัย เพื่อลดปัญหาการตกเลือด การแท้ง และสนับสนุนให้หมอตำแยช่วยเก็บข้อมูลให้

8) ฝึกอบรมอาสาสมัคแรงงานข้ามชาติให้ช่วยเก็บข้อมูล เช่น ผู้หญิงที่คลอดเองที่บ้าน ผู้หญิงที่แท้ง ผู้ที่มีอาการน่าสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อ นโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล. 2549. โรคเท้าช้างที่อาจกลับเป็นปัญหาของประเทศไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร* ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2549.

ธิติกมล สุขเย็น. 2547. 'แรงงานต่างด้าว' เรื่องของชาวไทย. *กรุงเทพธุรกิจ.* 30 ธันวาคม 2547.

ณัฐพล รักชาติ. 2548. ปัญหาอุปสรรคในการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2548 กรณีศึกษาเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ. สมุทรปราการ : สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ.

แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2548–2551) จังหวัดสมุทรสาคร. 2548. เอกสารจาก www.samutsakhon.go.th ดาวน์โหลดเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549.

พรพรรณ วานิชกร และคณะ. 2549. *การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพสินค้าทะเลแปรรูปในสถานประกอบการแปรรูปเบื้องต้น(ล้ง) จังหวัดสมุทรสาคร ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดแบบ บูรณาการ.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.

มณเฑียร อินทะเกตุ. 2548. 'แรงงานต่างด้าว' ล้น กำนัน– ผู้ใหญ่บ้าน หวั่น พม่ายึดเมือง. *คมชัดลึก,*1 สิงหาคม 2549. หน้า 3.

มอมอ ศอ และบรามห์ เพรส, 2549. พฤติกรรมเสี่ยงและทัศนคติของแรงงานข้ามชาติหญิงในมหาชัย. วันแรงงานย้ายถิ่นสากล 2006 แรงงานข้ามชาติกับเอชไอวี : ความจำเป็นในการได้รับบริการ. *จดหมายข่าวโครงการฟ้ามิตร* (กันยายน– ธันวาคม 2549)

ยุทธศาสตร์จังหวัดสมุทรปราการ. 2548. จาก www.samutprakarn.go.th ดาวน์โหลดเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549.

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ. 2548. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2548.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ. 2547. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ. 2549. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2549.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. 2548. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2548.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. 2547. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. 2549. *แบบรายงานความต้องการการจ้างงานแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควตา) การออกใบอนุญาตทำงาน และการต่อใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2549.* (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2548. แนวทางการดำเนินงานระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว ปี 2548–2549 เฉพาะจังหวัดนำร่องภายใต้โครงการฟ้ามิตร (PHAMIT).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. *สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2547*

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548. *สมุดสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2548*

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547. รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2547.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2548. รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2548.

องค์การ PATH. 2547. การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: ความท้าทายของระบบสุขภาพไทย . เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่อง "มองอนาคตแรงงานต่างด้าว ในประเทศไทย" วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ณ. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

องค์การ PATH. 2548. *มิใช่เพียงภาระหน้าที่ "บันทึกประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ.* พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด. หน้า 24.

องค์การ PATH. 2548. รายงานการทำประชาพิจารณ์ เรื่อง *นโยบายการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ ตามมติ คณะรัฐมนตรี วันที่ 20 ธันวาคม 2548.* เอกสารดาวน์โหลดจาก www.phamit.org.

Brahm Press. 2004. Untangling Vulnerability, A study on HIV/AIDS Prevention Programming for Migrant Fisherman and Related Populations in Thailand. Available from. www.phamit.org [2006, November 15].

สัมภาษณ์

กรรมการหอการค้าจังหวัดสมุทรสาคร, สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2549.

เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 16 สิงหาคม 2549.

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร, สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2549.

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีวิชัย 5, สัมภาษณ์, 28 พฤศจิกายน 2549.

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย อำเภอคลองด่าน จังหวัดสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 16 สิงหาคม 2549.

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 27 มิถุนายน 2549.

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2549.

เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 27 กรกฎาคม 2549.

เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร, สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2549.

อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติกัมพูชา มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดสมุทรปราการ, สัมภาษณ์, 16 สิงหาคม 2549.

แรงงานข้ามชาติชาย/หญิง 10 คน ชุมชนคลองด่าน ตำบลบางบ่อ อำเภอคลองด่าน จังหวัดสมุทรปราการ, ประชุมกลุ่มย่อย , 16 สิงหาคม 2549.

7

กรณีศึกษา

จังหวัดพังงาและภูเก็ต

■ กุลภา วจนสาระ

■ ในท่ามกลางความเห็นขัดแย้งของคนในสังคมต่อเรื่องแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เห็นว่าแรงงานเหล่านี้เป็นองค์ประกอบอันจำเป็นต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจไทยในหลายระดับการจ้างงาน และทั้งที่เห็นว่าแรงงานต่างชาติต่างภาษาต่างวัฒนธรรมเหล่านี้เป็น "คนนอก" อันนำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นอาชญากรรม หรือโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่ตกเป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลชีวิตของผู้คนเหล่านี้ให้ดำเนินไปสู่วิถีที่คิดว่าควรจะเป็น หรือกระทั่งทัศนะที่มองว่าการทะลักเข้ามาของแรงงานคนนอกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สั่นคลอนความมั่นคงของประเทศก็ตาม หนึ่งในคำถามสำคัญที่สังคมไทยควรข้ามผ่านทัศนะขัดแย้งข้างต้นไปให้ถึงก็คือ ในฐานะที่เป็นประเทศปลายทางของแรงงานเหล่านี้ เราจะมีแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการระยะยาวในการจัดการกับปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างไร นอกเหนือจากการกำหนดแนวทางการจดทะเบียนแรงงาน การตรวจสุขภาพแรงงานตามมติครม.เมื่อถึงกำหนดเวลา ประหนึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ารายปี ■

7
กรณีศึกษา
จังหวัดพังงาและภูเก็ต

■ กุลภา วจนสาระ

7.1 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและการจ้างแรงงานข้ามชาติ

พังงาเป็นจังหวัดอยู่ในเขตภาคใต้ตอนบนฝั่งตะวันตก ซึ่งอยู่ระหว่างจังหวัดระนองและจังหวัดภูเก็ต มีชายฝั่งทะเลยาวถึง 239.5 กิโลเมตร มีเกาะน้อยใหญ่อีก 105 เกาะ สภาพพื้นที่แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นบริเวณภูเขาและที่สูง บริเวณที่ราบชายฝั่งทะเล และบริเวณที่เป็นเกาะ ลักษณะของชุมชนในจังหวัดพังงาแบ่งออกเป็น 2 ชุมชนซึ่งเป็นเทศบาลเมืองคือ ในส่วนที่ใกล้อำเภอเมือง และส่วนที่ใกล้กับอำเภอตะกั่วป่า เศรษฐกิจหลักของพังงาคือภาคเกษตรกรรม โดยเฉพาะยางพารา ปาล์มน้ำมัน ไม้ผล นอกจากนี้ได้แก่การประมง และการท่องเที่ยว

ส่วนภูเก็ต เป็นเกาะที่ตั้งอยู่ในทะเลอันดามัน มีระยะทางห่างจากกรุงเทพฯ 867 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดพังงา พื้นที่ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 เป็นภูเขา และอีกประมาณร้อยละ 30 เป็นพื้นที่ราบอยู่ตอนกลางและตะวันออกของเกาะ ลักษณะพื้นที่ชายฝั่งทะเลด้านตะวันออกเป็นดินเลน และป่าชายเลน ขณะที่ชายฝั่งทะเลด้านตะวันตก เป็นภูเขาและหาดทรายที่สวยงาม ภูเก็ตประกอบด้วยเกาะบริวาร 39 เกาะ พื้นที่ของภูเก็ตมีประมาณ 543 ตารางกิโลเมตร ส่วนยาวที่สุดวัดจากเหนือจดใต้ 48 กิโลเมตร และส่วนกว้างที่สุด 21 กิโลเมตร (สำนักงานจังหวัดภูเก็ต 2548)

พังงาและภูเก็ตเป็นสองจังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามันที่มีอาณาเขตติดต่อกันของภาคใต้ ซึ่งมีความสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเพื่อการท่องเที่ยว ซึ่งดึงดูดนักท่องเที่ยวจากทั้งในประเทศและต่างประเทศในแต่ละปีเป็นจำนวนไม่น้อย ดังที่ทั้งสองจังหวัดตั้งวิสัยทัศน์และกำหนดยุทธศาสตร์ของจังหวัดไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ การผลักดันให้เป็นเมืองท่องเที่ยว โดยวิสัยทัศน์ของภูเก็ตคือการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางทะเลระดับโลก มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีเอกลักษณ์วัฒนธรรม และมีการพัฒนาที่ยั่งยืน ขณะที่วิสัยทัศน์ของพังงาเองก็วางไว้ว่าเป็นเมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศชั้นนำของโลก และแหล่งเกษตรกรรมก้าวหน้าฝั่งทะเลอันดามัน โดยทางจังหวัดได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ และพัฒนาเกษตรกรรมด้วยการส่งเสริมการตลาดมากกว่าการผลิต

นอกจากนี้ ทั้งสองจังหวัดยังอยู่ในกลุ่มจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน อันประกอบด้วย ภูเก็ต พังงา และกระบี่ ซึ่งเป็นผลของนโยบายจังหวัดทดลองแบบบูรณาการเพื่อการพัฒนา ตั้งแต่สมัยรัฐบาลทักษิณ ที่ปรับให้จังหวัดมีฐานะเสมือนหน่วยธุรกิจเชิงยุทธศาสตร์ และปรับเปลี่ยนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าฯ ให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด

กลุ่มจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามันจึงกำหนดเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวทางทะเลระดับโลก เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีรายได้จากการท่องเที่ยวค่อนข้างสูงทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมพื้นที่เพื่อรองรับประตูเชื่อมโยงเศรษฐกิจเอเชียใต้ และเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตภาคเกษตร อุตสาหกรรม และการประมงที่เชื่อมโยงกับทรัพยากรในท้องถิ่น ทั้งปาล์มน้ำมัน ยางพารา และการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำชายฝั่ง เพื่อพัฒนาเป็นศูนย์กลางการค้าประมงน้ำลึกฝั่งอันดามันในอนาคต (http://www.phuket.go.th/data/CEO/Strategy/phuket_andaman.files/frame.htm)

จากการกำหนดทิศทางของการพัฒนาจังหวัดไว้ข้างต้น และเมื่อพิจารณาตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัดของพังงาและภูเก็ตแล้ว จะเห็นได้ว่าลักษณะทางเศรษฐกิจของทั้งสองจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ อาศัยข้อมูลตัวเลขในปี 2548 สำหรับจังหวัดพังงานั้นเศรษฐกิจภายในจังหวัดมูลค่ากว่าครึ่งหนึ่งขับเคลื่อนไปด้วยภาคเกษตรกรรม โดยเฉพาะในส่วนของการเกษตร ล่าสัตว์ และป่าไม้ที่ยังคงมีสัดส่วนถึง 80% พืชเศรษฐกิจที่สำคัญของพังงา คือ ยางพารา รองลงมาคือ ปาล์มน้ำมัน ที่ยังคงมีการขยายพื้นที่การปลูกและผลผลิตเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงการประมง ซึ่งมีสัดส่วนประมาณ 20% ของมูลค่าผลิตภัณฑ์ในภาคเกษตรกรรม นอกจากนี้ตัวเลขจากการผลิตอุตสาหกรรมในพังงามีมูลค่าคิดเป็น 5% ของ GPP และธุรกิจโรงแรมและภัตตาคารก็มีสัดส่วนเพียง 4% ของ GPP เท่านั้น

โรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดพังงานั้นมีขนาดเล็ก เงินลงทุนไม่เกิน 10 ล้านบาท ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในอำเภอตะกั่วป่า อำเภอท้ายเหมือง โรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญต่อเศรษฐกิจของจังหวัด ได้แก่ โรงงานผลิตไม้อัดและปาร์ติเกิ้ลบอร์ด โรงงานแปรรูปอัดน้ำยาและอบไม้ยางพารา โรงงานผลิตผลิตภัณฑ์คอนกรีตชนิดต่าง ๆ (สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดพังงา 2548) อย่างไรก็ดี ในส่วนของธุรกิจโรงแรมและที่พักของจังหวัดพังงานั้นกำลังมีการฟื้นฟูขยายตัวหลังจากประสบเหตุภัยพิบัติสึนามิ โดยเฉพาะในบริเวณตำบลเขาหลัก

ขณะที่ในปีเดียวกันนั้น ตัวเลขของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดภูเก็ตมีสัดส่วนของภาคเกษตรกรรมไม่ถึง 10% แต่เมื่อพิจารณาตัวเลขในภาคเกษตรกรรมแล้ว พบว่ามูลค่าผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการประมงมีสัดส่วนสูงกว่าการเกษตร ล่าสัตว์ และป่าไม้มาก (63% เทียบกับ 37%) โดยมูลค่าของ GPP ในจังหวัดภูเก็ตส่วนใหญ่ได้มาจากภาคนอกเกษตรกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากกิจการโรงแรมและภัตตาคาร ซึ่งมีสัดส่วนต่อ GPP ถึง 52% กล่าวได้ว่าการท่องเที่ยวและธุรกิจบริการเป็นภาคส่วนสำคัญที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ต จนมีมูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อคนสูงถึง 190,365 บาท

ตารางที่ 7.1 มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดพังงาและภูเก็ต พ.ศ.2546-2548

(หน่วย: ล้านบาท)

	จังหวัดพังงา			จังหวัดภูเก็ต		
	2546	2547	2548	2546	2547	2548
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Product-GPP)	18,640	21,735	22,482	46,055	54,845	55,650
ภาคเกษตรกรรม	9,975	11,608	11,723	4,330	4,609	4,539
สัดส่วนต่อ GPP	*53.5*	*53.4*	*52.1*	*9.4*	*8.4*	*8.2*
ภาคอื่น ๆ นอกเหนือจากเกษตรกรรม	8,665	10,127	10,759	41,724	50,236	51,111
สัดส่วนต่อ GPP	*46.5*	*46.6*	*47.9*	*90.6*	*91.6*	*91.8*
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากร (บาท)	78,716	92,106	95,042	166,279	192,588	190,365

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549.)

การพัฒนาจังหวัดไปในทิศทางที่เน้นภาคอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของทั้งสองจังหวัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสังคมและวิถีชีวิตของคนในจังหวัดอย่างสำคัญ การเติบโตของธุรกิจการท่องเที่ยวและการขยายธุรกิจบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวทำให้ภาคการจ้างงานอื่น ๆ ลดขนาดลง โดยเฉพาะภาคการเกษตร

และประมง ซึ่งเคยเป็นวิถีการผลิตและบริโภคที่สำคัญของจังหวัด สำหรับจังหวัดพังงาแม้ว่าภาคเกษตรกรรมจะยังคงเป็นภาคกิจการหลักของผลิตภัณฑ์มวลรวม แต่อาจกล่าวได้ว่างานในภาคเกษตรปัจจุบันนี้ที่สร้างผลผลิตให้แก่ประเทศจำนวนไม่น้อย ต้องอาศัยแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน เนื่องจากแรงงานชาวไทยในท้องถิ่นหลั่งไหลออกไปสู่ภาคธุรกิจท่องเที่ยวและบริการใหญ่ ๆ ทิ้งเรือกสวนไร่นาและงานใช้แรงอื่น ๆ ไว้ให้กับแรงงานข้ามชาติ แม้ว่าปัจจุบัน รายได้จากภาคเกษตรกรรม โดยเฉพาะยางพาราจะได้ราคาสูงก็ตาม (ราคายางแผ่นดิบคุณภาพ 3 ราคาเฉลี่ย 93.70 บาท/กก. น้ำยางดิบ 88.80 บาท/กก. (ราคา ณ วันที่ 5 มิถุนายน 2549)) สอดคล้องกับความเห็นของเจ้าหน้าที่จัดหางานจังหวัดและภาคธุรกิจเอกชนที่มองว่า ปัญหาขาดแคลนแรงงานในท้องถิ่นนั้น เป็นเพราะคนไทยมีอคติต่อการทำงานบางประเภท และไม่ยอมทำงานใช้แรงงานอีกต่อไป

> *อย่างพวกงานกรีดยาง แรงงานไทยมีแต่ไม่ทำ อยากไปทำงานที่มีเกียรติ หรูหรา แล้วที่นี่ (พังงา) ค่าครองชีพสูงนะ ค่าแรงขั้นต่ำ 155 บาท คนว่างงานที่มาจัดหางานส่วนใหญ่เขาอยากได้งานราชการ บริษัทเอกชนไม่ค่อยทำหรอก ถ้าจบประมาณ ม.3-ม.6 จะชอบทำงานโรงแรม เพราะได้ค่าทิปดี งานสบาย คนมักไปทำงานภูเก็ตกัน*
>
> (เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 29 พฤษภาคม 2549)

ในความเป็นจริงแล้ว แรงงานข้ามชาติมีการเดินทางเข้ามาทำงานในสองจังหวัดและจังหวัดภาคใต้อื่นๆ ก่อนหน้าที่ภาครัฐจะออกมาตรการทางกฎหมายมาบังคับใช้อย่างเป็นทางการ ตัวเลขของแรงงานข้ามชาติในปี 2547 เมื่อภาครัฐมีมติคณะรัฐมนตรีผ่อนผันให้นายจ้างสามารถนำแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองมาจดทะเบียนขออนุญาตทำงานในประเทศไทยได้ใน 2 ลักษณะงาน คืองานกรรมกรและงานรับใช้ในบ้าน รวม 11 ประเภทกิจการ พบว่า ในปี 2547 แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาจดทะเบียนอนุญาตทำงานนั้นมีสัดส่วนประมาณ 60-70% ของจำนวนโควต้าที่ได้รับการพิจารณาอนุญาต ขณะที่ตัวเลขในปี 2548 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาต่ออายุลดลงเหลือเพียง 30-40% ของจำนวนโควต้าเท่านั้น (ดูตาราง 7.2) ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการเปิดให้จดทะเบียนขออนุญาตทำงานรอบปกติของปี 2548 นั้นเกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์สึนามิไม่กี่เดือน กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ประสบภัยได้รับผลกระทบอย่างมากทั้งชีวิต ทรัพย์สินและสถานะการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการพิสูจน์สถานะเป็นแรงงานจดทะเบียนในประเทศไทย แต่ไม่สามารถสำรวจจำนวนที่แท้จริงได้ ขณะเดียวกันการฟื้นตัวของภาคการจ้างงานต่าง ๆ ทั้งประมง และการก่อสร้าง ซึ่งต้องการแรงงานจำนวนมากเกิดขึ้นในช่วงที่ปิดรับการจดทะเบียนไปแล้ว ทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านั้นมีสถานะเป็นแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียน

ตารางที่ 7.2 จำนวนนายจ้างและความต้องการแรงงานข้ามชาติ จังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2549

	จังหวัดพังงา			จังหวัดภูเก็ต		
	2547	2548	2549[1]	2547	2548	2549[2]
นายจ้างที่มาขอโควตา	4,896	4,429	264	3,474	3,522	519
ความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ	35,522	39,337	1,716	48,526	62,918	6,153
จำนวนโควตาที่ได้รับการพิจารณาอนุญาต	34,745	39,307	1,716	36,483	58,895	6,153
แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน	22,767	17,165	13,002	27,830	23,319	32,070

ที่มา: สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา. 2549. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย.-23 ส.ค. 2549). และ สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต. 2549. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา (ระหว่างวันที่ 1-30 มิ.ย. 2549).

หมายเหตุ: [1] ตัวเลขในปี 2549 ได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา วันที่ 30 สิงหาคม 2549.

[2] ตัวเลขในปี 2549 ได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต วันที่ 30 มิถุนายน 2549.

อย่างไรก็ดี จากการสำรวจเพื่อทำสมุดสุขภาพครอบครัว (family folder) ในเดือนมิถุนายน 2548 ของสถานีอนามัยใน 4 ชุมชนประมงที่มีโครงการร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration – IOM) นั้น พบตัวเลขที่น่าสนใจของจำนวนแรงงานข้ามชาติในชุมชนประมงว่า จำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งที่เป็นแรงงานจดทะเบียน ผู้ติดตาม และผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียนมีใบอนุญาตทำงานนั้น มีจำนวนสูงกว่าแรงงานที่จดทะเบียนถูกต้องถึง 2 เท่า ทั้ง ๆ ที่เป็นหน้ามรสุมและอยู่ในช่วงที่ผ่านเหตุการณ์สึนามิมาเพียง 6 เดือน ที่ยังซ่อมแซมเรือไม่เสร็จสมบูรณ์ จึงอาจกล่าวได้ว่าตัวเลขจริง ๆ น่าจะสูงกว่านี้ (จิรวัฒน์ 2549: 54) สอดคล้องกับการคาดประมาณของเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดที่กล่าวว่า ตัวเลขจริง ๆ ของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามในจังหวัดน่าจะสูงกว่าจำนวนแรงงานที่ไปจดทะเบียนประมาณ 1–3 เท่า

สำหรับการดำเนินการของภาครัฐในการกำหนดมาตรการเปลี่ยนสถานะของแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองให้เป็นผู้ที่สามารถทำงานได้นั้น ในแต่ละจังหวัดจะมีคณะอนุกรรมการพิจารณาการทำงานของคนต่างด้าว ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในจังหวัด เช่น แรงงานจังหวัด จัดหางานจังหวัด ประกันสังคมจังหวัด ผู้บังคับการกองตรวจคนเข้าเมือง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เกษตรจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด ประมงจังหวัด ฯลฯ และภาคเอกชน เช่น ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัด ประธานหอการค้าจังหวัด สำหรับจังหวัดภูเก็ตนั้นยังประกอบด้วยนายกสมาคมประมง ประธานชมรมธุรกิจก่อสร้าง และประธานชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต ซึ่งมีบทบาทในการเรียกร้องและต่อรองกับภาครัฐ โดยเฉพาะกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ เช่น กรณีที่คณะรัฐมนตรีกำหนดให้มีการวางเงินประกันแรงงานข้ามชาติในอัตรา 10,000 และ 50,000 บาท สำหรับแรงงานกลุ่มใหม่ที่ไม่เคยขึ้นทะเบียนมาก่อน อันนำไปสู่การไม่เห็นด้วยและชุมนุมประท้วงของชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต

> *ชมรมฯ ตั้งเมื่อ 6 ปีที่แล้ว เรียกว่าเป็นการรวมตัวของคนที่มีปัญหาในการใช้แรงงานต่างชาติ ก็ได้ สมาชิกก็ราวสองสามร้อยคน ตอนเขาเปิดให้จดทะเบียน ชมรมฯ ก็จะช่วยแจ้งรายละเอียด กฎเกณฑ์ในการจด รณรงค์ให้นายจ้างพาลูกจ้างต่างชาติไปจด รวมทั้งช่วยประสานงานให้ทั้งที่จัดหางาน และโรงพยาบาล แล้วก็ดูแลจัดการเรื่องร้องเรียนหากสมาชิกมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน เราเป็น ตัวตั้งตัวตีของจังหวัดภูเก็ต ทำม็อบเรื่องแรงงานต่างชาติตอนที่รัฐมีนโยบายให้ประกันตน 10,000 – 50,000 ซึ่งมีจดไปแค่ 100 กว่าคน เพราะเป็นไปไม่ได้ ผู้ประกอบการมีปัญหาไปทั่วประเทศ พอผู้ว่าฯบอกให้เอาแรงงานออกมาจด ตำรวจก็ออกมาจับระหว่างทาง แล้วเราก็ไม่สามารถกำหนดให้แรงงานอยู่กับที่ไม่เคลื่อนย้ายไปไหนได้ แล้วก็มีปัญหากับตำรวจบ้าง เพราะจับตลอด มีใบรอขึ้นทะเบียนก็จับ มีบัตรก็จับหาว่าเป็นบัตรปลอม ผู้ประกอบการส่วนใหญ่จะกลัวไม่กล้ามีปัญหากับเจ้าหน้าที่ ชมรมฯ ก็เข้าไปคุยกับผู้ว่าฯ เรียกตำรวจมาชี้แจง กว่าจะปล่อยออกมา งานการเราก็เสียหายหมด*
>
> (ประธานชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 31 สิงหาคม 2549)

ลักษณะของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงาและภูเก็ต

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในจังหวัดพังงาและภูเก็ตแทบทั้งหมด (99%) เป็นแรงงานจากประเทศพม่า มีแรงงานข้ามชาติจากประเทศลาวและกัมพูชาบ้างแต่เพียงจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสะดวกในการเดินทาง เนื่องจากแรงงานจากประเทศพม่า ทั้งชาติพันธุ์พม่าและมอญส่วนใหญ่เดินทางเข้าประเทศไทยทางจังหวัดระนอง ซึ่งเป็นเขตแดนติดต่อกับประเทศพม่า บางส่วนเดินทางเรือจากเกาะสองมาขึ้นฝั่งที่ อ.คุระบุรี หรือบ้านน้ำเค็ม จังหวัดพังงา ก่อนจะทำงานหรือเดินทางไปทำที่จังหวัดใกล้เคียง จากการสัมภาษณ์พบว่า แรงงานต่างชาติพันธุ์มักจะมีลักษณะการรับทำงานและการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน นั่นคือ แรงงานมอญมักจะทำงานในสวนยางพาราและอาศัยอยู่ในสวนที่ทำงาน ส่วนแรงงานพม่ามักจะทำประมง หรืองานก่อสร้าง ซึ่งมีความเป็นอยู่ลำบากกว่า ขณะเดียวกัน แรงงานข้ามชาติที่อาศัยและทำงานในโรงงาน (เช่น ห้องเย็น โรงงานไม้ยาง โรงงานแปรรูปผลผลิตอื่น ๆ) จะมีสภาพความเป็นอยู่ และสุขอนามัยค่อนข้างดีกว่ากลุ่มแรงงานที่ทำงานในสวนยางและงานประมง

ตารางที่ 7.3 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาจดทะเบียนในจังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2549 แยกตามประเทศต้นทาง

ปี	จังหวัดพังงา				จังหวัดภูเก็ต			
	จำนวน	ประเทศต้นทาง			จำนวน	ประเทศต้นทาง		
		พม่า	ลาว	กัมพูชา		พม่า	ลาว	กัมพูชา
2547	22,767	22,571	182	14	27,830	27,282	530	18
2548	17,165	17,089	74	2	23,319	23,115	198	6
2548 (2)	3,862	3,848	13	1	11,544	11,537	7	0
2549	13,002	12,949	52	1	32,070	31,982	82	6

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา และสำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต)

แรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงาส่วนใหญ่ (87% ในปี 2547 และ 83% ในปี 2548) ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมและประมงทะเล โดยเฉพาะงานในสวนยางพาราซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจสำคัญของจังหวัด ฟาร์มเลี้ยงสัตว์ต่าง ๆ รวมทั้งงานที่เกี่ยวเนื่องกับการเกษตรและอุตสาหกรรมประมงอื่น ๆ ที่แม้จะจดทะเบียนในลักษณะกิจการประเภทอื่น ๆ ก็ตาม แต่ก็เป็นภาคการผลิตที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรและต่อเนื่องประมง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 7.4 และ 7.5) ซึ่งสอดคล้องกับตัวเลขของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดที่ทั้งการเกษตรและประมงมีอิทธิพลสำคัญต่อเศรษฐกิจของพังงา และกล่าวได้ว่าแรงงานข้ามชาติทั้งชายและหญิงเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจในจังหวัดไม่น้อยทีเดียว

ตารางที่ 7.4 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในจังหวัดพังงา แยกตามภาคส่วนกิจการที่จ้างงานและเพศ ปี 2547-2549

กิจการจ้างงาน	2547		2548		2548 (2)		2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ประมง (ทะเล+น้ำจืด)	2,523	427	1,109	275	168	17	614	189
ต่อเนื่องประมง	283	187	216	152	37	99	227	82
เกษตรและปศุสัตว์	10,582	4,998	8,437	4,073	1,215	720	6,624	3,483
โรงอิฐ	1,278	477	884	368	18	6	58	28
โรงน้ำแข็ง	39	2	34	6	2	1	19	4
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	6	-	2	-	-	-	2	-
ก่อสร้าง	141	42	111	31	887	356	643	253
เหมืองแร่/เหมืองหิน	44	27	63	17	2	-	33	8
คนรับใช้ในบ้าน	102	381	103	237	15	66	49	103
อื่น ๆ	972	256	821	226	192	61	460	123
รวม	15,970	6,797	11,780	5,835	2,536	1,326	8,729	4,273

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา.)

ตารางที่ 7.5 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในกิจการประเภทอื่น ๆ จังหวัดพังงา ปี 2548 (เฉพาะ 5 ลำดับแรก)

กิจการประเภทอื่น ๆ	ชาย	หญิง
ซื้อไม้ยางพารา, โรงเลื่อย, โรงงานรมควันยาง, โรงกลึง	624	134
จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง, ผลิตคอนกรีต	103	40
เตาถ่าน	24	32
คาร์แคร์, อู่รถ, ขนส่งทางบก	12	7
มูลนิธิ	8	3

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา.)

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ในจังหวัดพังงาซึ่งเข้ามาทำงานในภาคเกษตร ปศุสัตว์ และประมงนั้น อาศัยอยู่ในอำเภอตะกั่วป่ามากที่สุด รองลงมาคือ อ.ท้ายเหมือง ตะกั่วทุ่ง และคุระบุรี อันเป็นพื้นที่ที่มีการทำประมงและสวนยางพาราหนาแน่น (รูปที่ 7.1 และ ตารางที่ 7.6)

รูปที่ 7.1 การกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงาแยกตามอำเภอ เมื่อพ.ศ. 2547

ตารางที่ 7.6 การกระจายแรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงา ปี 2547 แยกตามอำเภอและสัญชาติ

อำเภอ	พม่า	ลาว	กัมพูชา	รวม
เมืองพังงา	2,734	9	11	2,754
เกาะยาว	718	1	1	720
กะปง	2,377	1	–	2,378
ตะกั่วทุ่ง	5,218	98	1	5,317
ตะกั่วป่า	6,792	55	14	6,861
คุระบุรี	4,739	2	–	4,741
ทับปุด	1,178	2	3	1,183
ท้ายเหมือง	6,614	3	1	6,618

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลการสำรวจและรับรายงานตัวตามคำร้องขอจดทะเบียนคนต่างสัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 จังหวัดพังงา ระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2547. สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา.)

ขณะที่จังหวัดภูเก็ตมุ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาไปสู่การเป็นเมืองท่องเที่ยว ซึ่งต้องอาศัยธุรกิจบริการเป็นตัวขับเคลื่อนเศรษฐกิจที่สำคัญ ดังนั้นภาคการจ้างงานอื่น ๆ จึงประสบกับภาวะขาดแคลนแรงงานในประเทศ และต้องการแรงงานข้ามชาติสูง โดยเฉพาะในภาคกิจการก่อสร้าง เกษตรกรรม และประมง สำหรับงานประมงต่อเนื่องนั้น จะเห็นว่ามีแรงงานข้ามชาติทำงานอยู่ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะโรงงานแปรรูปอาหารทะเลในภูเก็ตเป็นโรงงานปลาประเภทที่มีมูลค่าสูง ส่วนโรงงานปลาป่น โรงงานปลากระป๋อง ซึ่งอาจก่อปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมนั้นไม่ได้รับอนุญาตให้ตั้งโรงงานในภูเก็ต เนื่องจากอยู่ในเขตควบคุมเรื่องสิ่งแวดล้อม มลพิษ เพื่อไม่ให้มีปัญหากระทบกับการท่องเที่ยว (เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 1 มิถุนายน 2549) รายละเอียดดังตารางที่ 7.7

ที่จริงภูเก็ตโดยพื้นฐานไม่ได้ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรมมากนัก อันดับหนึ่งเลยน่ะเป็นธุรกิจบริการ ซึ่งก็ใช้แรงงานระดับล่างน้อยมาก แล้วก็สวนยาง แต่นี่พอยางราคาดีก็เริ่มมีคนหันกลับมาทำเองมากขึ้นแล้ว ภาคที่ต้องการมากคือก่อสร้าง เพราะผู้ประกอบการไทยเรื่องมาก เขาต้องปฏิบัติตามระบบกฎหมายไทย อย่างเช่นต้องทำประกันสังคม เพราะฉะนั้นจ้างพวกพม่าง่ายกว่า ถูกกว่า จ่ายให้ตำรวจก็ยังถูกกว่า แต่ว่าภาคที่จำเป็นจริง ๆ คือ ประมง อันนี้ชัดเจนว่าคนไทยไม่ทำ ไม่มีพม่าไม่ได้เลย คนอิสานก็ไม่ทำ คนไทยทนความกดดันได้น้อย พม่าทำได้ดีกว่า ส่วนพวกที่ต่อเนื่องก็ไม่ค่อยจำเป็นเท่าไหร่ คัดปลาก็ใช้คนน้อยมาก โรงงานปลาป่นที่ส่งกลิ่นก็พยายามทยอยปิดให้ไปอยู่ทางอ่าวไทยหมดแล้ว ไม่ค่อยมีแล้วในภูเก็ต

(กรรมการหอการค้าจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 1 มิถุนายน 2549)

ตารางที่ 7.7 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในจังหวัดภูเก็ต แยกตามภาคส่วนกิจการที่จ้างงานและเพศ ปี 2547–2549

กิจการจ้างงาน	2547		2548		2548 (2)		2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ประมง (ทะเล+น้ำจืด)	1,588	126	700	152	450	144	530	101
ต่อเนื่องประมง	411	266	210	63	53	23	59	34
เกษตรและปศุสัตว์	1,860	793	1,189	549	253	107	1,470	670
โรงอิฐ	7	3	–	–	–	2	29	13
โรงน้ำแข็ง	70	10	26	21	16	14	7	–
ก่อสร้าง	11,978	5,448	10,939	5,369	6,301	2,958	8,726	4,506
เหมืองแร่/เหมืองหิน	–	–	4	2	–	–	2	1
คนรับใช้ในบ้าน	121	877	247	553	23	143	123	492
อื่น ๆ	2,653	1,619	2,041	1,254	529	528	2,373	1,390
รวม	**18,688**	**9,142**	**15,356**	**7,963**	**7,625**	**3,919**	**13,319**	**7,207**

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต.)

ขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการจดทะเบียนในกิจการประเภทอื่น ๆ แล้ว (ตาราง 7.8) พบว่าเป็นงานในลักษณะบริการเป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็น งานในร้านอาหาร ร้านค้าต่าง ๆ หรืองานในปั๊มน้ำมัน อู่ซ่อมรถ หรืองานบริการให้เช่าลักษณะต่าง ๆ ประเด็นที่น่าสนใจก็คือการจ้างงานในส่วนของสถานศึกษา/วัดวาอาราม/

มูลนิธินั้น จะเห็นว่าตัวเลขจำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนมีจำนวนสูงขึ้นมากในปี 2549 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติขององค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัดภูเก็ตนั้นมีความต้องการจ้างเจ้าหน้าที่ต่างชาติเข้ามาเป็นล่ามและอาสาสมัครมากขึ้น โดยเฉพาะชาวพม่าและลาว

ตารางที่ 7.8 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในกิจการประเภทอื่น ๆ จังหวัดภูเก็ต ปี 2547-2549

กิจการประเภทอื่น ๆ	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ร้านอาหาร, ค้าปลีก/ค้าส่ง/แผงลอยในตลาด, ร้านค้าที่มีเอกสารรับรองจากราชการ, ร้านค้าทั่วไป	2,119	1,333	1,618	1,001	1,847	1,139
ปั๊มน้ำมัน, อู่ซ่อมรถ, กิจการขนส่ง	107	64	111	63	204	62
อุตสาหกรรม	96	40	118	41	75	54
การให้บริการ เช่น ให้เช่าร่ม เต็นท์ เก้าอี้, ซักอบรีด	148	60	94	93	64	45
บริการที่พัก เช่น โรงแรม รีสอร์ท บ้านเช่า, อพาร์ทเม้นท์	120	79	52	38	92	64
กิจการรีไซเคิล ค้าของเก่า	52	25	45	16	26	9
สถานศึกษา/วัดวาอาราม/มูลนิธิ	11	18	3	2	65	17

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต.)

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีเพียง 3 อำเภอแล้ว พบว่าแรงงานข้ามชาติมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในอำเภอเมืองมากที่สุด รองลงมาคือ อ.ถลาง และกะทู้ตามลำดับ สอดคล้องกับลักษณะงานที่มีความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ นั่นคือกิจการก่อสร้าง และร้านอาหาร ร้านค้าประเภทต่าง ๆ ในตัวเมืองนั่นเอง

รูปที่ 7.2 การกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ตแยกตามอำเภอ ปี 2547

ตารางที่ 7.9 การกระจายแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต แยกตามอำเภอ ปี 2547-2549

อำเภอ	2547	2548	2549
เมือง	15,786	14,364	18,024
กะทู้	6,729	5,276	6,796
ถลาง	4,943	3,679	7,250

ที่มา : สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต. 2549.

อย่างไรก็ดี แม้ว่าภาคธุรกิจเอกชนในท้องถิ่นจะมีทัศนะต่อแรงงานข้ามชาติว่าเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญทางเศรษฐกิจ ซึ่งขาดไม่ได้ โดยเฉพาะลักษณะงานที่เรียกว่า 3Ds คือ สกปรก-dirty ยากลำบาก-difficult และเสี่ยงภัย-dangerous เพราะเป็นลักษณะงานที่ไม่ดึงดูดคนไทยให้ทำนั้น คนในท้องถิ่นจำนวนไม่น้อยกลับมองแรงงานข้ามชาติเหล่านี้อย่างมีอคติ ทั้งในทางเศรษฐกิจที่มองว่าแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะจากพม่าว่าเข้ามาแย่งงาน เนื่องจากค่าแรงถูก (ส่วนใหญ่ค่าจ้างขั้นต่ำสำหรับแรงงานข้ามชาติไม่เกิน 3,000-5,000 บาทต่อเดือน) สำหรับจังหวัดพังงา ซึ่งได้รับผลกระทบอย่างมากจากเหตุการณ์สึนามิ ที่ทำให้เศรษฐกิจการลงทุนในด้านการท่องเที่ยวและธุรกิจบริการต่อเนื่องอื่นๆ ของจังหวัดซบเซา ไม่มีการจ้างงาน แรงงานไทยจึงประสบปัญหาการว่างงานเป็นจำนวนมาก ขณะที่แรงงานต่างชาติก็ยังคงมีงานทำ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานรับจ้างใช้แรง ไม่เกี่ยงทั้งงานและค่าตอบแทน

จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการในพื้นที่ศึกษา พบว่าการว่าจ้างแรงงานมีลักษณะหมุนเวียนสูง จากที่แต่เดิมจะใช้แรงงานท้องถิ่นและแรงงานคนไทยที่เดินทางมาจากภาคอิสาน แต่ผู้ประกอบการหลายคนกล่าวถึงลักษณะของการใช้แรงงานชาวไทยว่า มักจะกลับภูมิลำเนาตามฤดูกาลเก็บเกี่ยวและเทศกาลวันหยุดต่างๆ ซึ่งทำให้ต้องขาดรายได้และต้องหยุดการผลิตในช่วงนั้น การจ้างแรงงานข้ามชาติทดแทนทำให้ผู้ประกอบการสามารถทำธุรกิจได้ตลอดปี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ค่าแรงที่ถูกกว่า การจัดหาสวัสดิการที่น้อยกว่า ทำงานหนักได้มากกว่า ต่อรองเงื่อนไขในการทำงานน้อยกว่า เป็นต้น

ก่อนหน้าที่จะใช้แรงงานพม่า รุ่นพ่อเขาใช้แรงงานอิสาน แรงงานทางเหนือมาก่อน เริ่มจากลักลอบใช้ พูดกันตรง ๆ ว่าต้องจ่ายรายหัวให้ตำรวจหัวละ 300 ประมาณปี 2536-2537 เพราะหาคนงานทำไม่ได้ คนงานไทยปัญหาเยอะ โดยเฉพาะหน้าเทศกาลซึ่งมักจะขาดแรงงาน วันหยุดอย่างสงกรานต์นี่หมดเลย ไม่มีสักคน ตอนนี้ที่ทำอยู่เป็นแรงงานจากพม่าหมดแล้ว แต่ได้ข่าวว่าแรงงานไหลไปมาเลย์มาก เพราะว่าค่าแรงสูงกว่า ประมาณ 9,000 แล้วก็มีการแย่งคนงานกัน เพราะกระทรวงแรงงานให้เปลี่ยนนายจ้างได้ คนงานออกได้ตลอดเวลา

(สมาชิกชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 31 สิงหาคม 2549)

คนพังงาฐานะดี ไม่ค่อยทำงานใช้แรงงานหรอก บางโรงงานที่จริงก็อยากได้แรงงานไทย ไม่อยากจ้างต่างชาติ แต่คนงานไม่พอ เพราะไม่มีคนรับทำ ก็ต้องใช้พม่า บางคนเคยไปเหมาหัวแรงงานมาจากภาคอิสานแต่ก็อยู่ไม่ค่อยนาน เพราะจะกลับบ้านตามฤดูกาลกัน ช่วงหลังสึนามิยังพอหมุนหาแรงงานไทยได้บ้าง ถ้าเป็นงานที่ใช้แรงจะจ้างต่างชาติ เจ้าของสวนเองก็ไม่อยากจ้างแรงงานพม่า เพราะว่าคนไทยทำงานละเอียดเรียบร้อยกว่า แล้วพม่าก็ย้ายสวนไปเรื่อย ๆ บางทีกรีดยางไม่ดี หน้ายางเสียหมด แต่คนไทยทำ ๆ หยุด ๆ แล้วก็อยากทำงานสบาย

(เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 พฤษภาคม 2549)

นอกจากนี้ ภายใต้มุมมองในด้านความมั่นคงซึ่งเป็นทัศนคติของคนส่วนใหญ่ ยังมองว่าแรงงานข้ามชาติที่อพยพเข้ามาจำนวนมากเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญต่อความมั่นคงของคนไทยในพื้นที่ โดยเฉพาะแรงงานจากประเทศพม่าซึ่งถูกมองว่าเป็นอันตราย ทั้งในแง่ของอาชญากรรมและโรคภัยไข้เจ็บ จนบางหมู่บ้านมีการกดดันให้แรงงานข้ามชาติออกไปตั้งชุมชนที่อื่น แล้วปักป้าย "หมู่บ้านปลอดแรงงานพม่า" ไม่ยินดีให้แรงงานพม่ามาตั้งชุมชนอยู่ในหมู่บ้าน

ถ้ามองในแง่ความมั่นคงแล้วก็น่าจะให้มีการคุมกำเนิดแรงงานพม่า แต่ก็ติดปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชนกับพวก NGO เราก็ต้องเลือกระหว่างการเป็นโลกไร้พรมแดนกับความมั่นคงของประเทศ ที่จริงเราผ่อนผันให้แรงงานพม่ามานานมากแล้ว อย่างที่ภูเก็ตมีการปักป้าย "หมู่บ้านปลอดแรงงานพม่า" อยู่ที่หมู่ 6 บ้านโคกโตนด ต.เชิงทะเล เพราะเคยเข้าไปเจอ camp พม่า 5 แห่ง คำนวณได้ 600 กว่าคน แต่มีคนไทยอยู่แค่ 300 กว่าคน มากกว่าเราตั้งสองเท่า ก็เลยต้องออกมาตรการเรื่องความปลอดภัย พวกพม่านี่เถื่อนกว่าเยอะ ทั้งเรื่องอาชญากรรม โรคติดต่อ จนทำให้ย้ายออกหมด ตอนนี้ก็เริ่มกลับเข้ามาบ้างแล้ว เพราะผลประโยชน์มันสูง ภาครัฐก็ไม่ได้เข้ามาดูแลต่อเนื่อง จ่ายเงินให้ก็เข้าไปตั้ง camp ในพื้นที่ได้

(กรรมการหอการค้าจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 1 มิถุนายน 2549)

7.2 สถานการณ์ทางสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ

ในส่วนของการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาตินั้น มีกิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้อง 4 ประการด้วยกัน นั่นคือ (1) การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงาน ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติให้แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนและต้องการทำงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ต้องตรวจสุขภาพก่อนไปขอใบอนุญาตทำงาน (2) การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล (3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ (4) การเฝ้าระวังโรค

7.2.1. การตรวจสุขภาพแรงงานประจำปี

การตรวจสุขภาพและการออกใบรับรองแพทย์ให้แก่แรงงานข้ามชาติดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในจังหวัด ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพคนละ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพอีก 1,300 บาท โดยผลการตรวจร่างกายแบ่งเป็น 4 ประเภท คือ ผลการตรวจปกติ พบโรคที่ต้องเฝ้าระวัง พบโรคที่ต้องติดตามรักษาต่อเนื่อง และผู้ที่ตั้งครรภ์ ในทางปฏิบัติ การตรวจร่างกายต้องใช้เวลาและไม่สามารถทำได้ครบจำนวนตามกำหนดเวลาที่เปิดรับจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ในแต่ละปี จึงมีการลุ้มอล่วยให้แรงงานข้ามชาติไปต่ออายุทำงานได้ก่อน ดังนั้น จึงพบว่าจำนวนผู้ที่มาตรวจร่างกายมักจะต่ำกว่าจำนวนที่ไปจดทะเบียนจริง

ตารางที่ 7.10 ผลการตรวจร่างกายแรงงานข้ามชาติ จังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2548

ผลการตรวจ	จังหวัดพังงา		จังหวัดภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
ผลการตรวจปกติ	24,030	17,702	23,089	24,204
โรคที่ต้องเฝ้าระวัง	231	248	206	1,129
อุจจาระร่วง	*140*	*144*	*131*	*909*
ไข้เลือดออก	*2*	*4*	*1*	*22*
มาเลเรีย	*56*	*63*	*1*	*15*
วัณโรค	*21*	*24*	*32*	*76*

ตารางที่ 7.10 (ต่อ)

ผลการตรวจ	จังหวัดพังงา		จังหวัดภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
เท้าช้าง	*2*	*1*	*1*	*1*
เอดส์	*10*	*12*	*38*	*106*
เลปโตสไปโรสิส	*0*	*0*	*2*	*0*
โรคที่ต้องติดตามรักษา	100	103	42	107
วัณโรคปอด	*17*	*14*	*32*	*92*
เรื้อน	*0*	*0*	*1*	*1*
หนองใน	*0*	*0*	*2*	*0*
ซิฟิลิส	*83*	*89*	*7*	*14*
ตั้งครรภ์	339	283	260	354
จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	20,436	18,201	24,139	24,822

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548). โดยข้อมูลเรื่องผลการตรวจปกติและการตั้งครรภ์ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงาและภูเก็ต.)

7.2.2. การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล

เมื่อแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแล้ว จะได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยตัวแรงงานต้องร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาท ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องพบว่าให้บริการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกับคนไทย ไม่มีการเลือกปฏิบัติแต่อย่างใด โดยสถานบริการจะมีการเก็บข้อมูลในส่วนของการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังรายละเอียดในตารางที่ 7.11 และ 7.12 ข้างล่างนี้

ตารางที่ 7.11 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดพังงา ปี 2547-2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			รักษาพยาบาลฟรี		จ่ายเงินเอง	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	3,974	4,322	383	564	6,281	7,243
ค่าใช้จ่าย	693,916	736,552	33,940	35,142	8,384,546	9,627,754
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	174.61	170.42	88.62	62.31	1,334.90	1,329.25
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	34%	33%	2%	2%	88%	88%
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	395	429	124	108	479	533
จำนวนวัน	1,275	1,315	0	0	1,462	1,422
ค่าใช้จ่าย	1,320,804	1,462,930	1,778,533	1,678,005	1,184,721	1,286,813
เฉลี่ย (บาท/คน)	3,343.81	3,410.09	14,343	15,537.08	2,473.32	2,414.28
เฉลี่ย (บาท/วัน)	1,035.92	1,112.49	0	0	810.34	904.93
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	66%	67%	98%	98%	12%	12%
รวมค่าใช้จ่าย	**2,014,720**	**2,199,482**	**1,812,473**	**1,713,147**	**9,569,267**	**10,914,567**

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

ตารางที่ 7.12 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดภูเก็ต ปี 2547-2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			รักษาพยาบาลฟรี		จ่ายเงินเอง	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	8,441	17,753	421	210	1,491	8,065
ค่าใช้จ่าย	1,353,771	4,139,376	41,973	19,436	218,785	989,598
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	160.38	233.16	99.70	92.55	146.74	122.70
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	22.3%	33.4%	2.4%	1.0%	52.9%	80.2%
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	762	1,118	81	56	133	161
จำนวนวัน	3,197	3,957	1,046	640	311	399
ค่าใช้จ่าย	4,729,837	8,243,078	1,731,776	1,896,192	194,665	244,053
เฉลี่ย (บาท/คน)	6,207.14	7,373.06	21,379.95	33,860.57	1,463.57	1,515.86
เฉลี่ย (บาท/วัน)	1,479.46	2,083.16	1,655.62	2,962.3	625.93	611.66
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	77.7%	66.6%	97.6%	99.0%	47.1%	19.8%
รวมค่าใช้จ่าย	**6,083,608**	**12,382,454**	**1,773,749**	**1,915,628**	**413,450**	**1,233,651**

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

แต่เมื่อเปรียบเทียบจำนวนและค่าใช้จ่ายของผู้ที่มารับบริการในจังหวัดพังงาและภูเก็ตแล้วจะเห็นว่ามีลักษณะที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยนอกในจังหวัดพังงาที่เป็นแรงงานข้ามชาติไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ทั้งที่เข้ามารักษาพยาบาลฟรีและจ่ายเงินเองนั้น มีจำนวนมากกว่าแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพถึงเกือบสองเท่า และให้บริการรักษาแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันฯ ซึ่งจ่ายเงินเองมากกว่าจังหวัดภูเก็ต ที่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ประมาณ 70-80% เป็นการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ ในส่วนของผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรประกันฯซึ่งต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองของพังงาในปี 2547 นั้นคิดเป็น 72% ซึ่งมากกว่าแรงงานที่มีบัตรประกันและแรงงานที่รักษาฟรีที่มีสัดส่วนรวมกันเพียง 28% และเพิ่มสัดส่วนขึ้นเป็นเกือบสามเท่าในปีต่อมา (ตารางที่ 7.13)

ตารางที่ 7.13 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดพังงา ปี 2547-2548

ประเภทของแรงงานข้ามชาติ	2547		2548	
	ค่าใช้จ่าย (บาท)	สัดส่วน	ค่าใช้จ่าย (บาท)	สัดส่วน
มีบัตรประกันสุขภาพ	2,014,720	15.0%	2,199,482	14.8%
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาฟรี)	1,812,473	13.5%	1,713,147	11.6%
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	9,569,267	71.5%	10,914,567	73.6%
รวม	**13,396,460**	**100.0%**	**14,827,196**	**100.0%**

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

แต่ในจังหวัดภูเก็ตกลับมีลักษณะที่ต่างออกไปอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ในปี 2547 แรงงานข้ามชาติที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกือบสามในสี่เป็นแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ และสถานบริการมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพและแรงงานที่ไม่มีบัตรซึ่งมารักษาฟรีสูงมาก คือ 95% ในปี 2547 และ 92% ในปี 2548 ขณะที่มีแรงงานข้ามชาติซึ่งไม่มีบัตรฯ มารักษาและจ่ายเงินเองน้อยมากคือไม่ถึง 10% (ตารางที่ 7.14)

ตารางที่ 7.14 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดภูเก็ต ปี 2547-2548

ประเภทของแรงงานข้ามชาติ	2547		2548	
	ค่าใช้จ่าย (บาท)	สัดส่วน	ค่าใช้จ่าย (บาท)	สัดส่วน
มีบัตรประกันสุขภาพ	6,083,608	73.6%	12,382,454	79.7%
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาฟรี)	1,773,749	21.4%	1,915,628	12.3%
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	413,450	5%	1,233,651	8%
รวม	**8,270,807**	**100.0%**	**15,531,733**	**100.0%**

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

สำหรับเงินประกันสุขภาพจำนวน 1,300 บาทนั้น มีการจัดสรรออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ค่าบริการทางการแพทย์ 964 บาท (2) ค่าส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาท และ (3) ค่าบริหารจัดการ 130 บาท โดยส่วนนี้แบ่งให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 120 บาท และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 10 บาท เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่มีบัตรประกันสุขภาพและรักษาฟรีแล้วพบว่ายังมีส่วนต่างของรายได้และค่าใช้จ่ายค่อนข้างมากทั้งสองจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าที่จริงแล้วจำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรในส่วนของแรงงานข้ามชาตินั้นเป็นรายได้ที่สนับสนุนสถานบริการได้อย่างดี

ตารางที่ 7.15 เปรียบเทียบจำนวนเงินที่ได้จากการจัดสรรและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2548

	พังงา		ภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียน	22,767	17,165	27,458	23,219
จำนวนบัตรประกันสุขภาพ	20,436	18,201	24,139	24,822
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าบริการทางแพทย์ (964 บาท)	19,700,304	17,545,764	23,269,996	23,928,408
รายได้จากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	9,569,267	10,914,567	413,450	1,233,651
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มีบัตรประกันสุขภาพ+รักษาพยาบาลฟรี)	3,827,193	3,912,629	7,857,357	14,298,082

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

แรงงานที่มาจดทะเบียนส่วนใหญ่แข็งแรง เพราะการตรวจสุขภาพเป็นการ screen เอาคนมีปัญหาออก เรื่องแรงงานต่างชาติเรียกได้ว่ากำไร ยิ่งเข้ามาสถานบริการก็ถือว่าดี ช่วยเรื่องงบในการควบคุมโรคได้ เพราะฉะนั้นต้องทำให้อยู่ในระบบมากที่สุด อย่างที่พังงาขายบัตรประกันสุขภาพให้กับผู้ติดตามมาตั้งแต่ปี 2546 ขอแค่ให้รู้ที่อยู่ก็พอ ถ้าขายได้มากก็จัดสรรงบฯให้สสอ.ได้มาก ขายหัวละ 1,300 บาท เท่ากันกับตัวแรงงาน เราไม่อยากสร้างเงื่อนไขให้กับแรงงานต่างชาติมากนัก ไม่อยากบังคับ เพราะถ้ายิ่งบังคับเขาจะยิ่งไม่ยอม แล้วเราก็ถือว่าคนที่เข้าระบบเป็นคนแข็งแรง เพราะฉะนั้นถือว่าคุ้ม แล้วเรามีโบนัสให้สถานบริการที่ขายด้วย เป็น commission ให้คนขาย 200 บาท/บัตร

(เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 29 พฤษภาคม 2549)

ที่จริงหากมองในภาพรวมแล้ว เงินประกันที่ได้จากแรงงานต่างชาติถือได้ว่าพอ เพราะว่าแรงงานที่จดทะเบียนต้องตรวจสุขภาพผ่าน แข็งแรง ทางโรงพยาบาลขายบัตรให้ผู้ติดตามในกลุ่มแม่และเด็กประมาณปลายปี 2547 หรือจะเข้าระบบตรวจสุขภาพก็ได้ แต่สสจ.ไม่ได้ให้ค่าตอบแทนอะไร ที่พบก็ส่วนใหญ่เป็น case หนัก อย่างเช่นติดเชื้อในกระแสเลือด ในกรณีที่คลอดครั้งแรกก็ฟรีหมด ถ้ากลับมาครั้งที่ 2 ถึงจะคิดเงิน เคยมีกรณีคลอดเด็กแฝด นายจ้างไปวิ่งเต้นซื้อบัตรประกันย้อนหลัง ไม่ต้องเสียเงินสักบาท ก็ยังทำกันได้ กรณีไม่มีบัตรอะไรมาก็ต้องรักษาหมด ไม่ได้ส่งตำรวจ เพราะตามหลักมนุษยธรรมแล้วปฏิเสธการรักษาไม่ได้ เว้นแต่ว่าจะมีคำสั่งลงมา เพราะฉะนั้นต้องให้เข้ามาแบบถูกระเบียบ มาทำงานที่คนไทยไม่ยอมทำ

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 พฤษภาคม 2549)

อย่างไรก็ดี ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของแรงงานข้ามชาติในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ ก็คือปัญหาเรื่องภาษาในการสื่อสาร ในส่วนนี้พบว่าองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่เข้ามามีบทบาทร่วมอย่างสำคัญในการจัดหาล่ามหรืออาสาสมัครที่สื่อสารกับแรงงานข้ามชาติได้ร่วมกับสถานบริการ นอกจากนี้ยังร่วมกันทำงานส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งจะกล่าวถึงในตอนถัดไป

7.2.3 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลักษณะการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแรงงานข้ามชาตินั้น กล่าวได้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มียุทธศาสตร์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะ มีแต่ยุทธศาสตร์ภาพรวม เช่น มีแผนปฏิบัติงานสำหรับ healthy Thailand ซึ่งเข้าเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติหลายงานด้วยกันโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีการใช้เงินจากแรงงานข้ามชาติในโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับทุกคน คือ ส่วนใหญ่เป็นการทำร่วมไปกับคนไทย ครอบคลุมทุกคนในพื้นที่ ไม่ได้มีการแยกต่างหากแต่อย่างใด เนื่องจากในความเป็นจริงแล้วธรรมชาติของโรคและการส่งเสริมป้องกันนั้นไม่สามารถแยกแยะเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่ม ๆ ได้ โดยมีสถานบริการเป็นผู้ดำเนินการ คือสถานีอนามัยจะเข้าไปดูแลติดตามในพื้นที่ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็จะร่วมทำในลักษณะรณรงค์ภาพรวม และลงไปเป็นจุด ๆ ติดตาม ค้นหา เช่น เอายามาเลเรียไปแจกในชุมชน หรือกรณีวัณโรคทางโรงพยาบาลก็จะเป็นผู้ดูแลติดตาม ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

สำหรับการบริหารจัดการเงินค่าส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาทต่อหัวนั้น แนวทางปฏิบัติส่วนใหญ่แล้วทาง สสจ.จะเป็นผู้จัดสรรให้กับสถานบริการต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยกำหนดให้แต่ละแห่งเขียนโครงการในลักษณะส่งเสริมป้องกันขึ้นมาของบ แต่ในทางปฏิบัติแล้วการจัดสรรเงินส่วนนี้เป็นนโยบายของผู้บริหารแต่ละคน ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ในกรณีของจังหวัดภูเก็ตนั้น เมื่อแรงงานไปตรวจสุขภาพที่สถานบริการแล้ว สถานบริการจะต้องโอนเงินจำนวนนี้มาให้ สสจ. และจะจัดสรรกลับไปให้สถานบริการตามโครงการที่เขียนมาของบ ซึ่งพบว่ามีปัญหาในเรื่องความล่าช้าของการโอนเงินระหว่างกัน และส่งผลความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานเกิดความตึงเครียดไม่น้อย

ตอนนี้มีปัญหาเรื่องเงิน เพราะว่า UC ที่เก็บเงินไว้ไม่ยอมโอนมาให้ เมื่อตอนปี 2547 ก็โอนมาให้ตอนปลายปี สสจ.ก็เลยต้องเอาไปเข้าค่าบำรุง ใช้ในโครงการพิเศษได้บ้างบางส่วน เพราะจะหมดปีงบประมาณ ของปี 2548 ยังไม่โอน แล้วก็จะมีกรณีที่แรงงานต่างชาติมีชื่อในพื้นที่ แต่เข้าไปรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดบ้าง โรงพยาบาลชุมชนบ้าง ก็เลยยังมีหนี้ที่รักษาข้ามเขตกันอยู่ ยังไม่เคลียร์ โรงพยาบาลวชิระส่งเงินมาให้ สสจ.พร้อมกับแผนงานโครงการเพื่อจะเบิกเงิน แต่ สสจ.ก็ไม่ให้ ก็เลยกลายเป็นปัญหาการจัดการเรื่องเงินระหว่างหน่วยงานกันอยู่ NGO เองก็ตั้งคำถามเหมือนกันว่าเงินต่างด้าวไปอยู่ตรงไหน

(เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 31 พฤษภาคม 2549)

มีปัญหาเรื่องงบส่งเสริม (prevention and promotion) เวลาไปสสจ.แล้วก็ไม่มีความชัดเจน ไม่รู้ว่าสสจ.จะสนับสนุนส่วนไหน เพราะโรงพยาบาลเองก็ทำเหมือนกัน อย่างเรื่องแรงงานต่างชาติมีการคัดกรองโรคติดต่อ ต้องเข้าไปดูใน camp ซึ่งต้องทำเชิงรุก เราก็เขียนโครงการควบคุมและป้องกันโรคในแรงงานต่างชาติขอไปที่สสจ.แต่ก็ไม่ได้ สสจ.เองก็ไม่ได้ชี้แจงว่าเอาเงินไปใช้ทำอะไรตรงไหน ผอ.ก็เลยไม่โอนตังค์ให้ ก่อนหน้าปี 2546 ผอ.ก็จะหยวน ๆ เฉลี่ยน้ำหนักกัน ปี 2546 ก็ตกลงกันว่าหาร 4 (คือ 3 โรงพยาบาลชุมชน และสสจ.) พอมาปี 2547 โรงพยาบาลให้เงินช้า ปี 2548 ยังไม่โอนให้ นอกจากนี้ก็ยังมีหนี้ค้างกันอยู่ระหว่างโรงพยาบาล สสจ.เองก็ไม่ได้สนับสนุน ซึ่งเราคิดว่าสสจ.น่าจะเข้ามาช่วย

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 1 มิถุนายน 2549)

ขณะที่กรณีจังหวัดพังงา หลังจากตรวจสุขภาพแล้วสถานบริการจะโอนเงินที่ได้รับทั้งหมดไปรวมไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีคณะกรรมการพิจารณาที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น จากสถานบริการในพื้นที่ นายแพทย์สสจ. และตัวแทนจากภาคประชาชนเป็นผู้จัดสรร เมื่อเกิดค่าใช้จ่ายขึ้นสถานบริการก็จะส่งหลักฐานค่าใช้จ่ายสำหรับเบิกเงินจากสสจ.เป็นระยะ ๆ มีการเฉลี่ยน้ำหนัก เพื่อให้ครอบคลุมจำนวนแรงงานข้ามชาติที่สถานบริการในพื้นที่ต้องดูแลแตกต่างกัน และแก้ปัญหาการเรียกเก็บเงินระหว่างสถานบริการในกรณีรักษาข้ามเขต และในส่วนเงินส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาทนั้น สถานบริการในพื้นที่ก็จะเขียนโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพไปของบจากสสจ. ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นงานส่งเสริมในลักษณะภาพรวมของทั้งจังหวัด

งบต่างชาติ เวลาจัดสรรก็จะเอาไปรวมกันไว้ที่สสจ.ทั้งหมดก่อน แล้วค่อยแยกให้ไปตามปริมาณบัตร ปริมาณงาน จำนวนประชากรที่ต้องดูแล พูดถึงพังงาไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องเงิน เวลาใช้เงินแรงงานต่างชาติก็ให้ของบมา ซึ่งเป็นโครงการที่ครอบคลุมทุกคนในพื้นที่ ใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคลปกติด้วย ไม่ได้แยกแยะ เรียกว่าเงินจากแรงงานต่างชาติทำให้เราได้ดูแลประชากรที่เข็งแรง

(เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 29 พฤษภาคม 2549)

สสจ.เอาเงินไปศึกษาดูงานหมด แล้วเราก็ได้เงินไม่เท่ากับที่เรียกเก็บไปจริง ๆ ที่พังงาสสจ.จะเอาเงินไปรวมเป็นกองกลางไว้ก่อน ปี 2548 โรงพยาบาลทำเบิกไปเป็นล้าน แต่ได้เงินกลับมาแค่ 6 เดือน ปี 2547 มีการเฉลี่ยตามน้ำหนัก ที่โรงพยาบาลเจอก็คือแรงงานที่ไม่มีบัตรก็มารักษา เก็บเงินไม่ได้ก็ต้องตัดเป็นหนี้สูญ

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 พฤษภาคม 2549)

ส่วนหนึ่งเราก็เอาเงินมาใช้ในงานภาพรวมของจังหวัด เป็นข้อตกลงเป็นแนวปฏิบัติในจังหวัดมาประมาณ 4 ปีแล้ว เงิน 206 บาทก็ทำโครงการส่งเสริมป้องกันโรคขอไปก็ได้ แล้วให้นพ.สสจ.อนุมัติ เช่น โครงการหยอดโปลิโอในเด็กพม่า เงิน 120 บาท ก็ให้เป็นค่าบัตร แบบฟอร์ม run number บัตร บางจังหวัดก็ทำแบบมีรูปด้วยถ้าตกลงกับนายจ้างได้ แต่ที่พังงาไม่มีรูป เพราะว่านายจ้างที่พามาส่วนใหญ่ติดต่อกับทางโรงพยาบาลอยู่แล้ว รู้จักกัน บางทีก็เลยใช้เฉพาะบัตรประกันฯอย่างเดียว ที่นี่เงินพอ ก็เลยไม่มีความสัมพันธ์แบบตึงเครียด

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 28 สิงหาคม 2549)

7.2.4 การเฝ้าระวังโรคในแรงงานข้ามชาติ

จากรายงาน 506 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบรายงานโรคทางระบาดวิทยา กำหนดให้สถานบริการต้องรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังทั้งสิ้น 22 โรค เมื่อคำนวณอัตราต่อแสนและเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและแรงงานข้ามชาติแล้วพบว่า ในจังหวัดพังงา แรงงานข้ามชาติมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคมาเลเรียสูงกว่าคนไทยถึงสามเท่า นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งรวมตัวเลขของทั้งแผลริมอ่อนหนองในหนองในเทียม และซิฟิลิสเข้าด้วยกันนั้น มีสัดส่วนสูงกว่าคนไทยหลายเท่าตัวด้วยเช่นกัน รายละเอียดดังตารางที่ 7.16

ตารางที่ 7.16 อัตราผู้ป่วยโรคในระบบเฝ้าระวัง จังหวัดพังงา เปรียบเทียบระหว่างไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547–2548

(อัตราต่อแสน)

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	แรงงานข้ามชาติ	ไทย	แรงงานข้ามชาติ
โรคอุจจาระร่วง	1,582.39	245.97	1,854.18	693.27
ไข้เลือดออก	44.92	8.78	104.00	58.26
ไข้กาฬหลังแอ่น	0.42	0.00	0.00	0.00
มาเลเรีย	227.15	799.40	270.14	955.43
วัณโรค	15.68	17.57	14.80	29.13
โรคเลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	5.51	8.78	10.57	17.48
โรคไข้สมองอักเสบ (เอ็นเซ็ปฟาไลติส)	0.42	0.00	0.85	5.83
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	61.02	13.18	109.49	285.46
ไทฟอยด์	50.01	13.18	32.55	58.26
ปอดบวม	102.55	17.57	168.25	87.39
อาหารเป็นพิษ	91.96	21.96	125.13	116.52
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แผลริมอ่อน, หนองใน, หนองในเทียม, ซิฟิลิส)	1.70	48.32	4.65	29.13

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก รายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://epid.moph.go.th/dssur/index.htm>)

หมายเหตุ การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 235,972 คน ปี 2548 จำนวน 236,546 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน

ข้อสังเกตที่น่าสนใจในกรณีของจังหวัดภูเก็ตก็คือ ขณะที่อัตราผู้ป่วยด้วยโรคมาเลเรียในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจะมากกว่าคนไทยประมาณกว่าห้าเท่านั้น ยังพบว่าอัตราผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มคนไทยมีสัดส่วนมากกว่าแรงงานข้ามชาติถึงกว่าสองเท่าในปี 2547 และมากกว่าสามเท่าในปี 2548 นอกจากนี้ อัตราผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นคนไทยยังมีสัดส่วนสูงกว่าแรงงานข้ามชาติถึงสามเท่าในปี 2547 และมากกว่ายี่สิบสองเท่าในปี 2548

ตารางที่ 7.17 อัตราผู้ป่วยโรคในระบบเฝ้าระวัง จังหวัดภูเก็ต เปรียบเทียบระหว่างไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547–2548

(อัตราต่อแสน)

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	แรงงานข้ามชาติ	ไทย	แรงงานข้ามชาติ
โรคอุจจาระร่วง	3,205.33	218.52	3,243.57	508.20
ไข้เลือดออก	37.57	7.28	54.05	0.00
ไข้กาฬหลังแอ่น	0.00	0.00	0.34	0.00
มาเลเรีย	10.18	54.63	24.29	133.51
วัณโรค	66.37	25.49	46.52	12.92
โรคเลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	1.05	7.28	3.42	8.61
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	66.72	7.28	407.07	275.64
ไทฟอยด์	1.40	0.00	4.10	0.00
ปอดบวม	171.36	7.28	223.72	43.07
อาหารเป็นพิษ	67.42	3.64	72.86	4.31
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แผลริมอ่อน, หนองใน, หนองในเทียม, ซิฟิลิส)	45.65	14.57	98.52	4.31

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก รายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://epid.moph.go.th/dssur/index.htm>)

หมายเหตุ การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 235,972 คน ปี 2548 จำนวน 236,546 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน

อย่างไรก็ดี จากการที่แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่มีการโยกย้าย เปลี่ยนแปลงถิ่นที่อยู่บ่อยครั้ง และไม่อยู่ในระบบปกติ ทั้งการทำงานและการประกันสุขภาพ ทำให้เป็นปัญหาหนึ่งในการเฝ้าระวังควบคุมโรค รวมถึงการรักษาต่อเนื่อง แต่ในพื้นที่ซึ่งมีองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าไปทำงานด้านสาธารณสุขพื้นฐาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการรักษาพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะวัณโรค เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นองค์การหมอไร้พรมแดน (MSF) องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) มูลนิธิศุภนิมิตฯ มูลนิธิรักษ์ไทย ฯลฯ ส่งผลให้มีความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในระดับชุมชนทำงานเชิงรุก และพัฒนาระบบบริการให้เข้าถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติในชุมชนต่าง ๆ ได้อย่างน่าสนใจ

ดังกรณีของสถานีอนามัยลำแก่นในจังหวัดพังงา ที่ทำโครงการร่วมกับ IOM หลายโครงการ เช่น การอบรมฟื้นฟูพสต. และอสต. ปี 2549 (พสต.เก่า 3 คน พสต.ทดแทน 1 คน อสต.20 คน) มีการออกหน่วยรักษาพยาบาลเป็นระยะ ๆ ซึ่งเป็นการออกให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเชิงรุก (Mobile Clinic) แก่ประชาชนทั่วไปที่เจ็บป่วย (ทั้งคนไทยและต่างด้าว) ที่ศาลาประมง บ้านทับละมุ โครงการประเมินภาวะทุพโภชนาการเด็ก โดยการชั่งน้ำหนักและส่วนสูง ซึ่งมีเป้าหมายเป็นเด็ก 0–5 ปีในชุมชนแรงงานต่างด้าว โครงการออกให้บริการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กต่ำ

กว่า15 ปีในพื้นที่ โครงการสำรวจภาวะสุขภาพจิต ในแรงงานต่างด้าวอายุ 15 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังได้มีการสนับสนุนเงินซื้อนมและอาหารเสริมสำหรับเด็กต่างชาติที่ขาดสารอาหาร เป็นต้น

โครงการของ IOM ผ่านมาทางสสจ. มาดูแลแรงงานต่างชาติตั้งแต่ตอนมีสึนามิ ตอนแรกก็มาตามหาญาติให้ แล้วก็เข้ามาช่วยในส่วนของการรักษา ทำงานส่งเสริม จะเน้นเรื่องโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก เรื่องสุขาภิบาล ขยะ ท้องเสีย ให้งบซื้อยา อาหารเสริมให้เด็กบ้าง ถุงยางอนามัยบ้าง จะมีการประชุมวางแผนการทำงานกันทุกเดือน แล้วก็มีการสำรวจแรงงานต่างชาติในพื้นที่ทุกปี โดยให้พสต.ในชุมชนเป็นคนสำรวจ แล้วก็จะออก mobile clinic เดือนละครั้ง จ้างงานพสต. 4 คน เป็นพม่า 2 คน เราก็ทำบัตรแรงงานให้ งาน IOM ที่เข้ามาก็เป็นภาระเหมือนกัน แต่ก็ถือว่ามีส่วนช่วยในงานประจำที่ต้องทำอยู่แล้ว ทั้งเรื่องโปลิโอ ไข้เลือดออก วัณโรค หรืออบรมเรื่อง STD แก่หญิงบริการ

ตอนนี้มีโครงการก่อสร้าง health post (คลีนิคสุขภาพชุมชน) ให้บริการชาวต่างชาติ สร้างติดกับศสมช.ทับละมุเลย แต่ MSF เห็นว่าเล็ก ก็เลยช่วยสนับสนุนอีกแรง ทางนายกอบต.ก็ช่วยรับเหมาไปขยับขยายเพิ่มเติมเท่าที่จะทำได้ ที่จริง MSF เขาจะลงที่กลุ่มผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่จะเน้น TB, AIDs ทำ pre/post counseling เขาก็มีเจ้าหน้าที่ มีหมอพม่ามาช่วยเฉพาะวันจันทร์-อังคารตอนเช้า ถ้าคนไข้หนักก็จะส่งต่อ แล้วก็มีโควต้าสนับสนุนเงินค่าขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานด้วย

สอ.มีการออกไปสำรวจ ออกเยี่ยมบ้านชุมชนต่างด้าวตลอด ทำให้เรารู้ข้อมูลว่าชุมชนต่างด้าวเป็นใคร อยู่ตรงไหนบ้าง อย่างตอนที่สำรวจหมู่ 5 บ้านทับละมุ เดือนกรกฎาคม 2548 มีประชากรต่างด้าวทั้งสิ้น 1,380 คน เพศชาย 902 คน (65.4%) เพศหญิง 477 คน (34.6%) ส่วนใหญ่ทำงานประมง พูดไทยไม่ได้ถึง 969 คน (73.2%) และไม่มีสิทธิในการรับการรักษาถึง 1,019 คน (73.8%)

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัยลำแก่น จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 สิงหาคม 2549)

นอกจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนบางแห่งที่มีทั้งทรัพยากรและเจ้าหน้าที่ ยังเข้าไปสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ทำงานด้านควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนดูแลรักษา และติดตามต่อเนื่องถึงในชุมชน ซึ่งเข้าถึงตัวแรงงานข้ามชาติได้มากกว่าสถานบริการของภาครัฐ

เราจะเน้น care และ support งาน advocacy ก็ทำบ้าง แต่ไม่ได้เน้นมาก เราทำเรื่องรณรงค์ TB ซึ่งต้องไม่ซ้ำกับ MSF, IOM ที่ลงไปตั้งหลักในสถานีอนามัย แต่ของเราอยู่ในชุมชน มีอสต.ประจำ 3 คนใน 3 พื้นที่ แล้วก็มีอาสาฯ part time อีกหลายสิบคน เป็นพม่าที่สื่อสารไทยได้
งาน TB ซึ่งเป็นโรคฉวยโอกาสของ เอชไอวีก็จะทำคู่ขนานกันไป มีการหาผู้ป่วยใหม่ ปูพรมออกเก็บเสลดหาเชื้อ เรามีอุปกรณ์ตรวจเอง ตอนนี้ร่วมกับโรงพยาบาลตะกั่วป่า ขอเจ้าหน้าที่มาช่วยส่องกล้อง เราจะลงไปสร้างแกนนำในชุมชน โดยพสต.จะช่วยไปหามา แล้วก็อบรมให้ความรู้ เป้าหมายจะเป็นคนบนฝั่งเสียมากกว่า เพื่อการติดตาม DOT

(เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 สิงหาคม 2549)

7.3 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติ

จากการสำรวจข้อมูลในส่วนของสถานบริการทางเพศในจังหวัดพังงาและภูเก็ต ซึ่งที่จริงแล้วเป็นส่วนหนึ่งของงานควบคุมโรคนั้น พบว่าในระบบรายงานไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นต่างชาติและไม่สามารถคาดประมาณจำนวนพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติในสถานบริการต่าง ๆ ในจังหวัดได้ แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่เห็นและรับรู้ได้ทั่วไปก็ตาม แต่โดยเปรียบเทียบจากตัวเลขในตารางที่ 7.18 แสดงให้เห็นว่าจำนวนสถานบริการและพนักงานบริการในจังหวัดภูเก็ตมีจำนวนมากกว่าพังงาไม่น้อยทีเดียว ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบว่าในภูเก็ตมีจำนวนสูงกว่าพังงามาก ดังที่ได้เสนอไว้ในตารางที่ 7.16 และ 7.17 และสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดภูเก็ตที่พบว่าเป็นจังหวัดที่มีตัวเลขจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สูงเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ (อันดับหนึ่งของภาคใต้คือระนอง) หรือเป็นอันดับ 5 ของประเทศ โดยได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งสิ้น 4,146 ราย เป็นเพศชาย 2,799 ราย เพศหญิง 1,347 ราย กระจายอยู่ทั่วจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต 2549)

ลักษณะของสถานบริการทางเพศนั้นส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบแฝง กระจายตัวอยู่ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ เช่น ชุมชนบริเวณท่าเรือ แพปลา ส่วนใหญ่เป็นร้านคาราโอเกะ หรือร้านค้าขายของชำที่มีตู้เพลงหน้าร้าน ซึ่งให้บริการคึกคักในช่วงที่มีเรือประมงขึ้นฝั่ง ซึ่งพบว่าอัตราติดเชื้อในประมงต่างชาติมีถึง 4% ส่วนความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงขายบริการทางตรงของจังหวัดภูเก็ตนั้นเพิ่มขึ้น ขณะที่ในหญิงขายบริการแบบแฝงลดลง และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์นั้นก็มีแนวโน้มของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น คือเป็น 2% จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่เกิน 1% (เอมอร 2549)

ตารางที่ 7.18 จำนวนพนักงานบริการและสถานบริการทางเพศในจังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547–2548

	พังงา				ภูเก็ต			
	2547		2548		2547		2548	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวนพนักงานบริการทั้งหมด	142	1,427	112	1,427	1,082	5,109	586	3,743
จำนวนพนักงานบริการทางเพศ	–	338	0	338	595	3,292	361	2,358
คาดประมาณ % ของพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติ	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**
จำนวนสถานบริการ	324		324		571		579	

ที่มา: กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548. รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย ปี 2548. สำนัก โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

มข. คือไม่มีข้อมูล

ในส่วนของระบบการจัดเก็บข้อมูลของสาธารณสุขในเรื่องนี้ มีการจัดเก็บและทำรายงานเพียงเฉพาะจำนวนตัวเลขผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น และไม่ได้เก็บในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนของพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ มีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยชาวไทยเท่านั้น แม้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ข้อมูลว่า รายงานผู้ป่วยเอดส์นั้นสามารถแยกตัวแปรเป็นไทย–ต่างชาติได้ แต่ก็อาจเป็นข้อมูลเฉพาะที่มารักษาในโรงพยาบาล และอาจมีปัญหาในกรณีของผู้ป่วยชาวพม่าที่ชื่อซ้ำ และมีการนับซ้ำ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่สมบูรณ์ของฐานข้อมูลที่ไม่อาจนำไปใช้วิเคราะห์และจัดการกับสถานการณ์ด้านนี้ด้วยความเข้าใจในทุกมิติที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม

ตารางที่ 7.19 จำนวนผู้ป่วยและพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ในพังงา (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย	4	2	7	4	3	5	4	1	5	1
	พม่า	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	ลาว										
	กัมพูชา										
พนักงานบริการ	ไทย	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	พม่า										
	ลาว										
	กัมพูชา										

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. 2549.
มข. คือไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 7.20 จำนวนผู้ป่วยและพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ในภูเก็ต (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย	141	76	150	82	174	112	180	138	150	97
	พม่า	7	5	6	2	8	2	11	3	23	9
	ลาว	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	กัมพูชา										
พนักงานบริการ	ไทย	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.
	พม่า										
	ลาว										
	กัมพูชา										

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. 2549.
มข. คือไม่มีข้อมูล

ในส่วนของระบบรายงาน กระทรวง (สาธารณสุข) ไม่ได้ให้ส่งรายงานที่แยกแรงงานต่างชาติต่างหาก ในกรณีโรคติดต่อเราส่งผ่านสสจ.ไปเป็นข้อมูลดิบ มีตัวแปรสามารถแยกแรงงานต่างชาติได้ แต่ถ้าเป็นการรักษาทั่วไปตัวเลขจะอยู่ที่เวชระเบียน ซึ่งแยกส่งต่างหาก โดยสสจ.เป็นคนรวบรวมจากในจังหวัด

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 พฤษภาคม 2549)

อย่างไรก็ดี ในพื้นที่ซึ่งมีโครงการความร่วมมือระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับหน่วยงานภาครัฐเข้ามาดำเนินโครงการด้านเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคติดต่ออื่น ๆ นั้น จะมีการทำระบบการจัดเก็บข้อมูลที่มีรายละเอียดมากกว่า เช่น ในกรณีของจังหวัดภูเก็ตซึ่งมีศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH - US CDC Collaboration : TUC) เข้ามาตั้งสำนักงานร่วมทำโครงการควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการเก็บข้อมูลในด้านการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มประชากรต่าง ๆ อย่างละเอียดและพัฒนาเป็นฐานข้อมูลที่ครอบคลุมกว่าระบบการเก็บข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยข้อมูลจาก 3 ระบบรายงาน คือ (1) จากระบบรายงาน 506 /1 ที่สถานบริการต้อง

ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในกรณีที่มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ติดเชื้อที่มีอาการทุกราย (2) ระบบการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ Sentinel zero surveillance system โดยภูเก็ตเป็น 1 ใน 14 จังหวัดนำร่องที่ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ใน 8 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ชายที่มาตรวจกามโรค ชายขายบริการ หญิงบริการทั้งตรงและแฝง และกลุ่มชาวประมง และ (3) ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของการระบาดของโรคและประมาณการความเสี่ยงของการแพร่ระบาด และความรุนแรงของโรคในภาพรวมของจังหวัดภูเก็ต (ประพรศรี, สุวรรณา และเสาวนีย์ 2548)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทั้งสองจังหวัด[1] ซึ่งแม้จะเป็นข้อมูลเฉพาะในส่วนของผู้ป่วยสัญชาติไทยแล้ว พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในจังหวัดพังงานั้นเกิดจากเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 86.9 และภูเก็ตร้อยละ 84.8 ข้อมูลที่น่าสนใจอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดพังงาเกือบครึ่งหนึ่งคือรับจ้างทั่วไป (46.3%) ทำสวน (11.6%) ส่วนใหญ่อยู่ในอ.ตะกั่วป่า และอ.ท้ายเหมือง อันเป็นพื้นที่ที่มีชุมชนแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่หนาแน่น ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของจังหวัดภูเก็ต (54.2%) มีอาชีพรับจ้างทั่วไปเช่นกัน ที่น่าสังเกตก็คือ ผู้ป่วยในจังหวัดภูเก็ตประมาณครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาในภูเก็ต (50.6%) แสดงให้เห็นว่ามีผู้อพยพเข้ามาทำงานและอาศัยในจังหวัดภูเก็ตจำนวนมาก ทั้งชาวไทยและต่างชาติ ขณะเดียวกัน โครงการของ TUC ก็พบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในชายขายบริการทางเพศในจังหวัดภูเก็ตสูงขึ้นจากร้อยละ 9.26 ในปี 2545 เป็น ร้อยละ 13.07 ในปี 2546 และร้อยละ 14.4 ในปี 2548 และอัตราการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราร้อยละ 5.5 (http://www.patonghospital.com/ msm/index.php?option=com_akogallery&Itemid=53)

จังหวัดภูเก็ตมีคลินิกที่ให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และให้คำปรึกษาโดยสมัครใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี (Voluntary Counseling and Testing : VCT) ต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมทั้งให้บริการรักษาและส่งต่อผู้รับบริการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีไปยังสถานพยาบาล เรียกว่า คลินิกสบายดี ให้บริการในโรงพยาบาลป่าตอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 เป็นต้นมา ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและโครงการระหว่างประเทศในการรับมือกับสถานการณ์โรคเอดส์

ในส่วนของการจัดการรับมือกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปิดคลินิกกามโรคไป พบว่าสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังตัวเลขผู้ป่วยในจังหวัดภูเก็ต ปี 2546 มี 294 คน เพิ่มเป็น 666 คน ในปี 2547 และ 745 คน ในปี 2547 (เอมอร, 2549) ส่วนกรณีของจังหวัดพังงานั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีคลินิกรักษาโรคทั่วไป คลินิกทันตกรรม และคลินิกนิรนามซึ่งให้บริการทุกคน ไม่ว่าไทยหรือต่างชาติ (ซึ่งทาง สสจ. จังหวัดพังงาให้ข้อมูลว่าเปิดให้บริการได้โดยใช้เงินจาก UC และแรงงานต่างชาติ) และสถานบริการจะมีการจัดวันสำหรับคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ แทนคลินิกกามโรคที่ปิดไป

ตารางที่ 7.21 จำนวนพนักงานบริการในจังหวัดพังงาและภูเก็ตที่มีผลการตรวจกามโรคเป็นบวก (VDRL+) ปี 2547-2548

จำนวน	พังงา		ภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
ไทย	1	1	5	2
ต่างชาติ	มข	มข	มข	มข

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. 2549. และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต. 2549.

[1] สรุปข้อมูลจากสถานการณ์เอดส์จังหวัดพังงา ซึ่งสะสมตั้งแต่ปี 2534 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2549 สรุปรายงานเฉพาะผู้ป่วยสัญชาติไทย และสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของจังหวัดภูเก็ต สะสมตั้งแต่ปี 2532 ถึง 31 มกราคม 2549

อย่างไรก็ดี ปัญหาใหญ่ของสถานการณ์โรคเอดส์ในพื้นที่ประการหนึ่งก็คือ แนวทางปฏิบัติของสถานบริการภาครัฐในการจ่ายยาต้านไวรัส ทั้ง AZT และ ARV ให้แก่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ยังไม่มีมาตรการในทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่มีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ และขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง บางแห่งพบว่าไม่มีการจ่าย ARV ให้ผู้ป่วยต่างชาติ แต่สถานบริการบางแห่งก็จ่ายให้หากสามารถติดตามต่อเนื่องได้ ขณะที่บางแห่งมีการแจ้งเจ้าหน้าที่ส่งกลับประเทศ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการบางแห่งไม่ได้จ่ายยา AZT ให้ด้วยซ้ำแม้ว่าจะมีล่าม เนื่องจากปัญหาเรื่องความเข้าใจต่อวิธีกินยา ซึ่งอาจส่งผลต่อการดื้อยาได้ รวมทั้งกระบวนการให้คำแนะนำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือดก็ทำได้อย่างจำกัดเนื่องจากปัญหาในการสื่อสาร ความรู้ความเข้าใจของตัวแรงงาน และแนวทางที่ชัดเจนในการให้ยาต้านไวรัสฯ

ในภาวะเช่นนี้ การประสานความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ซึ่งทำโครงการดูแลเรื่องโรคติดต่อ ทั้งวัณโรค และเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่สำคัญได้แก่ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิรักษ์ไทย องค์การหมอไร้พรมแดน องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) เป็นต้น จึงกลายเป็นปัจจัยสนับสนุนอย่างสำคัญของการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในทุกระดับ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เข้าไม่ถึงความช่วยเหลือและบริการรักษาพยาบาลอย่างแรงงานข้ามชาติ ทั้งในการจัดหาล่ามหรืออาสาสมัครสื่อสารกับแรงงานข้ามชาติ การให้คำแนะนำปรึกษา รวมไปถึงการรณรงค์ ส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชน มีหมอสัญชาติเดียวกับแรงงานข้ามชาติให้บริการรักษาเคลื่อนที่ในชุมชน การติดตามรักษาต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา

> *MSF เข้ามาตั้ง office หลังสึนามิประมาณ 3 เดือน พบว่าแรงงานต่างชาติเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงการรักษา ก็เลยทำงานกับแรงงานต่างชาติที่ประสบภัย จะเน้น เอชไอวี-TB เป็นภารกิจหลัก เข้าไปตาม camp ก่อสร้าง ให้ข้อมูล ออก mobile ถ้าเจอว่าป่วยก็จะช่วยส่งไปโรงพยาบาล พอออกมาก็ดูแลติดตามต่อเนื่อง เรียกว่าทำการรักษาทั้งระบบ แต่จะเจอปัญหาเรื่องการสื่อสาร ก็เลยเสนอตัวเป็นล่ามให้ ประมาณต้นปี 2548 ส่งล่ามไปช่วยอยู่ที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า สถานีอนามัยก็มีอาสาฯของเราอยู่ ทำงานเต็มเวลา 6 วัน เพราะคนไข้เยอะมาก บางพื้นที่เจ้าหน้าที่ไม่ยอมจ่ายยา AZT ให้ เพราะกลัวเรื่อง follow up ทั้ง ๆ ที่ทาง MSF รับประกันเรื่องนี้ให้ในบางรายที่มีการเยี่ยมบ้านตลอดเวลาแล้วก็ตาม แล้วเราก็มีการประสานกับทาง MSF ที่ทะวาย หากมีกรณีว่าคนไหนอยากกลับพม่า ก็จะให้ไปรับยาทางนู้น เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง*
>
> (เจ้าหน้าที่องค์การหมอไร้พรมแดน จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 สิงหาคม 2549)

7.4 อนามัยแม่และเด็กในแรงงานข้ามชาติ

สำหรับแนวทางปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติที่ตั้งครรภ์และมาคลอดในสถานบริการนั้น ส่วนใหญ่แล้วสถานบริการของรัฐเองก็ให้บริการเช่นเดียวกับคนไทย ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด โดยแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถใช้สิทธิได้ เมื่อเข้ามาฝากครรภ์นั้นจะมีการตรวจเลือดทุกราย หากพบผลตรวจเป็นบวกก็จะเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษา จ่ายยา AZT และ NVP ให้คนละ 1 dose เช่นเดียวกับคนไทย เมื่อเด็กคลอดก็จะได้รับยา AZT เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และ NVP 1 dose ซึ่งยังมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกันไปในแต่ละที่ สถานบริการบางแห่งจะมีการเสนอให้เด็กเกิดใหม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพต่อเนื่องต่อไป มีการนัดฉีดวัคซีนหลังคลอดเหมือนคนไทย มีสมุดสีชมพูที่พิมพ์เป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น IOM มูลนิธิศุภนิมิตฯ เป็นต้น

โรงพยาบาลตะกั่วป่ามีการทำงานร่วมกับ IOM ที่มาสนับสนุนค่ายาต้านไวรัสให้ มีทีมประสานงานกับทุกแผนก คนที่มา ANC ถ้าพบว่าเป็นบวกก็จะมีล่ามจาก MSF ทำ counseling ให้ แต่เขาจะไม่รู้หลักเรื่องการใช้ยาโดยละเอียด แต่ละแผนกของโรงพยาบาลจะประสานงานกับตัวล่ามเองหากต้องการ ตอนนี้มีประจำอยู่ 3 คน

ยา AZT ตอนนี้ยังไม่ได้จ่ายให้ต่างชาติ แม้ว่าจะมีล่าม เพราะว่ายังไม่แน่ใจเรื่องความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องวิธีกินยา ซึ่งอาจส่งผลต่อการดื้อยาได้ พอหลังคลอดก็จ่ายยาให้เหมือนคนไทย กินตาม dose ที่กำหนด แต่คนไทยหลังคลอดก็จะได้ตรวจ CD-4 ให้กิน ARV ในช่วงที่รอคลอดก็จะได้ยา AZT บวก nevirapin เด็กจะได้กินยาตามอีก 6 อาทิตย์ แต่แม่มักจะไม่ค่อยได้พามาตรวจก็เลยไม่รู้ว่ากินครบหรือเปล่า เด็กที่คลอดมาก็จะให้ทำบัตรประกันสุขภาพ โดยห้องบัตรเขาจะมาประสานให้ซื้อทันที ถ้าเด็กป่วยส่วนใหญ่ก็จะซื้อเลย MSF เองก็จะแนะนำให้ซื้อ

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 30 พฤษภาคม 2549)

ก็มีการดูแลตลอดกระบวนการคลอดทั้งหมด ทำรายงานการคลอด แต่ไม่เคยแยกรายงานต่างชาติคลอด ตรวจเลือดถ้าติด เอชไอวี ก็ให้ AZT เรามีระบบ counseling ทุกที่ ถ้าพูดไทยได้ก็มีกระบวนการ counseling ให้ข้อมูลเหมือนกับคนไทย แต่ที่โรงพยาบาลถลางกับป่าตองไม่ได้ให้ยาเพราะว่าพูดกันไม่รู้เรื่อง ยาก็ไม่ค่อยพอ ถ้าไม่ได้มาตามนัดสม่ำเสมอก็จะเสียโอกาสคนอื่น ที่วชิระให้ยา AZT ของกรมอนามัย เราให้ยา ก็ต้องคิดว่าจะตามคนไข้ให้มารับยาได้ต่อเนื่องหรือไม่ เคยมี case ไม่มีบัตร ไม่ได้จดทะเบียนเขาก็ให้ส่งตม. เราก็ประสานให้ศุภนิมิตเข้ามาช่วย ตอนหลังก็มีฝึกงานกัน ทำเป็นหลักสูตร เขาส่งอาสาสมัครต่างชาติเข้ามาทำกิจกรรม ฝึกเยี่ยมบ้าน

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์เมื่อ 1 มิถุนายน 2549)

ในกระบวนการแจ้งเกิดนั้น กฎหมายไทยไม่ได้ให้สัญชาติแก่เด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและไม่มีการออกสูติบัตรให้ แม้สถานบริการส่วนใหญ่จะออกใบรับรองการเกิดให้แก่เด็กทุกราย เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการแจ้งเกิด ขอสูติบัตรกับฝ่ายทะเบียนราษฎร์ ซึ่งต้องรายงานทั้งการย้ายเข้า-ออก และเกิด-ตายของแรงงานข้ามชาติ แต่ในทางปฏิบัติแล้วพบว่า ยังมีการดำเนินการที่แตกต่างกันในการออกใบรับรองการเกิดให้แก่แรงงานข้ามชาติ เนื่องจากความเข้าใจที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเก็บหลักฐานไว้ที่สถานบริการ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าต้องไปแจ้งเกิด แรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนก็ยิ่งไม่ไปแจ้งเนื่องจากกลัวถูกจับและส่งกลับ เจ้าหน้าที่เองก็ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการออกหนังสือรับรองการเกิดและการรับแจ้งเกิดเด็กข้ามชาติ ซึ่งเป็นคนละประเด็นกับการได้รับสัญชาติไทย นอกจากนี้ก็ไม่มีการรายงานข้อมูลเด็กเกิดใหม่ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้ทราบจำนวนและรายละเอียดของสถานการณ์ด้านนี้ เป็นต้น

เวลามีต่างชาติมาคลอด เราจะให้ใบรับรองการเกิดไปกับแม่เด็กไปเลย แล้วก็แนะนำตามกระบวนการไปแจ้งเกิดเพื่อขอสูติบัตร ออก 13 หลัก นัดฉีดวัคซีนหลังคลอด ทำเหมือนกันทั้งคนไทยและต่างชาติ แต่รายงานเด็กเกิดที่ส่งสสจ.เป็นภาพรวมไม่ได้แยกเชื้อชาติ ถ้าเป็นฝรั่งชาวตะวันตกจะใช้คำว่า 'ชาวต่างประเทศ' ระบุสัญชาติไว้ด้วย แต่ถ้าเป็นพวกมอญ พม่าจะใช้คำว่า 'แรงงานต่างด้าว'

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์เมื่อ 28 สิงหาคม 2549)

ตารางที่ 7.22 จำนวนแรงงานหญิงข้ามชาติที่ตั้งครรภ์และคลอดในจังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2548

	จังหวัดพังงา		จังหวัดภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์	759	779	545	994
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	512	502	166	167
จำนวนหญิงที่คลอดโดย				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	291	297	153	158
ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	0	0	0	0
หมอตำแย/เพื่อน/คลอดเอง	31	0	4	8
จำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร	29	37	22	32
จำนวนหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	0	0	0	1

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

เด็กที่เป็นลูกหลานของแรงงานข้ามชาติที่อาศัยกระจายกันอยู่ในชุมชนต่างๆ เหล่านี้ได้รับการป้องกันสุขภาพผ่านทางโครงการฉีดวัคซีนหรือคลินิกเคลื่อนที่ แม้จะมีจำนวนหนึ่งที่ได้รับสิทธิรับบริการจากการซื้อบัตรประกันสุขภาพในฐานะผู้ติดตาม ซึ่งการติดตามพ่อแม่ไปทำงานก็มักจะมีแนวโน้มที่เด็กจะเข้าสู่ตลาดแรงงานตั้งแต่อายุยังน้อย

ตารางที่ 7.23 การได้รับวัคซีนชนิดต่าง ๆ ของแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดพังงาและภูเก็ต ปี 2547-2548

การได้รับวัคซีน	จังหวัดพังงา		จังหวัดภูเก็ต	
	2547	2548	2547	2548
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน	659	743	140	535
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในช่วง NID 2 ครั้ง	มข	มข	435	2,149
หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก	717	662	336	583

ที่มา: .. กุลภา วจนสาระ. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำงานสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นปัญหาเดิม ๆ ที่เคยประสบ ซึ่งที่จริงแล้วอาจเป็นสภาวะทั่วไปของแรงงานที่หลบหนีเข้าเมืองมาทำงานอยู่ในเมืองไทย นั่นคือ (1) ตัวแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามมีลักษณะเคลื่อนย้ายบ่อย ทั้งเนื่องจากประเภทของการจ้างงาน เช่น ประมง ก่อสร้าง การหมุนเวียนเปลี่ยนงานสูง และการหลบซ่อนอยู่ในชุมชนที่ต่าง ๆ ทำให้ยากต่อการสำรวจ เข้าถึง และติดตามรักษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีของโรคติดต่อและผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่ต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง (2) ภาษาการสื่อสาร เป็นอุปสรรคต่อการทำความเข้าใจ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องให้คำปรึกษาในเรื่องโรคติดต่อต่าง ๆ รวมถึงอนามัยเจริญพันธุ์ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการติดตามควบคุมโรคเหล่านี้ (3) การจัดการแรงงานข้ามชาติไม่มีเจ้าภาพหลัก มีลักษณะต่างคนก็ต่างทำ ไม่มีการประสานกันในภาพรวม ทั้งหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชน ที่สำคัญคือในแต่ละภาคส่วนเหล่านี้ต่างมองเห็นเพียงมุมของตัวเอง และให้ความสำคัญกับมิติที่ตัวเองสนใจเท่านั้น เช่น ภาครัฐมักเน้นความมั่นคง ภาคเอกชนมองจากผลประโยชน์ในการได้แรงงานราคาถูก ส่วนใหญ่ไม่มีสวัสดิการให้กับลูกจ้างตนเอง ขณะที่ภาคประชาสังคมก็ให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิประโยชน์และสวัสดิการทางสังคมของแรงงานเป็นหลัก

7.5 องค์กรประชาสังคมกับงานสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ

ทั้งสองจังหวัดที่ศึกษาเป็นพื้นที่ซึ่งมีองค์กรภาคประชาสังคมเข้าไปดำเนินการอยู่จำนวนมาก ทั้งที่เป็นองค์กรพัฒนาในประเทศเองและองค์กรระหว่างประเทศ กล่าวได้ว่าส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากเหตุการณ์สึนามิ ที่มีการระดมความช่วยเหลือจากองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาในพื้นที่ประสบภัย 6 จังหวัดภาคใต้แทบทุกประเด็นปัญหา และมีการขยายกลุ่มเป้าหมายและประเด็นปัญหามาสู่แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ในที่สุด

องค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเสริมการทำงานด้านสาธารณสุขร่วมกับภาครัฐ โดยเฉพาะการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจสถานการณ์เสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งเรื่องโรคติดต่ออย่างวัณโรค เอดส์ ไข้เลือดออก และสุขอนามัยอื่น ๆ นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนงบประมาณ ล่าม อาสาสมัครต่างชาติ ไปจนถึงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำคลินิกสุขภาพชุมชน เป็นต้น เฉพาะจังหวัดพังงาและภูเก็ตนั้น มีองค์กรภาคประชาสังคมเข้าไปทำงานหลากหลายองค์กร ที่ไม่อาจกล่าวถึงได้หมดในรายงานฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงขอหยิบยกเพียงบางองค์กรที่ได้สัมภาษณ์พูดคุยขณะลงพื้นที่เก็บข้อมูลเท่านั้น ทั้งนี้ โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีการประสานงานร่วมมือกันในด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับสถานบริการ ได้แก่

องค์การหมอไร้พรมแดน (Medicins Sans Frontieres-MSF) เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ก่อตัวขึ้นในปี 2514 โดยกลุ่มหมอชาวฝรั่งเศส มีเป้าหมายให้ความช่วยเหลือ ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบในภาวะความขัดแย้ง ภัยพิบัติธรรมชาติและโรคระบาดต่างๆ โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งไม่เลือกชนชาติ ศาสนา และลัทธิการเมือง ภายใต้แนวคิดที่ว่าทุกคนในโลกนี้มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ถูกกีดกั้นด้วยเส้นพรมแดนระหว่างประเทศ เข้ามาทำงานสาธารณกุศลด้านการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องวัณโรค และเอชไอวี ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อปี 2536 ภารกิจหลักคือการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรคและเอดส์ โดยพยายามทำการรักษาทั้งระบบตั้งแต่วินิจฉัยเบื้องต้น ให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด บริการยาป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส ยาต้านไวรัสฯ ดูแลรักษาส่งต่อโรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่อง

MSF ให้บริการรักษาและดูแลต่อเนื่องในกลุ่มประชากรที่ยังอยู่ห่างไกลและเข้าไม่ถึงบริการ ทั้งที่เป็นชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และชาวลาวอพยพ โครงการที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยได้แก่ *โครงการบริการด้านการรักษาผู้ติดเชื้อและการป้องกัน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ให้แก่ผู้ต้องขัง* และให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการรักษาโรคฉวยโอกาสและรับยาต้านไวรัสฯอย่างทั่วถึงดำเนินการในเรือนจำพิเศษมีนบุรี เมื่อปี 2546 และเรือนจำกลางบางขวาง เมื่อปี 2547 *โครงการให้การดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อที่อ.กุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์* เมื่อปี 2545 ซึ่งเป็นความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน และเริ่มใช้ยาต้านไวรัสสูตรสำรอง ตามสูตรยาและแนวทางการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (องค์การหมอไร้พรมแดน 2549: 3-4)

โครงการขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายตามเขตชายแดนประเทศไทย 3 กลุ่ม คือ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อยที่ยังไม่ได้รับสัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และชนไร้รัฐที่เดินทางข้ามพรมแดน ในปี 2547 มีเป้าหมายให้การรักษา 60 คนต่อเนื่อง 2 ปี โดยเป็นความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่สายและเชียงแสน จ.เชียงราย และนอกจากนี้ยังมี*โครงการดูแลผู้ติดเชื้อที่จังหวัดเพชรบุรี สุรินทร์ เพชรบูรณ์* และ*โครงการให้ความรู้และช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดพังงา* ร่วมกับโรงพยาบาลตะกั่วป่า ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบการระบาดของวัณโรค มาเลเรีย เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด ขณะที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านฯ ทั้งการสื่อสารหรือแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนในการได้รับยาแม้จะมีสถานะทางกฎหมายก็ตาม (องค์การหมอไร้พรมแดน 2549: 5, 8)

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration–IOM) เข้ามาช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพังงาตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขทำโครงการช่วยเหลือบุคคลต่างด้าวที่ประสบภัยจากคลื่นยักษ์สึนามิ ในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติหนาแน่น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อสูง ได้แก่ บ้านท่านุ่น อ.ตะกั่วทุ่ง บ้านทับละมุ อ.ท้ายเหมือง บ้านน้ำเค็ม อ.ตะกั่วป่า และบ้านแพปลา อ.คุระบุรี โดยตั้งศูนย์ประสานงานให้ความช่วยเหลือบุคคลต่างด้าวที่ประสบภัยสึนามิ ที่สถานีอนามัยบ้านน้ำเค็ม มีการจัดอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติและพนักงานสาธารณสุขต่างชาติในแต่ละพื้นที่ ให้ความช่วยเหลือในการพิสูจน์ศพแรงงานข้ามชาติ สำรวจข้อมูลพื้นฐาน ทั้งจำนวนและลักษณะของแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ตามชุมชนต่าง ๆ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำงานด้านสุขอนามัย รวมทั้งการสำรวจสถานภาพด้านสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (จิรวัฒน์, 2549) นอกจากนี้ยังทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในระดับชุมชน เช่น การให้วัคซีน อบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่าง ๆ ในกลุ่มเสี่ยง สนับสนุนเวชภัณฑ์ ถุงยางอนามัย สร้างคลีนิกสุขภาพชุมชน (health post) เป็นต้น

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision) เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนในเครือขององค์กรศุภนิมิตสากล ที่ก่อตั้งในประเทศไทยเมื่อปี 2517 เป็นองค์กรคริสเตียนเพื่อการพัฒนาและสาธารณกุศลที่ดำเนินพันธกิจต่างๆ ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและให้ความช่วยเหลือผู้ยากไร้ ด้อยโอกาสในสังคม และผู้ที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาเด็ก ครอบครัว และชุมชน แต่เดิมนั้นมีบทบาทในการบรรเทาทุกข์ ช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่และอนามัยในศูนย์อพยพจังหวัดต่างๆ เนื่องจากปัญหาผู้ลี้ภัยชาวอินโดจีนที่หลั่งไหลเข้ามาตามชายแดน หลังจากนั้นก็ขยายบทบาทองค์กรไปสู่การอุปการะและพัฒนาเด็กด้อยโอกาส ให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่ยากไร้ และการพัฒนาชุมชนให้พึ่งพาตนเอง

นอกจากนี้ มูลนิธิฯยังได้มีโครงการบรรเทาทุกข์ฉุกเฉินและการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม ซึ่งให้การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยต่าง ๆ และประสานงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ดำเนินโครงการพิเศษต่างๆ ที่เป็นปัญหาเร่งด่วนในสังคม เช่น ปัญหาโรคเอดส์ ยาเสพติด สิทธิเด็กและสตรี ปัญหาการค้ามนุษย์ เป็นต้น มีพื้นที่ดำเนินงาน 94 โครงการ ใน 46 จังหวัดทั่วประเทศ (http://worldvision.or.th/index.html) ซึ่งโครงการฟ้ามิตร (PHAMIT) เองก็เป็นหนึ่งในโครงการพิเศษของมูลนิธิ

สำหรับจังหวัดพังงาและภูเก็ตนั้น เป็นพื้นที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ ทางมูลนิธิฯจึงมีโครงการบรรเทาทุกข์ฉุกเฉินและฟื้นฟูสภาพผู้ประสบภัยคลื่นยักษ์สึนามิ โดยประสานงานกับหน่วยงานราชการ เอกชน เครือข่ายชาวบ้านและอาสาสมัครในชุมชนในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ผู้ประสบภัยทั้งชาวไทยและแรงงานข้ามชาติ เช่น ในพื้นที่ อ.ตะกั่วป่า อ.ท้ายเหมือง และอ.คุระบุรีของจังหวัดพังงา ซึ่งถือว่าเป็นจังหวัดที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด มีโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว (PHAMIT) และโครงการป้องกันวัณโรคในพื้นที่ ออกให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ทั้งเครื่องอุปโภคบริโภค วัสดุอุปกรณ์ในการสร้างที่พัก อาคารเรียน และสนับสนุนยารักษาโรคให้กับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

ส่วนจังหวัดภูเก็ตนั้น มูลนิธิฯ เข้ามาดำเนินโครงการตั้งแต่ปี 2546 นอกเหนือจากความช่วยเหลือเฉพาะหน้าแก่กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ประสบภัยสึนามิแล้วก็ยังมีโครงการฟ้ามิตร โครงการโรงเรียนริมหาด ซึ่งให้ความช่วยเหลือและพัฒนาเด็กในภาวะยากลำบาก เช่น เด็กเร่ร่อน และโครงการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชาวประมง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากออสเตรเลีย (มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย) มีการร่วมมือกับสถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดออกให้บริการเคลื่อนที่ในชุมชน 4–5 ครั้ง/เดือน จัดอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาวะแก่แรงงานข้ามชาติ โดยมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครลงพื้นที่ในชุมชนแรงงาน ทั้งแพปลา และแคมป์ก่อสร้าง

นอกจากนี้ก็มีโครงการที่จะให้ความรู้ในเรื่องกฎหมายและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ และมิติด้านสุขภาพจิตในแรงงานข้ามชาติเนื่องจากปัญหาที่ตัวแรงงานมักจะถูกเจ้าหน้าที่คุกคาม ข่มขู่ เช่น ในภูเก็ตมีข้อบังคับภายในจังหวัดห้ามแรงงานข้ามชาติเที่ยวกลางคืน หลัง 2 ทุ่ม เว้นแต่มีนายจ้างไปด้วย

กล่าวได้ว่าบทบาทของมูลนิธิศุภนิมิตฯที่ดำเนินงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งพังงาและภูเก็ตที่สำคัญคือ การฝึกอบรมและจัดทีมอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติตามชุมชนต่าง ๆ ให้คำปรึกษาสายด่วนทางโทรศัพท์ จัดบริการด้านอนามัยสาธารณสุข ประสานและส่งตัวผู้ติดเชื้อเอดส์เข้ารับการรักษาพยาบาล จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน เพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคติดต่อทางการมีเพศสัมพันธ์ ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว การดูแลตนเองเรื่องสุขอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ ตลอดทั้งผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ประเภทแผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอสารคดีในภาษาของแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation) เป็นภาคีหนึ่งในโครงการฟ้ามิตร ก่อตัวในปี 2539 จากกลุ่มของแรงงานที่สามารถเป็นล่ามแปลภาษาในโรงพยาบาลให้กับแรงงานข้ามชาติที่ทำงานก่อสร้างในเชียงใหม่ ซึ่งมักประสบปัญหาด้านภาษาและค่ารักษาพยาบาล จดทะเบียนเป็นมูลนิธิในปี 2545 ทำกิจกรรมกับแรงงานข้ามชาติในเชียงใหม่ อ.แม่สอด และพังงา (ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ) 2 โครงการใหญ่ๆ คือ

(1) AAA-Act Against Abuse เป็นปฏิบัติการร่วมเพื่อต่อต้านการกระทำความรุนแรงในแรงงานข้ามชาติที่ถูกละเมิดสิทธิ ถูกเอารัดเอาเปรียบในที่ทำงานหรือถูกกระทำรุนแรงทางเพศ และส่งเสริมเรื่องสิทธิแรงงาน มีการจัดทำคู่มือกลไกอัตโนมัติในการตอบรับกรณีความรุนแรงต่อแรงงานหญิงข้ามชาติและผู้ลี้ภัย เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้หญิงที่ถูกละเมิด การเข้าถึงกระบวนการสุขภาพ และการบริการทางด้านกฎหมาย (เป็นสื่อ 5 ภาษา คือ พม่า ไทใหญ่ กะเหรี่ยง ไทย และอังกฤษ) รวมถึงความรู้เรื่องสิทธิด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะการรับบริการประกันสุขภาพของแรงงานจดทะเบียน สิทธิแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ตามกฎหมายแรงงานไทย และอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่อง สิทธิแรงงาน การจ่ายค่าแรงงาน รวมทั้ง อุบัติเหตุในที่ทำงาน เวลาการทำงานพื้นฐาน และการทำงานนอกเวลา เป็นต้น

(2) CHE-สุขภาพและการศึกษาของชุมชน เป็นการลงไปเยี่ยมแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ การศึกษา แจกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทักษะชีวิต และประเด็นอื่น ๆ ในภาษาของแรงงาน คือ ไทยใหญ่ กะเหรี่ยง พม่า และลาหู่ โดยเฉพาะเรื่องการแพร่กระจายและการป้องกัน เอชไอวี/AIDS ยาต้านไวรัส สุขภาพผู้หญิง การวางแผนครอบครัว มาลาเรีย และวัณโรค นอกจากนี้ยังจัดตั้งศูนย์ข้อมูลในชุมชนตามความต้องการของแรงงานในแต่ละพื้นที่ และเปิดรับโทรศัพท์ให้แรงงานโทรเข้ามาขอข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการจดทะเบียนในช่วงที่รัฐเปิดให้จดทะเบียนแรงงานอีกด้วย (http://www.mapfoundationcm.org/Thai/top_t.html)

มูลนิธิรักษ์ไทย เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ก่อตั้งเมื่อปี 2540 เข้าร่วมเป็นสมาชิกแคร์นานาชาติ ในปี 2546 ทำงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ และงานพัฒนาในกว่า 80 ประเทศทั่วโลก เน้นทำงานกับคนจน และคนชายขอบ/ด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถเข้าถึงทรัพยากร และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างพอเพียง ได้รับสิทธิ และมีศักดิ์ศรี โดยไม่เลือกปฏิบัติ ใน 32 จังหวัดทั่วประเทศ ลักษณะงานของมูลนิธิมี 5 ประเด็นคือ

(1) งานด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ มีโครงการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งพื้นที่ต้นน้ำแม่แจ่ม

(2) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเอชไอวี/เอดส์ เริ่มในปี 2536 ซึ่งมีการระบาดของเอดส์อย่างมากในภาคเหนือ และขยายสู่ทุกภาคของประเทศ และยังได้ขยายงานด้านเนื้อหาสู่งานสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ลักษณะงานมีหลายรูปแบบ ตั้งแต่การทำงานช่วยเหลือครอบครัวโดยตรงในภาวะฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเกิดโรค การทำงานเครือข่ายส่งเสริมองค์กรชุมชน ร่วมกับองค์กรภาคี การทำงานด้านสิทธิ และการทำงานเชิงนโยบาย

(3) งานส่งเสริมรายได้และธุรกิจชุมชน มีโครงการสนับสนุนด้านสังคม ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) และสหภาพยุโรป เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสินเชื่อ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ในเขตภาคเหนือและภาคอีสาน

(4) งานด้านส่งเสริมการศึกษา มีโครงการห้องสมุดเคลื่อนที่ มุ่งเน้นให้เด็ก เยาวชน และคนในชุมชนด้อยโอกาสในพื้นที่ชายแดนอีสาน เข้าถึงองค์ความรู้สื่อที่ทันสมัยและหลากหลาย และ

(5) งานด้านการบรรเทาสาธารณภัย การช่วยเหลือฟื้นฟูในภัยพิบัติ เป็นหนึ่งในงานหลักของมูลนิธิ มีโครงการฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบสึนามิประเทศไทย ปี 2547 ในจังหวัดพังงา ระนอง และกระบี่

สำหรับจังหวัดพังงานั้น มูลนิธิรักษ์ไทยมีการดำเนินโครงการในหลายลักษณะ ทั้งโครงการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภัยสึนามิ โครงการด้านเอดส์และสุขภาพ โครงการด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ โดยมีสำนักงานตั้งอยู่ในจังหวัดด้วย ส่วนการดำเนินงานของมูลนิธิฯ ในจังหวัดภูเก็ตมีเพียงโครงการด้านเอดส์และสุขภาพเท่านั้น

กลุ่มเป้าหมายของมูลนิธิฯได้แก่ ชนชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในภาคเหนือ เยาวชน ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้หญิง เด็กเยาวชน ที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี เอดส์ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก สึนามิ ครอบครัวยากจนในพื้นที่ชายแดนภาคอีสาน และแรงงานข้ามชาติ

กลุ่มปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวผู้ประสบภัยจากสึนามิ (TSUNAMI ACTION GROUP-TAG) เป็นการรวมตัวของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่แรงงานข้ามชาติผู้ประสบภัยสึนามิ เช่น จัดหาอาหารและสิ่งของบรรเทาทุกข์ ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ค้นหาผู้สูญหาย ประสานงานในการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล ทำพิธีทางศาสนา และยื่นขอเอกสารแสดงตน เป็นต้น แต่เป็นการรวมกลุ่มเฉพาะกิจ โดยได้สลายตัวไปตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2548 เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรในการดำเนินงาน (จิรวัฒน์, 2549: 56)

Grassroots-HRE and Development Committee (Burma) เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยชาวพม่าที่เข้ามาให้การช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติที่ประสบภัย ซึ่งเข้าไม่ถึงบริการสงเคราะห์ใด ๆ หลังเกิดเหตุการณ์สึนามิ แต่พบว่ามีเด็กลูกหลานแรงงานข้ามชาติอยู่ในชุมชนจำนวนไม่น้อย จึงของบสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศสร้างเป็นศูนย์การเรียนการสอนสำหรับเด็กขึ้นและเปิดเป็นห้องสมุดในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่หนาแน่นศูนย์ฯ ทั้งหมดอยู่ในจังหวัดพังงา กิจกรรมของกลุ่มได้แก่การจัดสร้างศูนย์การเรียนการสอนในเครือข่ายของมูลนิธิเด็ก ซึ่งจะสอนภาษาไทย-พม่า-อังกฤษให้กับเด็กในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสอนหนังสือ ทั้งชาวพม่าและไทย ศูนย์เรียนรู้หรือ learning center ที่ว่านี้อยู่ใน 6 ชุมชน ได้แก่ บางเนียง ปากวีป น้ำเค็ม คุระบุรี ปะการัง และตะกั่วทุ่ง ซึ่งกลายเป็นที่ดูแลเด็กในระหว่างที่พ่อแม่ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติไปทำงาน

นอกจากนี้ยังมีโครงการที่เป็นความร่วมมือระหว่างประเทศที่เข้ามาทำโครงการในพื้นที่ เช่น จังหวัดภูเก็ต ที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือในโครงการ Global AIDS Program (GAP) ตั้งแต่ปี 2544 โดยดำเนินการผ่าน***ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข*** (Thailand MOPH - US CDC Collaboration : TUC) ซึ่งได้เลือกภูเก็ตเป็นจังหวัดหนึ่งในเครือข่ายการดำเนินงานในภาคใต้ เนื่องจากสถานการณ์เอดส์ของจังหวัดภูเก็ตมีความรุนแรงมากขึ้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตมีความพร้อมในการดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจำนวน 720,500 เหรียญสหรัฐ หรือ 28,099,500 บาท ในการดำเนินงานร่วมกับ TUC ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อตกลงร่วมกันใน 7 ด้าน คือ 1. การบริการทางห้องปฏิบัติการ 2. ระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศ 3. การอบรมและการสื่อสาร 4. การดูแลรักษาและให้คำปรึกษา 5. การป้องกันและดูแลในครอบครัว 6. การป้องกันและดูแลในประชากรกลุ่มพิเศษ 7. การเฝ้าระวังการควบคุมกำกับและประเมินผล

เป้าหมายของโครงการก็คือ การเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนาและเพิ่มศักยภาพระบบการดูแลรักษาและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เครือข่ายการดำเนินงานมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการในระดับชุมชน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลถลาง โรงพยาบาลป่าตอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เทศบาล เรือนจำจังหวัด สถาบันอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัด เช่น โรงพยาบาลสิริโรจน์ภูเก็ต โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต โรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ต สถานพยาบาลภูเก็ตรวมแพทย์ รวมถึงชมรมผู้ประกอบการสถานบันเทิงหาดป่าตอง ชมรมเพื่อนอันดามันใต้ ชมรมเกย์ภูเก็ต และชมรมร้านขายยา เป็นต้น

ช่วงแรกของการดำเนินงานเป็นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งในเดือนมกราคม–มีนาคม 2547 ได้รับการอนุมัติโครงการจำนวน 3 โครงการ ได้แก่ (1) โครงการจัดตั้งสำนักงานควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เครือข่ายจังหวัดภูเก็ต (2) โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคเอดส์ โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค (3) โครงการพัฒนาห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และต่อมามีโครงการเพิ่มเติมอีก ได้แก่ โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชายรักร่วมเพศ โครงการพัฒนาการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค โครงการพัฒนาศักยภาพระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดภูเก็ต โครงการเพิ่มศักยภาพระบบการควบคุมกำกับและประเมินผล งานป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค เครือข่ายจังหวัดภูเก็ต โครงการพัฒนาการบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง โครงการพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโครงการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในจังหวัดภูเก็ตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ระบบการเฝ้าระวัง กลวิธีการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทดสอบผล (ประพรศรี, สุวรรณา และเสาวนีย์, 2548)

7.6 สรุปและเสนอแนะ

ในท่ามกลางความเห็นขัดแย้งของคนในสังคมต่อเรื่องแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เห็นว่าแรงงานเหล่านี้เป็นองค์ประกอบอันจำเป็นต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจไทยในหลายระดับการจ้างงาน และทั้งที่เห็นว่าแรงงานต่างชาติต่างภาษาต่างวัฒนธรรมเหล่านี้เป็น “คนนอก” อันนำมาซึ่งความไม่ปลอดภัยในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นอาชญากรรม หรือโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่ตกเป็นภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลชีวิตของผู้คนเหล่านี้ให้ดำเนินไปสู่วิถีที่คิดว่าควรจะเป็น หรือกระทั่งทัศนะที่มองว่าการทะลักเข้ามาของแรงงานคนนอกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สั่นคลอนความมั่นคงของประเทศก็ตาม หนึ่งในคำถามสำคัญที่สังคมไทยควรข้ามผ่านทัศนะขัดแย้งข้างต้นไปให้ถึงก็คือ ในฐานะที่เป็นประเทศปลายทางของแรงงานเหล่านี้ เราจะมีแนวทางปฏิบัติหรือมาตรการระยะยาวในการจัดการกับปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างไร นอกเหนือจากการกำหนดแนวทางการจดทะเบียนแรงงาน การตรวจสุขภาพแรงงานตามมติ ครม.เมื่อถึงกำหนดเวลาประหนึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ารายปี

รายงานฉบับนี้มีความมุ่งหมายเพียงแสดงให้เห็นถึงบริบทแวดล้อมของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภาคใต้ คือ พังงาและภูเก็ต ซึ่งเลือกที่จะมุ่งไปสู่ความเป็นเมืองท่องเที่ยว ตามที่กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มจังหวัดสามเหลี่ยมอันดามัน เพื่อรองรับกับเม็ดเงินที่คาดว่าจะไหลเข้าจากการท่องเที่ยวและภาคบริการที่เกี่ยวข้อง และทิ้งภาคการผลิตพื้นฐาน คือเกษตรกรรม ทั้งการทำสวน เพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ ประมง และงานใช้แรง สกปรก อันตรายอื่น ๆ ไว้ให้แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นแรงงานที่อพยพมาจากประเทศพม่า เนื่องจากมีเขตติดต่อทางทะเล และไม่ไกลจากระนองอันเป็นจังหวัดชายแดนติดกับพม่ามากนัก แรงงานข้ามชาติในสองจังหวัดที่ศึกษามีลักษณะแตกต่างกันตามบริบททางเศรษฐกิจของจังหวัด นั่นคือ แรงงานในจังหวัดพังงาส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตร ทั้งสวนยางและประมง ขณะที่แรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ตอยู่ในภาคก่อสร้าง และร้านค้าต่าง ๆ

ในส่วนของสถานการณ์ทางสาธารณสุขแรงงานข้ามชาตินั้น หากมองในแง่ของมาตรการที่กำหนดให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแล้ว จะเห็นว่าในภาพรวมนั้นส่งผลในทางบวก แม้สถานบริการหลายแห่งจะโอดครวญถึงภาระงานและความรับผิดชอบที่มากขึ้น ควบคู่ไปกับความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสรรเงินประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติซึ่งยังสับสนไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ แต่เมื่อเทียบภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับจำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรแล้วกล่าวได้ว่า เป็นส่วนที่เข้ามาสนับสนุนการให้บริการของภาครัฐไม่น้อยทีเดียว ขณะเดียวกันการติดตามควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติก็ยังคงประสบกับปัญหาเดิม ๆ นั่นคือ ทำได้ยากเนื่องจากปัจจัยในตัวแรงงานที่เคลื่อนย้ายบ่อย ปัญหาในการให้ความรู้ความเข้าใจเนื่องจากการสื่อสารและเจ้าหน้าที่เข้าไม่ถึงตัวแรงงาน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาเฉพาะสถานการณ์ในเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติแล้ว อาจสรุปได้ดังนี้คือ

(1) ระบบรายงานและการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องของภาครัฐ ยังไม่เท่าทันและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ดังข้อมูลในรายงานที่พบว่า การเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น มีการนับซ้ำ ไม่ตรงกัน ล่าช้า และอาจไม่เห็นความสำคัญของการเก็บข้อมูลในบางเรื่อง ตัวอย่างเช่นกรณีของการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ซึ่งไม่มีการแยกสัญชาติ หรือข้อมูลพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติ การไม่มีฐานข้อมูลหรือไม่ได้สร้างช่องทางส่งผ่านข้อมูลที่เกี่ยวข้องทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ด้านนี้ได้อย่างครอบคลุม

(2) การจัดระบบรองรับของภาครัฐยังไม่พร้อมและครอบคลุมกับสถานการณ์ ขณะเดียวกันมาตรการและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติก็ยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจและการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคล เช่น แนวทางในการจ่ายยาต้านไวรัสให้แก่แรงงานข้ามชาติผู้ติดเชื้อ การจัดล่ามหรืออาสาสมัครต่างชาติรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นต้น

(3) แม้ภาครัฐจะมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการจัดสวัสดิการและให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน แต่ที่จริงแล้วภาคประชาสังคมก็มีบทบาทสำคัญในด้านนี้ไม่น้อยไปกว่าภาครัฐ โดยเฉพาะ**การเข้ามาดำเนินโครงการลักษณะต่าง ๆ ในพื้นที่ขององค์กรพัฒนาเอกชน อันเป็นส่วนสนับสนุนสำคัญต่อการรับมือกับสถานการณ์ด้านสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ** โดยเฉพาะโครงการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาวะและการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพอย่างแรงงานข้ามชาติ ทั้งเรื่องการติดตามควบคุมโรคติดต่ออย่างวัณโรค เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอนามัยแม่และเด็ก และการจัดหาล่าม อาสาสมัครต่างชาติเข้าไปทำงานร่วมกับภาครัฐ โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่ภาครัฐซึ่งเป็นผู้จัดบริการเองเข้าไปติดตามดูแลไม่ถึง

(4) ข้อท้าทายในการทำงานมิติสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เห็นได้ว่า การทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่าง ๆ ที่ดำเนินโครงการอยู่ในพื้นที่ เป็นประหนึ่งชิ้นส่วนที่สอดรับและช่วยผนึกกำลังการทำงานของกันและกัน ทั้งยังกลายเป็นความท้าทายของแต่ละองค์กรที่จะหาทางก้าวพ้นปัญหาเรื่องการจัดการแรงงานข้ามชาติ ซึ่งยังเลื่อนไหลไม่ลงตัวเป็นระบบ และพัฒนาไปสู่การจัดการในเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ มากกว่าการแก้ปัญหาเฉพาะกรณี นอกจากนี้แล้ว แม้จะไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าความเคลื่อนไหวคืบหน้าในการจัดการเรื่องแรงงานข้ามชาติเป็นผลจากการดำเนินโครงการขององค์กรต่าง ๆ แต่ก็คงไม่อาจสรุปได้เช่นเดียวกันว่าเป็นคุณูปการของโครงการใดเป็นการเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548. *รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย* ปี 2548. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

จิรวัฒน์ บุญรักษ์. 2549. *เอกสารประกอบการติดตามการดำเนินงาน โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน(IOM) ในการให้ความช่วยเหลือคนต่างด้าวที่ประสบภัยคลื่นยักษ์สึนามิ.* พังงา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. เอกสารอัดสำเนา.

ประพรศรี นรินทร์รักษ์, สุวรรณา หล่อโลหการ และเสาวนีย์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. 2548. *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอ็ชไอวี จังหวัดภูเก็ต ปี 2547.* <http://www.pkto.moph.go.th/mos/ index.php?option=com_content&task =view&id=69&Itemid=56> สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2549.

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. "ศุภนิมิตฯ ทุ่มงบ 8 ล้าน ฟื้นฟู 4 จังหวัดเหยื่อสึนามิ" <http://www.worldvision.or.th/ newsletter/Tsunami_news_t.htm>

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. <http://www.worldvision.or.th>

สำนักงานจังหวัดภูเก็ต. 2548. <http://www.phuketpoc.go.th/%7Epoc/data/view.php?id_display=00005&id= 00168>

สำนักงานจังหวัดภูเก็ต. 2548. *ยุทธศาสตร์จังหวัดภูเก็ต.* <http://www.phuket.go.th/data/CEO/Strategy/ phuket_andaman.files/frame.htm>

สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา. 2547. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 ก.ค.–10 ก.พ. 2548).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา. 2548. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย.–30 ส.ค. 2548).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา. 2549. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย.–30 ส.ค. 2549).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต. 2547. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 ก.ค.–31 พ.ค. 2548).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต. 2548. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย. 2548–28 ก.พ. 2549).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดภูเก็ต. 2549. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา (ระหว่างวันที่ 1–30 มิ.ย. 2549).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. 2549. รายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ครั้งที่ 7/2549 ประจำเดือน สิงหาคม 2549 วันพฤหัสบดีที่ 30 สิงหาคม 2549. <http://www.pkto.moph.go.th/mos/index.php?option=com_docman&task=view_category&Itemid= 65&subcat=11&catid=96&limitstart=0&limit=15>

สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดพังงา. 2548. <http://www.moc.go.th/opscenter/pg/sadtakit.htm>

สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดพังงา. 2549. *ข้อมูลเศรษฐกิจการค้าจังหวัดพังงา.* <http://www.moc.go.th/opscenter/pg/ sadtakit.htm> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. *ตารางสถิติ Gross Regional and Provincial Products 2005 (Estimation).* <http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. 2547. *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.* <http://www.phdb.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. 2548. *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.* <http://www.phdb.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548. *ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค.* <http://epid.moph. go.th/dssur/index.htm> สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2549.
องค์การหมอไร้พรมแดน. 2549. *จดหมายข่าว องค์การหมอไร้พรมแดน เบลเยี่ยม (ประเทศไทย).* ฉบับที่ 2 ปี 2549.
เอมอร กิตติธรกุล. 2549. *สถานการณ์โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค จังหวัดภูเก็ต.* เอกสารอัดสำเนา.
http://www.patonghospital.com/msm/index.php?option= com_akogallery&Itemid=53
มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์. <http://www.mapfoundationcm.org/Thai/top_t.html>

สัมภาษณ์

กรรมการหอการค้าจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์, 1 มิถุนายน 2549.
เจ้าหน้าที่มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2549.
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 28 สิงหาคม 2549.
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2549.
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์, 1 มิถุนายน 2549.
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัยลำแก่น จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2549.
เจ้าหน้าที่สำนักงานจัดหางานจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 29 พฤษภาคม 2549.
เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 29 พฤษภาคม 2549.
เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์, 31 พฤษภาคม 2549.
เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2549.
เจ้าหน้าที่สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดภูเก็ต, สัมภาษณ์, 1 มิถุนายน 2549.
เจ้าหน้าที่องค์การหมอไร้พรมแดน พังงา, สัมภาษณ์, 30 สิงหาคม 2549.
ประธานชมรมผู้ประกอบการชาวภูเก็ต, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2549.
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, สัมภาษณ์, 28 สิงหาคม 2549.

8

กรณีศึกษา

จังหวัดระยองและตราด

■ กฤตยา อาชวนิจกุล

■ *สำหรับที่โรงพยาบาลระยอง แรงงานต่างชาติถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งเลย นักสังคมฯที่นี่พูดภาษาเขมรได้ ทางโรงพยาบาลมีงบ p-p มาจ้างล่ามต่างชาติของโรงพยาบาลเอง ทาง CAR จะมีวิทยากรมาอบรมเรื่องภาษาให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน เป็นเรื่องที่ต้องถามบ่อย ๆ ในโรงพยาบาล ทำเป็นคู่มือให้ โรงพยาบาลแกลงกับนิคมพัฒนาก็ทำ อย่างคนที่มาฝากท้องก่อนหน้าจะตรวจจะมีเอกสารให้อ่านก่อน แล้วตรวจเลือด ก็ทำ post counseling แล้วก็ให้ AZT แต่ละเดือนมีแรงงานมาคลอดมาก 10-15 ราย/เดือน ก็เลยคุยกับ CAR เขามีล่ามเขมรช่วยมาอยู่ที่โรงพยาบาล 6 เดือน แต่ถ้าเป็นพม่าทางโรงพยาบาลไม่มีล่าม ก็ทำอะไรไม่ได้ บอกได้แต่ว่าให้พาเพื่อนพานายจ้างมาด้วย ที่จริงก่อนที่จะมีฟ้ามิตร มี CAR เราก็ทำอย่างนี้มาก่อนแล้ว คือจะสื่อสารเท่าที่ทำได้ หลังจากมี CAR ฟ้ามิตรก็มีโอกาสสอน ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มได้ ถ้ามีอะไรผิดปกติ ก็จะใช้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง*

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549) ■

8
กรณีศึกษา
จังหวัดระยองและตราด

■ กฤตยา อาชวนิจกุล

8.1 บริบททางสังคมและเศรษฐกิจของภาคตะวันออกกับความต้องการแรงงานข้ามชาติ

หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก (Eastern Seaboard Development Program) หรือที่รู้จักกันในนามอีสเทิร์นซีบอร์ด ในสมัยของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ปี 2524 ที่กำหนดทิศทางให้ภาคตะวันออกเป็นเขตพัฒนาอุตสาหกรรมหลักของประเทศ เพื่อนำพาประเทศไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ทั้งแปดจังหวัดของภาคตะวันออกจึงได้รับผลกระทบจากนโยบายระดับประเทศดังกล่าวไม่มากก็น้อยในการวางบทบาทสนับสนุนการพัฒนาทางเศรษฐกิจในระดับที่แตกต่างกัน

กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกอันประกอบด้วยชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด ถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่ส่งออกสินค้าอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และศูนย์กลางการท่องเที่ยว รวมทั้งเป็นช่องทางการค้าสู่ภูมิภาคอินโดจีน มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจของอนุภูมิภาค เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์สำคัญคือการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม ในทางการบริหารและการปกครองมีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกขึ้น เพื่อเชื่อมโยงการบริหารและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระดับกลุ่มจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดระยองเป็นหัวหน้ากลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก นโยบายระดับประเทศเหล่านี้เป็นสิ่งที่คอยกำกับทิศทางให้จังหวัดภาคตะวันออกมุ่งหน้าไปโดยเฉพาะจังหวัดยุทธศาสตร์อย่างระยอง ชลบุรี และตราด

ยุทธศาสตร์ของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกประกอบด้วย (1) การเป็นศูนย์กลางการลงทุนด้านอุตสาหกรรม ให้สามารถเทียบเคียงกับจีนและอินเดียได้ (2) พัฒนาการท่องเที่ยวให้มีมาตรฐานระดับโลก (World Class Tourism) เทียบเคียงกับเกาะมัลดีฟ และ (3) พัฒนาให้เป็นแหล่งผลิตอาหารที่สำคัญในลักษณะเป็น Hub of Food เทียบเคียงกับจีนและสิงคโปร์ ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับนโยบายภาพรวมของรัฐบาลที่กำหนดให้กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก โดยเฉพาะชลบุรีและระยองเป็นพื้นที่ศูนย์กลางพัฒนาอุตสาหกรรมหนัก และเป็นศูนย์กลางการขนส่งที่เชื่อมโยงกับภูมิภาคต่างๆ

ของประเทศ จันทบุรีเน้นด้านอุตสาหกรรมเกษตรกรรม และตราดเน้นเรื่องการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ (สำนักงานจังหวัดระยอง 2548ก) ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้างต้นทำให้เกิดโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขึ้นมารองรับ ทั้งการคมนาคมสร้างถนนเชื่อมโยงเป็นโครงข่ายสู่อินโดจีน เชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวระหว่างประเทศ คือ เกาะช้าง หมู่เกาะจ้าว (กัมพูชา) และหมู่เกาะฟูก๊วก (เวียดนาม) และการจัดตั้งศูนย์บริการต่าง ๆ มีมูลค่าการลงทุนในพื้นที่กลุ่มจังหวัดสูงถึง 72,897.53 ล้านบาท (สำนักงานจังหวัดระยอง 2549)

8.1.1 บริบททางภูมิศาสตร์ของจังหวัดระยอง

จังหวัดระยองมีพื้นที่ประมาณ 3,552 ตารางกิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 179 กิโลเมตร ทิศเหนือและตะวันตกติดต่อกับจังหวัดชลบุรี ทิศใต้จรดทะเลอ่าวไทย ซึ่งมีฝั่งทะเลยาวประมาณ 100 กิโลเมตร ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดจันทบุรี สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสลับที่ดอน ประกอบด้วยภูเขาเตี้ย ๆ ด้านเหนือและตะวันออกเป็นที่ราบสลับภูเขา ลาดต่ำลงสู่อ่าวไทย ทางทิศใต้มีชายฝั่งทะเลเว้าแหว่งติดอ่าวไทย ยาวประมาณ 100 กิโลเมตร มีแม่น้ำ 2 สาย คือ แม่น้ำระยอง มีความยาวประมาณ 50 กิโลเมตร ไหลผ่านอำเภอปลวกแดง บ้านค่าย ลงสู่ทะเลที่ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองระยอง และแม่น้ำประแสร์ ที่มีต้นกำเนิดมาจากทิวเขาจันทบุรี ยาวประมาณ 120 กิโลเมตร ไหลผ่านตำบลต่าง ๆ ในเขตอำเภอแกลง ลงสู่ทะเลที่ตำบลปากน้ำประแสร์ อำเภอแกลง จังหวัดระยองกำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้เป็นผู้นำด้านอุตสาหกรรมที่มีมาตรฐานของภูมิภาค เป็นศูนย์กลางด้านเกษตรกรรมที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน และเป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวที่ได้มาตรฐานสากล (สำนักงานจังหวัดระยอง 2548ข)

8.1.2 บริบททางภูมิศาสตร์ของจังหวัดตราด

จังหวัดตราด ถูกวางให้เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวทางทะเลและการติดต่อกับอินโดจีน อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ เป็นระยะทางประมาณ 315 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 2,819 ตารางกิโลเมตร และเป็นพื้นที่ตามเขตปกครองทางทะเลประมาณ 7,257 ตารางกิโลเมตร ตราดเป็นจังหวัดชายแดนทางภาคตะวันออกของประเทศไทย แบ่งการปกครองออกเป็น 5 อำเภอ กับ 2 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอเขาสมิง อำเภอแหลมงอบ อำเภอคลองใหญ่ อำเภอบ่อไร่ กิ่งอำเภอเกาะกูด และกิ่งอำเภอเกาะช้าง อาณาเขตทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดจันทบุรีและประเทศกัมพูชา ทิศใต้จรดอ่าวไทยและน่านน้ำทะเลประเทศกัมพูชา ทิศตะวันออกติดต่อกับประเทศกัมพูชา มีทิวเขาบรรทัดเป็นเส้นกั้นเขตแดนตั้งแต่ตอนกลางของจังหวัดลงมาตลอดด้านตะวันออก ระยะทางประมาณ 165 กิโลเมตร และทิศตะวันตกมีแม่น้ำเวฬุเป็นเส้นกั้นเขตแดนกับจังหวัดจันทบุรี

วิสัยทัศน์ของจังหวัดตราดถูกวางไว้ให้เป็นเมืองสวรรค์ตะวันออก แหล่งผลิตสินค้าเกษตรคุณภาพ การท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ และเป็นพันธมิตรทางเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน ลักษณะภูมิประเทศมีหลากหลาย ได้แก่ ที่ราบลุ่มแม่น้ำ ตอนกลางและตะวันออกเหมาะสำหรับทำนาข้าวและปลูกผลไม้ ที่ราบภูเขาตอนบนและตอนกลางมีพื้นที่กว้างขวางเนื่องจากมีภูเขากระจายอยู่ทั่วไป เหมาะกับการทำสวนผลไม้ ยางพารา และปลูกสับปะรด ที่ราบต่ำชายฝั่งทะเลเป็นป่าชายเลน และที่สูงบริเวณภูเขาเป็นป่าเบญจพรรณและป่าดิบอยู่ทางด้านตะวันออก และหมู่เกาะต่างๆ ทางด้านใต้ (สำนักงานจังหวัดตราด 2549)

การเร่งพัฒนาความเติบโตทางอุตสาหกรรมของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกจากทิศทางทางนโยบายข้างต้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และฐานทรัพยากร นิคมอุตสาหกรรมในภาคตะวันออกเติบโตและกระจายตัวอย่างรวดเร็ว จังหวัดระยองกลายเป็นเมืองอุตสาหกรรม เต็มไปด้วยโรงงานขนาดต่างๆ ในทางประชากรก็มีการไหลเวียนของคนจำนวนมากที่ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ทั้งแรงงานในประเทศและแรงงานข้ามชาติ ขณะที่จังหวัดตราด แม้จะยังเป็นเมืองเกษตรกรรมและท่องเที่ยว แต่ในฐานะที่เป็น

จังหวัดชายแดน ตราดจึงกลายเป็นช่องทางเข้าสำคัญของแรงงานข้ามชาติจากประเทศกัมพูชา และมีมูลค่าของการค้าขายชายแดนไม่น้อย

ผลของการพัฒนาภาคตะวันออกไปในทิศทางดังกล่าว ส่งผลให้เห็นชัดเจนเมื่อพิจารณามูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดในภาคตะวันออก หากกล่าวถึงเฉพาะระยองกับตราดแล้ว จะเห็นภาพที่แตกต่างระหว่างสองจังหวัดนี้ได้อย่างชัดเจน กล่าวคือ ในขณะที่มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในปี 2548 ของจังหวัดตราดอยู่ในระดับหมื่นกว่าล้าน แต่ของจังหวัดระยองนั้นมีมูลค่าถึงกว่าสี่แสนล้านบาท มากกว่าจังหวัดตราดถึงเกือบ 25 เท่า และหากพิจารณาสัดส่วนระหว่างภาคเกษตรกรรมและภาคที่นอกเหนือจากเกษตรกรรมของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดแล้ว ก็ยิ่งแสดงความแตกต่างให้เห็นชัดเจนว่า เศรษฐกิจของจังหวัดระยองนั้นไม่ได้พึ่งพาภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีสัดส่วนเพียง 2–3% ของตัวเลข GPP เท่านั้นเอง แต่ขึ้นอยู่กับภาคที่ไม่ใช่ภาคเกษตรเป็นสำคัญ โดยมีสัดส่วนของภาคนอกเกษตรกว่า 96% ของ GPP ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เกิดจากกิจการโรงงานอุตสาหกรรม (48%) และการทำเหมืองแร่และเหมืองหิน (36%) **อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในจังหวัดระยองส่งผลให้ประชากรในจังหวัดมีมูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวสูงที่สุดในประเทศ และสูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรทั้งประเทศถึง 8 เท่า**

ตารางที่ 8.1 มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดระยองและตราด ปีพ.ศ.2546–2548

(หน่วย: ล้านบาท)

	จังหวัดระยอง			จังหวัดตราด		
	2546	2547	2548	2546	2547	2548
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Product–GPP)	316,435	364,026	438,638	14,730	16,639	17,855
ภาคเกษตรกรรม	10,437	11,618	11,931	6,867	7,626	7,856
สัดส่วนต่อ GPP	*3.3*	*3.2*	*2.7*	*46.6*	*45.8*	*44*
ภาคอื่น ๆ นอกเหนือจากเกษตรกรรม	305,998	352,408	426,707	7,863	9,013	9,999
สัดส่วนต่อ GPP	*96.7*	*96.8*	*97.3*	*53.4*	*54.2*	*56*
มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อหัวประชากร (บาท)	598,679	691,093	831,411	62,225	68,998	73,029

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549.)

ขณะที่ตัวเลขของจังหวัดตราดไม่โดดเด่นหรือหวาเท่าจังหวัดระยอง โดยสัดส่วนระหว่างภาคเกษตรกรรมและภาคนอกเกษตรกรรมนั้นแตกต่างกันไม่มากนัก มูลค่าของภาคเกษตรกรรมซึ่งคิดเป็น 44% ของตัวเลข GPP ในปี 2548 นั้น เกิดจากกิจการประมงถึงเกือบ 62% ขณะที่สัดส่วนของภาคนอกเกษตรกรรมซึ่งสูงกว่าเล็กน้อยนั้น เกิดจากมูลค่าในส่วนของการค้าขายเป็นส่วนใหญ่ คือ เกือบ 25% ทั้งนี้รวมทั้งการขายส่ง ขายปลีก การซ่อมยานยนต์ และของใช้ในครัวเรือน ควรกล่าวด้วยว่าแรงงานในภาคธุรกิจเรือประมงและประมงต่อเนื่องทั้งในจังหวัดตราดและระยอง เกือบทั้งหมดเป็นแรงงานข้ามชาติ และส่วนใหญ่มาจากประเทศกัมพูชา ดังจะกล่าวอย่างละเอียดในตอนต่อไป

8.1.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาเขตเศรษฐกิจชายแดนตะวันออกกับการจัดการเรื่องแรงงานข้ามชาติ

ประเทศไทยกำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในหลายลักษณะ โดยเฉพาะการสร้างความเป็นหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจ เชื่อมโยงกิจกรรมทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ เพื่อสร้างงาน สร้างรายได้ให้กับประเทศเพื่อนบ้าน อำนวยความสะดวกการผ่านแดน ส่งเสริมการร่วมผลิตและกำหนดพื้นที่ลงทุนโดยเฉพาะในบริเวณชายแดน

เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของภาคการผลิตของไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งหมดนี้เพื่อลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ลดปัญหาการอพยพของแรงงานเข้าสู่ประเทศไทย และคงความได้เปรียบทางเศรษฐกิจของไทยในภูมิภาคต่อไปด้วยการยกระดับการผลิตให้สูงขึ้น และย้ายฐานการผลิตไปยังประเทศที่ต้นทุนต่ำกว่า มีทรัพยากรการผลิตมากกว่า ภายใต้แนวคิดเช่นนี้จึงมีการตกลงระหว่างประเทศพัฒนาพื้นที่ชายแดนในลักษณะที่เรียกว่า Sister City คือ แม่สอด–เมียวดี และแม่สายท่าขี้เหล็ก มุกดาหาร–สะหวันนะเขต ตราด–เกาะกง และสงขลา–รัฐเกดาห์ (สำนักพัฒนาพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546)

สำหรับการพัฒนาพื้นที่ชายแดนไทย–กัมพูชานั้น ได้มีการพัฒนานิคมอุตสาหกรรมที่เกาะกงให้เป็นฐานการผลิตสำคัญ ซึ่งมีข้อได้เปรียบมากกว่าทั้งในแง่ของวัตถุดิบและแรงงาน **รัฐบาลไทยจะสนับสนุนให้ย้ายฐานการลงทุนจากพื้นที่ชั้นในของประเทศออกมาบริเวณชายแดน โดยเฉพาะอุตสาหกรรมที่ต้องการแรงงานในการผลิตจำนวนมาก และสนับสนุนให้ย้ายฐานการลงทุนเข้าสู่ประเทศเพื่อนบ้าน และพัฒนาเป็นเขตเศรษฐกิจชายแดนร่วม** (Cross–Border Economic Zone) ในอนาคต ภายใต้แนวคิดดังกล่าวได้มีการจัดทำ *แผนแม่บทความร่วมมือทางเศรษฐกิจและแผนปฏิบัติการไทย–กัมพูชา* (2545–2555) โดยไทยได้จัดทำโครงการให้ความช่วยเหลือแก่กัมพูชาใน 4 สาขาความร่วมมือ คือ (สำนักพัฒนาพื้นที่ 2546: 37–38)

(1) โครงการศึกษาเพื่อจัดตั้งตลาดขายส่งและส่งออกกัมพูชา
(2) โครงการศึกษาเพื่อจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมที่เกาะกง
(3) โครงการปรับปรุงพืชไร่เป้าหมาย (ถั่วเหลือง ข้าวโพด ละหุ่ง งา) และ
(4) โครงการ Road Show เพื่อลงทุนพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวกับกัมพูชา

การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนระหว่างไทย–กัมพูชา มี 5 จุด คือ (1) *ตราด–เกาะกง* ซึ่งจะมีการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมเกาะกง พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมและระบบสาธารณูปโภค ส่งเสริมการท่องเที่ยวภายในท้องถิ่น จัดตั้งเขตแปรรูปเพื่อการส่งออก ส่งเสริมการประมงชายฝั่ง จัดทำผังเมืองและแผนงานเมืองพี่เมืองน้องในเขตชายแดน (2) *อรัญประเทศ–ปอยเปต* ซึ่งจะพัฒนาอุตสาหกรรมและสร้างเป็นเมืองแฝด (Twin city) ด้วยการจัดตั้งระบบการวางแผนพัฒนาเมืองเขตเศรษฐกิจชายแดน จัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมปอยเปต จัดตั้งเขตการค้าเสรีระหว่างประเทศ กำหนดเขตกันชนบริเวณพื้นที่ชายแดน (3) *บ้านผักกาด–ไพลิน* (4) *ช่องจอม–ภูมิสำโรง* และ (5) *ช่องสะงำ–อันลองเวง* (สำนักพัฒนาพื้นที่ 2546: 45) **การส่งเสริมให้ตั้งโรงงานและเขตอุตสาหกรรมที่ชายแดนเริ่มส่งผลเปลี่ยนแปลงในพื้นที่และลักษณะของการเคลื่อนย้ายแรงงาน นั่นคือแรงงานข้ามชาติที่ไปเช้าเย็นกลับ ซึ่งยังไม่มีมาตรการและระบบการจัดการดูแลที่ชัดเจนในทางปฏิบัติ**

แรงงานจะมีลักษณะยกกันมาทั้งจังหวัด ส่วนใหญ่มาจากจังหวัดกัมปอด ไปรเวง กัมปงธม กัมปงจาม แรงงานชายแดนจะอยู่ตามโรงไม้ร้างที่ไม่ได้ทำแล้ว สัก 2 ปีที่ผ่านมานี่เริ่มมีโรงงานปอกหมึก ปอกกุ้ง ตัดหัวปลาอยู่ตามชายแดน ทำความสะอาด แพ็คแล้วก็ส่งออก ซึ่งเป็นการย้ายฐานการผลิตมาหาแรงงานราคาถูก ส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างชาติ มาทำแบบไปเช้า–เย็นกลับ ส่วนพวกที่คัดปลาตามแพปลาก็มีอยู่ตามปกติ

(เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 31 กรกฎาคม 2549)

สำหรับแรงงานประเภทที่ไปเช้า-เย็นกลับนั้นไม่ได้มีมาตรการในการจัดการ ยังเป็นช่องว่างที่จัดหางานทำไม่ได้ กบร.เองก็ยังไม่มีแนวทางให้จังหวัดทำอะไร ถ้าตามขั้นตอนก็ต้องตรวจโรคก่อน แล้วก็ทำใบอนุญาตทำงาน ต่ำสุดตอนนี้ก็อัตรา 3 เดือน ถ้าจะทำให้ถูกกฎหมายก็ไม่ควรเลือกปฏิบัติ ตอนนี้ก็มีโรงงานต่อเนื่องประมงที่รับคนงานแบบไปเช้า-เย็นกลับ ตม.มีการออกบัตรผ่านแดนให้ 7 วัน หรือไม่ก็ต้องออกแนวปฏิบัติในบางจังหวัด เช่น จังหวัดชายแดน ซึ่งตม.เองก็มีความพยายามจะจัดระบบ แต่ทั้งหมดนี้ก็ยังไม่มีวิธีการ แนวปฏิบัติที่ชัดเจน

(เจ้าหน้าที่จัดหางานจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

ระหว่างที่มีความไม่ชัดเจนในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจชายแดนนี้ รัฐบาลไทยก็ได้ให้ความช่วยเหลือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานหลายลักษณะด้วยกัน ตามบันทึกความเข้าใจในการพัฒนาเส้นทางคมนาคมเชื่อมโยงระหว่างไทย-กัมพูชา ได้แก่ ถนนหมายเลข 5 (ช่วงปอยเปต-ศรีโสภณ) และหมายเลข 6 (ช่วงศรีโสภณ-เสียมราฐ) หมายเลข 67 (สะงำ-อันลองเวง-เสียมราฐ) และหมายเลข 48 (เกาะกง-สแรอัมเบิล) ซึ่งมีทั้งที่เป็นความช่วยเหลือแบบให้เปล่า โดยกระทรวงคมนาคมเป็นผู้ดำเนินการศึกษาความเหมาะสมและสำรวจออกแบบรายละเอียดเส้นทางในกัมพูชา เช่น จากช่องสะงำ-อันลองเวง-เสียมราฐ ระยะทาง 151 กิโลเมตร การก่อสร้างเส้นทางจากเขตชายแดนไทยที่ช่องสะงำ-อันลองเวง ระยะทาง 20 กิโลเมตร การปรับปรุงเส้นทางจากช่องสะงำ-เสียมราฐ ช่วงที่เป็นอุปสรรคต่อการคมนาคม ให้สามารถใช้สัญจรเพื่อกระตุ้นกิจกรรมท่องเที่ยวระหว่างไทยและกัมพูชา และการก่อสร้างเส้นทางเชื่อมโยงในเขตไทย จากบ้านแซร์ไปอำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ-ช่องสะงำ ระยะทาง 12.7 กิโลเมตร รวมทั้งสิ้น 229 ล้านบาท และที่เป็นความช่วยเหลือในรูปเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ เพื่อปรับปรุงเส้นทางจากอันลองเวง-เสียมราฐ ระยะทาง 131 กิโลเมตร ให้กระทรวงการคลังรับผิดชอบการเจรจารายละเอียดเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือแก่รัฐบาลกัมพูชา (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี 2546)

นอกจากนี้ยังมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการแก่ประเทศกัมพูชาให้สามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการจัดตั้งสถานพยาบาลในพื้นที่ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย (สำนักพัฒนาพื้นที่ 2546: 60) ซึ่งส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติในพื้นที่ไม่น้อย

มีคำสั่งลงมาถึงสสจ.ตราด ให้งบมา 1 ล้าน ไปสร้างสถานีอนามัยที่เกาะกง ต้อง set เรื่องควบคุมโรคด้วย ซึ่งมันไม่ได้ทำกันได้ง่าย ๆ อย่างที่พูดกัน ทำแล้วใครจะไปอยู่ ลำบาก อยู่ลึกเข้าไปจากชายแดนตั้ง 165 กิโลเมตร เลยคิดกันว่าจะให้ทุนชาวกัมพูชาที่อยู่ในไทยมาเรียนสัก 2 ปี แล้วก็มาฝึกงานสาธารณสุขกลับไปอยู่ประจำที่นั่น รู้สึกว่าจะเป็นโครงการที่ทำเพื่อให้รัฐบาลกัมพูชาไว้วางใจรัฐบาลไทย เพราะมีกรณีกันอยู่เรื่องหาผลประโยชน์ในการตัดถนนหมายเลข 48 ซึ่งจะเชื่อมโยงการค้าอินโดจีนไปเชื่อมกับถนนหมายเลข 4 พนมเปญ โครงการระยะแรกให้ทหารช่างไทยเป็นคนสร้างทาง ซึ่งลำบากมาก เพราะต้องระเบิดเขา มีกับระเบิดมากกว่า 1,500 ลูก แล้วก็ต้องทำสะพานข้ามแม่น้ำ 4 สาย ตอนนี้เป็นโครงการระยะที่สอง คือลาดยาง ซึ่งมีปัญหามากอีกเหมือนกัน เพราะตอนนี้รัฐบาลกัมพูชาเป็นหนี้รัฐบาลไทยพันกว่าล้าน ไม่รู้จะได้คืนหรือไม่ แล้วก็ไม่ได้ให้ทหารช่างทำแล้ว มีนายทุนมาประมูลงานไป ก็จะยิ่งแพงกว่าเก่า

(เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

8.2 สถานการณ์การจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและตราด

ในฐานะที่เป็นเมืองอุตสาหกรรม มีโรงงานขนาดต่าง ๆ ในจังหวัดมากมาย และได้ชื่อว่ามีเศรษฐกิจการลงทุนสูง ระยองจึงเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ดึงดูดแรงงานจากที่ต่าง ๆ ให้หลั่งไหลเข้าไปทำงานไม่น้อย ไม่เว้นแม้แรงงานข้ามชาติ ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 8.2 ที่น่าสังเกตก็คือ จำนวนความต้องการแรงงานข้ามชาติในจังหวัดนั้นสูงกว่าจำนวนแรงงานที่ได้รับอนุญาตมาก โดยเฉพาะในปี 2548 สำหรับตัวเลขในปี 2549 นั้น เป็นข้อมูลในช่วงที่เปิดให้จดทะเบียน ประมาณเดือนมิถุนายน 2549 ซึ่งแม้จะติดต่อขอตัวเลขล่าสุดในเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมาแต่ก็พบว่ายังไม่ได้จำนวนครบถ้วน

ตารางที่ 8.2 จำนวนนายจ้างและความต้องการแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยองและตราด ปี 2547–2549

	จังหวัดระยอง			จังหวัดตราด		
	2547	2548	2549[1]	2547	2548	2549[2]
จำนวนนายจ้างที่มาขอโควต้า	4,005	4,205	2,047	4,212	3,670	4,453
จำนวนความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ	37,146	45,998	30,563	27,201	27,924	32,793
จำนวนโควต้าแรงงานที่ได้รับการพิจารณาอนุญาต	37,113	44,786	30,563	26,717	27,118	31,565
จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน	22,448	15,484	7,784	15,734	12,017	8,428

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ในช่วงปี 2547–2549 โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง และสำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด)

หมายเหตุ: [1] ตัวเลขในปี 2549 ของจังหวัดระยอง เป็นตัวเลขระหว่างวันที่ 1–30 มิถุนายน 2549.

[2] ตัวเลขในปี 2549 ได้จากสำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด วันที่ 30 มิถุนายน 2549.

เมื่อพิจารณาถึงประเทศต้นทางของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานแล้ว ทั้งสองจังหวัดมีลักษณะทั่วไปของแรงงานข้ามชาติคล้ายกันคือ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศกัมพูชา เนื่องจากใกล้กับชายแดนกัมพูชา มีแรงงานจากพม่าและลาวบ้างแต่ไม่มากนัก ที่น่าสนใจก็คือแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตราดมีสัดส่วนของแรงงานจากพม่าสูงกว่าจากลาว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานที่จ้างแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ในจังหวัดตราดเป็นงานในเรือประมง ซึ่งไม่เป็นที่นิยมในหมู่แรงงานจากลาวมากนัก และส่วนใหญ่มักจะทำงานเกษตร คือสวนยาง พืชไร่ โรงงานต่อเนื่องเกษตรมากกว่า (ตารางที่ 8.3 และรูปที่ 8.1)

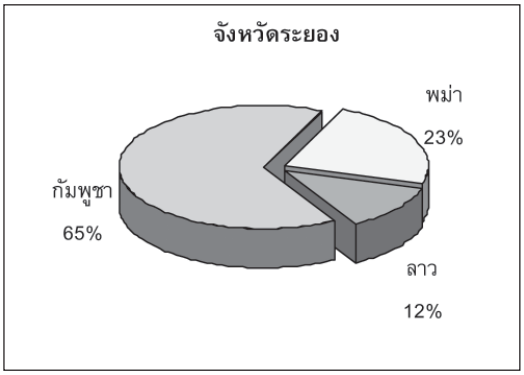
ตารางที่ 8.3 จำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาจดทะเบียนในจังหวัดระยองและตราด ปี 2547–2549 แยกตามประเทศต้นทาง

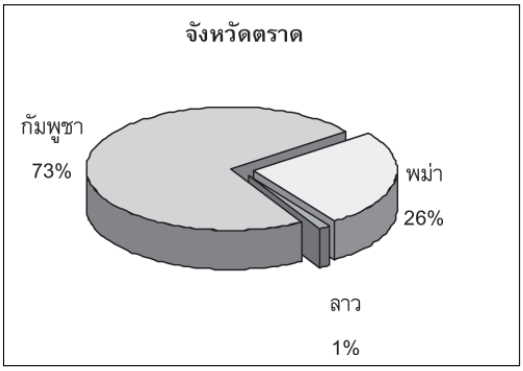
มติ ค.ร.ม (ปี)	จังหวัดระยอง				จังหวัดตราด			
	จำนวน	ประเทศต้นทาง			จำนวน	ประเทศต้นทาง		
		พม่า	ลาว	กัมพูชา		พม่า	ลาว	กัมพูชา
2547	22,448	5,202	2,761	14,485	15,734	4,039	197	11,498
2548	15,884	4,663	1,838	8,983	12,017	3,363	102	8,552
2548/2	9,672	2,516	995	6,161	2,326	431	45	1,850
2549[1]	7,784	3,413	1,002	3,369	8,428	2,801	55	5,572

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ในช่วงปี 2547–2549 โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง และสำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด)

หมายเหตุ: [1] ตัวเลขในปี 2549 ของทั้งสองจังหวัดระยอง เป็นตัวเลข ณ 30 มิถุนายน 2549.

รูปที่ 8.1: สัดส่วนของแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและตราดจำแนกตามประเทศต้นทาง เมื่อปี 2547





สถานการณ์แรงงานต่างชาติของระยองคือ อยู่ในอำเภอเมือง ทำประมงเป็นลำดับที่หนึ่ง กิจการประมงเกือบ 100% ใช้แรงงานต่างชาติหมด จากเขมรมากที่สุดเพราะใกล้ ก่อนหน้านี้ก่อสร้างจะสูงกว่า แต่หากรวมตัวเลขประมงกับอุตสาหกรรมต่อเนื่องประมงจะสูงที่สุด ภาคเกษตรที่ใช้แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่เป็นพืชไร่ พืชยืนต้น คือไร่สับปะรด ยางพารา ส่วนใหญ่อยู่ที่นิคมพัฒนา

(เจ้าหน้าที่สำนักจัดหางานจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติในสองจังหวัดแล้วจะพบว่า แรงงานข้ามชาติในระยองเกือบครึ่งหนึ่งทำงานในอำเภอเมือง รองลงมาคืออำเภอแกลง ซึ่งเป็นพื้นที่ปากแม่น้ำ มีชุมชนประมงขนาดใหญ่ ขณะที่ในตราดนั้นอยู่ที่อำเภอเมืองเป็นส่วนใหญ่ และรองลงมาคืออำเภอคลองใหญ่ ซึ่งเป็นบริเวณที่ทำประมงเช่นเดียวกัน (ดูตารางที่ 8.4)

ตารางที่ 8.4 การกระจายแรงงานข้ามชาติในอำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดระยองและตราด ปี 2547

จังหวัดระยอง[1]		
อำเภอ	**จำนวนแรงงาน**	**ร้อยละ**
เมือง	10,921	48.7
แกลง	4,708	21.0
บ้านค่าย	1,493	6.7
ปลวกแดง	2,588	11.5
วังจันทร์	736	3.3
บ้านฉาง	696	3.1
กิ่งอำเภอนิคมพัฒนา	397	1.8
กิ่งอำเภอเขะชะเมา	909	4.0
รวม	**22,448**	**100.0**

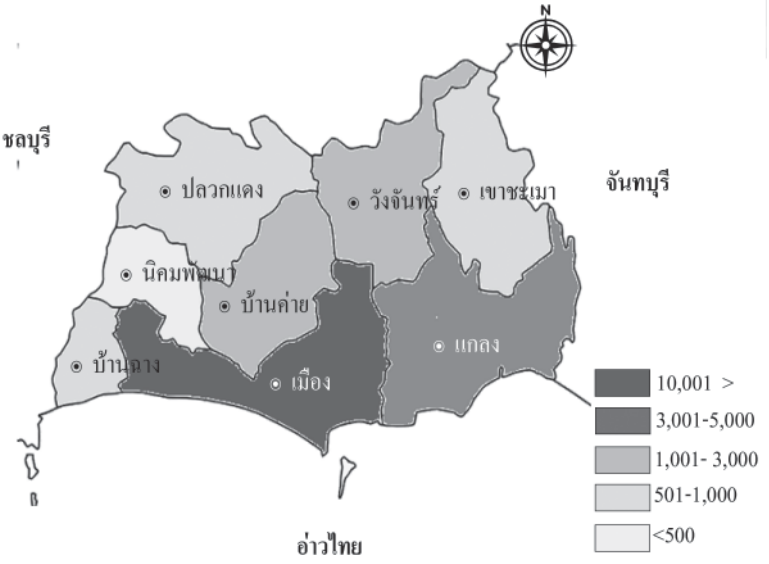
จังหวัดตราด[2]		
อำเภอ	**จำนวนแรงงาน**	**ร้อยละ**
เมือง	5,700	36.2
แหลมงอบ	1,711	10.9
บ่อไร่	763	4.8
คลองใหญ่	4,285	27.2
เขาสมิง	1,852	11.8
เกาะช้าง	997	6.3
กิ่งอำเภอเกาะกูด	426	2.7
รวม	**15,734**	**100.0**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก รายงานการขอใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าว ปี 2547 โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง และสำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด)

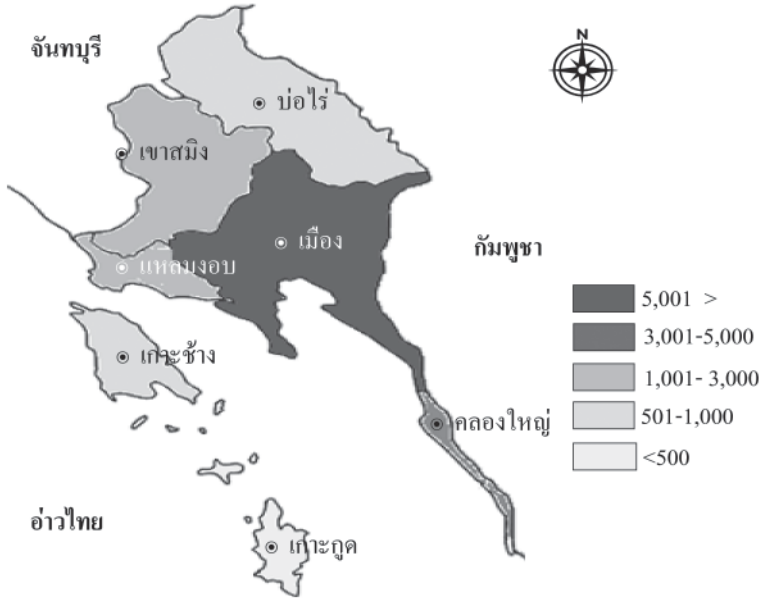
หมายเหตุ: [1] เป็นข้อมูลที่สำรวจ ณ วันที่ 1 ก.ค.–25 พ.ค. 2548

[2] เป็นข้อมูลที่สำรวจ ณ วันที่ 1 ส.ค.–25 พ.ย. 2547

รูปที่ 8.2 : การกระจายตัวของแรงงานจำแนกตามอำเภอในจังหวัดระยอง



รูปที่ 8.3: การกระจายตัวของแรงงานจำแนกตามอำเภอในจังหวัดตราด



ตัวเลขจำนวนแรงงานข้ามชาติของจังหวัดระยองสามารถจำแนกตามกิจการที่จ้างงานได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ นั่นคือ ทำงานประมงมากที่สุด (38%) รองลงมาคืองานเกษตรและปศุสัตว์ (27%) และกลุ่มที่จดทะเบียนในงานประเภทอื่น ๆ (21%) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงแล้ว เห็นได้ว่าแรงงานผู้ชายส่วนใหญ่ (38%) ทำงานประมง ขณะที่แรงงานผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรและปศุสัตว์ และลักษณะงานประเภทอื่น ๆ เป็นจำนวนใกล้เคียงกันคือ ประมาณ 32% สำหรับกิจการจ้างงานประเภทอื่น ๆ นี้เมื่อพิจารณารายละเอียดแล้วพบว่า แรงงานข้ามชาติจำนวนไม่น้อยทั้งชายและหญิงทำงานในกิจการที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมเป็นโรงงานขนาดเล็กคิดเป็นสัดส่วนถึง 67% ได้แก่โรงงานแปรรูปไม้/โรงเลื่อย/โรงงานเฟอร์นิเจอร์ โรงงานผลิตวัสดุก่อสร้าง โรงหล่อ/โรงกลึง โรงงานผลิตแก้ว/เซรามิค โรงงานทอผ้า และโรงงานผลิตยางและพลาสติก (ดูรายละเอียดในตารางที่ 8.5 และ 8.6 ข้างล่างนี้)

ตารางที่ 8.5 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในจังหวัดระยอง แยกตามภาคส่วนกิจการที่จ้างงานและเพศ ปี 2547–2549

กิจการจ้างงาน	2547				2548/1		2548/2		2549[1]	
	ชาย	%	หญิง	%	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ประมง (ทะเล+น้ำจืด)	6,276	38.3	322	5.3	3,200	158	1,943	199	1,056	194
ต่อเนื่องประมง	832	5.1	505	8.3	854	520	453	456	521	309
เกษตรและปศุสัตว์	4,350	26.6	1,956	32.2	2,603	1,263	1,488	752	1,151	635
โรงสีข้าว	3	0.0	0	0.0	2	0	3	0	1	0
โรงอิฐ	110	0.7	48	0.8	16	10	26	12	29	9
โรงน้ำแข็ง	90	0.5	40	0.7	123	27	81	16	61	19
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	21	0.1	8	0.1	17	3	3	2	1	0
ก่อสร้าง	989	6.0	355	5.8	728	285	577	238	375	152
เหมืองแร่/เหมืองหิน	7	0.0	2	0.0	1	0	7	0	2	0
คนรับใช้ในบ้าน	191	1.2	869	14.3	189	605	66	242	121	405
อื่น ๆ	3,508	21.4	1,966	32.4	3,082	1,798	2,003	1,105	1,691	1,046
รวม	**16,377**	**100.0**	**6,071**	**100.0**	**10,815**	**4,669**	**6,650**	**3,022**	**5,015**	**2,769**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ในช่วงปี 2547–2549 โดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง และสำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด)

หมายเหตุ: [1]ตัวเลขในปี 2549 ของจังหวัดระยอง เป็นตัวเลขระหว่างวันที่ 1–30 มิถุนายน 2549.

ตารางที่ 8.6 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในกิจการประเภทอื่น ๆ จังหวัดระยอง ปี 2547 และ 2548 (เฉพาะ 6 ลำดับแรก)

กิจการประเภทอื่น ๆ	2547		2548	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
โรงงานแปรรูปไม้/โรงเลื่อย/โรงงานเฟอร์นิเจอร์, โรงงานผลิตวัสดุก่อสร้าง, โรงหล่อ/โรงกลึง, โรงงานผลิตแก้ว/เซรามิค, โรงงานทอผ้า, โรงงานผลิตยางและพลาสติก	2,342	1,286	1,927	1,040
ร้านอาหาร, ร้านค้า/ขายปลีก/ขายส่ง/แผงลอย, ร้านขายของอื่น ๆ	392	297	434	352
โรงแรม/รีสอร์ท/โรงพยาบาล/สนามกอล์ฟ/หมู่บ้านจัดสรร/โรงเรียน/โรงงาน	211	176	295	224
สถานบริการเชื้อเพลิง/ปั๊มน้ำมัน, อู่ซ่อมรถ, เคลื่อนย้ายสินค้าในโกดัง	187	37	130	35
กิจการรีไซเคิล, รับซื้อของเก่า/ขยะ	186	110	175	107
รับจ้างทั่วไป	183	53	115	40

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 และ 2548. สำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง)

ขณะที่ตัวเลขแรงงานในจังหวัดตราดนั้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกิจการประมงและประมงต่อเนื่อง (รวมกันประมาณ 57%) และเป็นแรงงานชายมากกว่าเพศหญิงหลายเท่าตัวทีเดียว รองลงมาคืองานเกษตรและปศุสัตว์ (26%) ซึ่งน่าสนใจว่าเป็นประเภทกิจการที่มีแรงงานเพศหญิงทำงานอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคการจ้างงานอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด (35%) นอกเหนือจากนี้เป็นแรงงานที่จดทะเบียนในการจ้างงานประเภทอื่น ๆ ซึ่งมีทั้งงานในโรงงาน งานบริการ และรับจ้างทั่วไป (ดูรายละเอียดในตารางที่ 8.7 และ 8.8)

งานสวน จ้างแรงงานเป็นรายวัน ทุกคนต้องรับสภาพได้ บางทีก็มีงานบางทีก็ไม่มี คนงานใหม่ก็ถูกหน่อย เพราะต้องสอนกันใหม่หมด เวลาหยุดก็หักไป โดยเฉลี่ยแล้วก็จะได้พอ ๆ กับพวกที่ทำประมง แรงงานที่ไปทำเกาะช้างจะได้มากกว่านี้ แต่ว่าเงินไม่ค่อยเหลือเพราะว่าค่าครองชีพสูงกว่า ทุกอย่างต้องใช้เงิน เป็นแรงงานอยู่ตามสวนจะสบายกว่า มีเงินเหลือ

(สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

ตารางที่ 8.7 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในจังหวัดตราด แยกตามภาคส่วนกิจการที่จ้างงานและเพศ ปี 2547–2549

กิจการจ้างงาน	2547				2548		2548 (2)		2549[1]	
	ชาย	%	หญิง	%	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ประมง (ทะเล+น้ำจืด)	5,009	45.8	285	5.9	2,915	250	489	55	1,571	192
ต่อเนื่องประมง	1,262	11.5	922	19.1	723	687	151	76	422	417
เกษตรและปศุสัตว์	2,816	25.7	1,679	34.9	2,301	1,438	461	321	1,927	1,237
โรงน้ำแข็ง	119	1.1	47	1.0	90	35	10	3	72	29
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	0	0.0	0	0.0	21	0	0	0	15	0
ก่อสร้าง	423	3.9	183	3.8	475	227	172	68	324	173
คนรับใช้ในบ้าน	116	1.1	687	14.3	102	517	13	53	88	342
อื่น ๆ	1,202	11.0	1,014	21.1	1,177	1,059	250	204	861	758
รวม	**10,947**	**100.0**	**4,817**	**100.0**	**7,804**	**4,213**	**1,546**	**780**	**5,280**	**3,148**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด.)

หมายเหตุ: [1] ตัวเลขในปี 2549 ของจังหวัดตราด เป็นตัวเลขระหว่างวันที่ 1–30 มิถุนายน 2549.

ตารางที่ 8.8 จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียนในกิจการประเภทอื่น ๆ จังหวัดตราด ปี 2548–2549

กิจการประเภทอื่น ๆ	ปี 2548		ปี 2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
โรงงาน	365	278	219	183
ร้านอาหาร, ร้านค้า	267	387	226	291
บังกาโล/โรงแรม/รีสอร์ท	239	258	222	198
เพาะพันธุ์ต้นกล้ายางพารา, รับจ้างเหมาตัดและขนย้ายยางพารา	152	62	84	28
รับจ้างเหมาทำงานทั่วไป, เคลื่อนย้ายสินค้าในโกดัง	128	62	94	49
มูลนิธิ	2	0	0	0

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากแบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา. สำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด.)

ทุกอาชีพต้องการแรงงานต่างชาติ ที่มากที่สุดคือภาคประมง ชายแดนทะเลก็กว้างมาก ทำให้เข้ามาง่าย หัวใจของตราดคือการเป็นเมืองชายแดน ก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่ใช้แรงงานอิสาน หลัง ๆ ลดลงเหลือแค่ไม่ถึง 0.5% พวกนี้พอกลับบ้านที ผู้ประกอบการก็มีปัญหาขาดคนงาน พอมีเขมรเข้ามา คนไทยก็อยู่ไม่ได้แล้ว มันเป็นระบบกลไกตลาด คนไทยต้องการสวัสดิการตลอด แต่เขมรยอมรับสภาพเป็นอยู่ที่ลำบากได้มากกว่า คนไทยกินยากอยู่ยาก ต้องการค่าแรงแพง ๆ แต่ต่างชาติค่าแรงเขาต่ำกว่า กินอยู่ง่ายกว่าคนไทย อดทนกว่า เพราะเกิดมาปากกัดตีนถีบ ส่วนคนไทยอยู่ดีกินดี

(สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

รัฐบาลไทยได้ทำบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการจ้างแรงงานไทย – กัมพูชา และบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการขจัดการค้าเด็กและหญิงและการช่วยเหลือเหยื่อจากการค้ามนุษย์ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2546 เพื่อจัดระเบียบและแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามแดนโดยผิดกฎหมายชาวกัมพูชาในประเทศไทย รวมทั้งป้องกันและปราบปรามขบวนการค้ามนุษย์ ซึ่งได้กำหนดแนวทางการพิสูจน์สัญชาติเพื่อปรับเปลี่ยนสถานะให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเป็นผู้เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย จากข้อมูลในเดือนเมษายน 2548 มีการขึ้นทะเบียนแรงงานชาวกัมพูชาไว้แล้วจำนวน 183,541 คน ที่อยู่ในระหว่างการพิสูจน์สัญชาติและออกเอกสารประจำตัว เป็นหนังสือผ่านแดนชั่วคราว (Certificate of Identity – C.I.) ที่ใช้ได้เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น นับจนถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2549 มีผู้ได้รับการรับรองสัญชาติและได้รับเอกสารประจำตัวแล้วจำนวน 37,329 คน[1] โดยทางการของรัฐบาลกัมพูชาจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการพิสูจน์สัญชาติแรงงานกัมพูชาคนละประมาณ 1,500 บาท

8.3 สถานการณ์ทางสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ

ภารกิจด้านสาธารณสุขที่สืบเนื่องจากการประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามนั้น โดยทั่วไปแล้วเกี่ยวข้องกับงานใน 4 ลักษณะ คือ (1) การตรวจสุขภาพแรงงานก่อนการจดทะเบียนประจำปีและประกันสุขภาพแรงงาน (2) การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วย (3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ (4) การเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดดังต่อไปนี้

8.3.1. การตรวจสุขภาพแรงงาน

การตรวจสุขภาพและการออกใบรับรองแพทย์ให้แก่แรงงานข้ามชาติก่อนจะไปจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานกับสำนักจัดหางานจังหวัดนั้น ดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่กำหนดไว้ในแต่ละจังหวัด การตรวจสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพคนละ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพอีก 1,300 บาท มีระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปี ซึ่งมีการระบุผลการตรวจร่างกายเป็น 4 ประเภท คือ ประเภท 1 ผลการตรวจปกติ ประเภท 2 พบโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ประเภท 3 พบโรคที่ต้องติดตามรักษาต่อเนื่อง และประเภท 4 คือผู้ที่ตั้งครรภ์ และสถานบริการที่รับตรวจต้องรายงานผลการตรวจให้แก่ส่วนกลาง แต่พบว่าในรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ ที่จัดทำโดยสำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ไม่ปรากฏผลการตรวจปกติ และการตั้งครรภ์แต่อย่างใด (ตารางที่ 8.9)

[1] จากการโทรศัพท์สอบถามเจ้าหน้าที่ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2549

ตารางที่ 8.9 ผลการตรวจร่างกายแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยองและตราด ปี 2547–2548

ผลการตรวจ	จังหวัดระยอง		จังหวัดตราด	
	2547	2548	2547	2548
ผลการตรวจปกติ[1]	**23,597**	**13,558**	**16,564**	**11,654**
โรคที่ต้องเฝ้าระวัง	**199**	**333**	**376**	**494**
อุจจาระร่วง	*146*	*281*	*214*	*341*
ไข้เลือดออก	*4*	*14*	*18*	*33*
มาเลเรีย	*35*	*29*	*103*	*70*
วัณโรค	*10*	*9*	*27*	*29*
เอดส์	*3*	*0*	*13*	*21*
เลปโตสไปโรสิส	*1*	*0*	*0*	*0*
ไข้สมองอักเสบ	*0*	*0*	*1*	*0*
โรคที่ต้องติดตามรักษา	**26**	**54**	**83**	**254**
วัณโรคปอด	*10*	*14*	*27*	*70*
เรื้อน	*0*	*0*	*0*	*100*
หนองในเทียม	*0*	*2*	*5*	*9*
หนองใน	*0*	*7*	*6*	*26*
ซิฟิลิส	*16*	*31*	*45*	*49*
ตั้งครรภ์[1]	**มข.**	**มข.**	**272**	**288**
จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพ	**22,630**	**13,973**	**5,877**	**12,149**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546–เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547–กันยายน 2548).

หมายเหตุ [1] ข้อมูลเรื่องผลการตรวจปกติและการตั้งครรภ์ได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและตราด

ควรต้องกล่าวไว้ ณ ที่นี้ว่า ตัวเลขในตารางที่ 8.9 – 8.22 ในการศึกษาครั้งนี้ คณะนักวิจัยได้ส่งตารางต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของแรงงานข้ามชาติไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบ ดังตัวอย่างเช่น จำนวนการออกบัตรประกันสุขภาพในตารางที่ 8.9 ของจังหวัดระยองปี 2547 จากระบบรายงานตามปีงบประมาณส่งส่วนกลางมีเพียง 5,877 คน ทั้งๆที่ยอดรวมของผลการตรวจเป็นปกติคือ 16,564 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ได้มาจาก สสจ. ทั้งนี้ตัวเลขทั้งสองชุดอาจมาจากระบบการจัดเก็บข้อมูลคนละฐาน หรือคนละช่วงเวลา ดังนั้นตัวเลขในตารางเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในแง่ที่ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบ หรือแนวโน้มของเรื่องนั้น ๆ แต่ตัวเลขที่ถูกต้องจริงๆ แล้วอาจมากหรือน้อยกว่าที่แสดงในตารางก็ได้

8.2.2. การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล

แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพทุกคน สามารถใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการในพื้นที่ได้โดยร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาทเช่นเดียวกับคนไทย จากตารางที่ 8.10 แสดงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาเข้ารับการรักษาในระยองนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพ ขณะที่กรณีของจังหวัดตราด (ตารางที่ 8.11) ในปี 2547 มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรประกันและต้องจ่ายเงินเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพเกือบเท่าตัว แต่กลับกันในปี 2548 ที่ผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพเข้ามาใช้สิทธิรักษามีจำนวนสูงกว่า กล่าวโดยสรุปได้

ว่า จำนวนแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพในทั้งสองจังหวัดเข้ามาใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมากในปี 2548 เมื่อเทียบกับปี 2547 เป็นไปได้ว่าแรงงานรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของการรักษาพยาบาลมากขึ้น

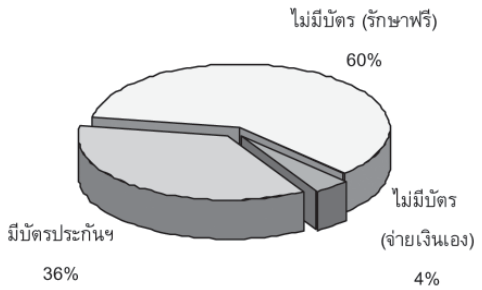
ตารางที่ 8.10 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยอง ปี 2547-2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ รักษาพยาบาลฟรี		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเอง	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	4,018	17,524	444	1,486	610	1,817
ค่าใช้จ่าย	553,195	2,241,998	83,434	224,751	51,552	243,966
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	137.68	127.94	187.91	151.24	84.51	134.27
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	50.2%	57.2%	4.6%	9.2%	44.4%	87.6%
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	309	1,156	196	276	32	24
จำนวนวัน	1,583	4,620	1,322	1,338	58	53
ค่าใช้จ่าย	548,772	1,678,695	1,734,373	2,221,428	64,453	34,601
เฉลี่ย (บาท/คน)	1,775.96	1,452.16	8,848.84	8,048.65	2,014.16	1,441.71
เฉลี่ย (บาท/วัน)	346.67	363.35	1,311.93	1,660.26	1,111.26	652.85
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	49.8%	42.8%	95.4%	90.8%	55.6%	12.4%
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	**1,101,967**	**3,920,693**	**1,817,807**	**2,446,179**	**116,005**	**278,567**

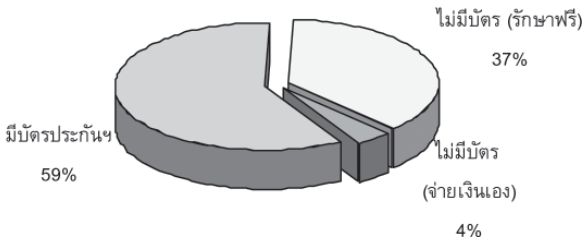
ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

รูปที่ 8.4 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง จำแนกตามประเภทของแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

ปี 2547



ปี 2548

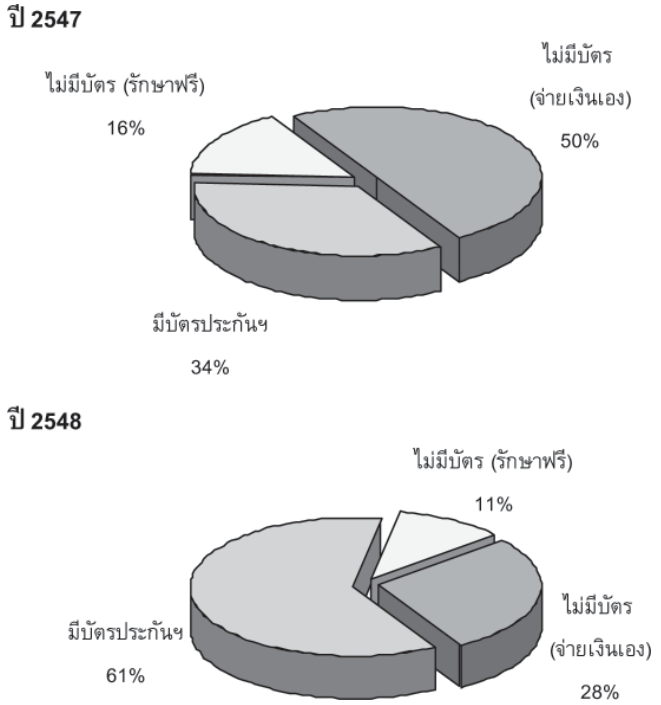


ตารางที่ 8.11 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดตราด ปี 2547-2548

ค่าใช้จ่าย	ประเภทของแรงงานข้ามชาติ					
	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ รักษาพยาบาลฟรี		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเงินเอง	
	2547	2548	2547	2548	2547	2548
ผู้ป่วยนอก						
จำนวนครั้ง	5,854	19,358	1,325	2,205	9,916	10,083
ค่าใช้จ่าย	848,951	3,450,171	170,590	354,187	1,951,805	3,728,607
เฉลี่ย (บาท/ครั้ง)	145.02	178.23	128.75	160.63	196.83	369.79
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	34.5%	24.9%	14.5%	14.2%	58.6%	59.9%
ผู้ป่วยใน						
จำนวนคน	540	1,701	383	248	1,749	1,340
จำนวนวัน	1,619	5,763	1,406	1,634	5,210	3,583
ค่าใช้จ่าย	1,614,817	10,402,218	1,006,920	2,133,610	1,691,607	2,493,970
เฉลี่ย (บาท/คน)	2,990.40	6,115.35	2,629.03	8,603.27	967.19	1,861.17
เฉลี่ย (บาท/วัน)	997.42	1,805	716.16	1,305.76	324.68	696.06
คิดเป็น % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	65.5%	75.1%	85.5%	85.8%	46.4%	40.1%
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	**2,463,768**	**13,852,389**	**1,177,510**	**2,487,797**	**3,643,412**	**6,222,577**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

รูปที่ 8.5 สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติในจังหวัดตราด จำแนกตามประเภทของแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548



เมื่อพิจารณาถึงจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล น่าสนใจอย่างยิ่งที่จังหวัดตราดมียอดค่าใช้จ่ายของแรงงานข้ามชาติในทุกประเภทสูงกว่าจังหวัดระยองไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพผู้ป่วยไม่มีบัตรที่รักษาฟรีหรือผู้ป่วยไม่มีบัตรที่ต้องจ่ายเงินเองก็ตาม โดยตัวเลขค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในของจังหวัดตราดมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ป่วยนอกถึงสามเท่า และค่าใช้จ่ายของผู้ที่ไม่มีบัตรและต้องจ่ายเงินเองของจังหวัดตราดนั้นสูงกว่าระยองมาก เมื่อรวมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เข้าด้วยกันแล้ว ทั้งปี 2547 และ 2548 ระยองมีสัดส่วนเพียง 4% เท่านั้น ขณะที่ตัวเลขค่าใช้จ่ายผู้ที่ไม่มีบัตรและต้องจ่ายเงินเองในจังหวัดตราดคิดเป็น 50% ในปี 2547 และลดลงเหลือ 28% ในปีต่อมา (ดูรูปที่ 8.4 และ 8.5)

จากตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้างต้น เมื่อมาคำนวณร่วมกับจำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรจากเงินประกันสุขภาพจำนวน 1,300 บาท ซึ่งมีการแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ เป็นค่าบริการทางการแพทย์ 964 บาท ค่าส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาท และค่าบริหารจัดการอีก 130 บาท รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรฯมารักษาฟรีแล้ว (ดูตารางที่ 8.12) พบว่า กรณีของระยองนั้นกล่าวได้ว่ารายได้หรือเงินที่ได้รับจัดสรรมานั้นครอบคลุมจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดขึ้น แม้ตัวเลขผู้รับบริการจะเพิ่มขึ้นมากในปี 2548 ก็ตาม แต่กรณีของตราด น่าสังเกตว่าแม้จะมีจำนวนแรงงานจดทะเบียนน้อยกว่าระยอง แต่การที่สถานบริการมีรายได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองสูงมาก ทำให้ตัวเลขของค่าใช้จ่ายและรายรับที่ได้ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 8.12 เปรียบเทียบจำนวนเงินที่ได้จากการจัดสรรและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จังหวัดระยองและตราด ปี 2547-2548

	ระยอง		ตราด	
	2547	2548	2547	2548
จำนวนแรงงานข้ามชาติจดทะเบียน	22,448	15,884	15,734	12,017
จำนวนบัตรประกันสุขภาพ	22,630	13,973	5,877	12,149
จำนวนเงินที่สถานบริการได้รับจัดสรรค่าบริการทางแพทย์ (964 บาท)	21,815,320	13,469,972	5,665,428	11,711,636
รายได้จากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (จ่ายเงินเอง)	116,005	278,567	3,643,412	6,222,577
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มีบัตรประกันสุขภาพ+รักษาพยาบาลฟรี)	2,919,774	6,366,872	3,641,278	16,340,186

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

ข้อมูลจากงานสังคมสงเคราะห์ ฝ่ายสวัสดิการสังคม ของโรงพยาบาลระยอง พบว่า ในปี 2548 โรงพยาบาลระยองในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีแรงงานข้ามชาติไปใช้บริการมากที่สุดของจังหวัดนั้น ได้ให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตร โดยเข้ามาด้วยอาการเจ็บป่วยทั่วไปสูงที่สุด รองลงมาคือโรคเอดส์ การทำร้ายร่างกาย การตั้งครรภ์/คลอด และอุบัติเหตุจากการทำงานตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 1,187,735 บาท (หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระยอง 2548: 9) ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ของโรงพยาบาลระยองคิดเป็นสัดส่วน 48% ของค่าใช้จ่ายในการรักษาแรงงานข้ามชาติไม่มีบัตรที่ต้องรักษาฟรีจากโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด

8.3.3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จำนวนเงินประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาท และค่าบริหารจัดการที่ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) อีก 120 บาทนั้น ในทางปฏิบัติแล้วสถานบริการแต่ละแห่งจะเขียนแผนงานโครงการของบประมาณจาก สสจ. ไปดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งส่วนใหญ่

เป็นโครงการในลักษณะประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ข้อมูลเรื่องโรคต่าง ๆ เช่น โครงการเฝ้าระวังโรคมาเลเรียในพื้นที่เสี่ยง โครงการเฝ้าระวังโรคเท้าช้างในแรงงานพม่าโครงการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและผู้ค้ามนุษย์ โครงการสำรวจแหล่งแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือแผนปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคของสถานบริการแห่งหนึ่ง ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมหลากหลาย เช่น จัดทำคู่มือการใช้บริการเป็นภาษาเขมร พม่า จ้างพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลในแฟ้มครอบครัวของแรงงานไปจนถึงการติดต่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา เป็นต้น

กรณีของจังหวัดระยองนั้น มีคณะกรรมการบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากสถานบริการในพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล องค์กรพัฒนาเอกชนมาทำงานร่วมกัน เขียนแผนงานในลักษณะส่งเสริมควบคุมต่าง ๆ โดยอาศัยแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นฐานในการกำหนดกิจกรรม และมีการโอนเงินให้กันทุก 2 เดือน เพื่อให้ทำงานได้ต่อเนื่อง หากมีเงินเหลือก็จะจัดสรรเฉลี่ยคืนให้แก่สถานบริการทั้งหมด

เงินต่างชาติ สสจ.จะเป็นคนจัดสรรมาให้ ส่วนงบส่งเสริมควบคุมก็จะเรียกตัวแทนจากทุกที่ไปทำแผนส่งเสริมควบคุมร่วมกัน โดยเอาแผนของกระทรวงสาธารณสุขมาดูว่ามีงานอะไรบ้าง แต่ละฝ่ายก็เขียนแผนขึ้นมา เอาเงินต่างชาติมาใช้กับคนไทยบ้าง เพราะเวลาออกตรวจพื้นที่ก็ไม่ได้แยกเป็นไทย/ต่างชาติ ก็ได้เงินมาช่วยทำให้ทีมตรวจสุขภาพไปพัฒนางานตรวจต่างด้าว

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

การจัดสรรเงิน P-P 206 บาทนั้น ทุกหน่วยมีสิทธิขอใช้งบตรงนี้ ทางจังหวัดจะให้ทั้งฝ่ายควบคุมโรคใน สสจ.เอง โรงพยาบาล สสอ. สถานีอนามัย เขียนโครงการมา ส่วนใหญ่ก็มีลักษณะเป็นภาพรวมทั้งไทย-ต่างชาติ ไม่ได้แยก โดยมากจะจัดสรรให้หน่วย UC ที่แรงงานไปขึ้นทะเบียนไว้เป็นรายหัว ทาง UC เองก็ร้องขอมา เนื่องจากสะดวกกว่าเขียนโครงการ ต่อมาก็ใช้วิธีเอาเงินมาจัดสรรสนับสนุนให้ไปองค์กรท้องถิ่นก็ช่วยเหลือบ้าง เช่น มีบางโครงการเข้าแผนของอบต. ช่วยสนับสนุนส่งเสริมด้านควบคุมโรค ส่วน 120 บาทถือเป็นเงินนอกงบฯ ที่ตราดเงินจะมาที่จังหวัดก่อน แล้วจัดสรรให้ตามโครงการ ตอนนี้พยายามจะปรับให้เป็นการเขียนแผนขอเงินไปทำงาน ถ้าเหลือก็จะจัดสรรให้ UC ไปตามรายหัว ส่วนใหญ่จะโอนให้ประมาณปลายปี ทางสสจ.เปิดบัญชีนี้แยกต่างหาก ไม่ต้องรายงานกระทรวง ใช้เงินได้คล่องตัวกว่า ระเบียบก็ไม่ค่อยเคร่งครัดมากเท่าไหร่

(เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

8.3.4. การเฝ้าระวังโรคในแรงงานข้ามชาติ

ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (ดูตารางที่ 8.13 และ 8.14) นั้น แสดงลักษณะของโรคที่พบมากในคนไทยและแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยแตกต่างกันในบางลักษณะโรค โดยโรคที่มีอัตราผู้ป่วยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมากได้แก่ มาเลเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่น่าสังเกตคือในจังหวัดตราดมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าระยองมากถึงสี่เท่าในปี 2547 และเกือบสองเท่าในปี 2548

ตารางที่ 8.13 อัตราผู้ป่วยโรคในระบบเฝ้าระวัง จังหวัดระยอง เปรียบเทียบระหว่างไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

(อัตราต่อแสน)

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	แรงงานข้ามชาติ	ไทย	แรงงานข้ามชาติ
โรคอุจจาระร่วง	4,159.75	886.49	3,925.64	1,706.12
ไข้เลือดออก	147.13	17.82	2.08	107.03
ไข้กาฬหลังแอ่น	0.19	0.00	0.00	0.00
มาเลเรีย	25.82	191.55	12.89	113.32
วัณโรค	76.32	53.46	3.60	62.96
โรคเลปโตสไปโรสิส (ฉี่หนู)	2.28	4.45	1.33	0.00
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	678.89	204.92	651.65	465.88
ไทฟอยด์	5.13	0.00	3.41	18.89
ปอดบวม	324.26	53.46	311.23	81.84
อาหารเป็นพิษ	848.05	138.10	906.97	365.15
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แผลริมอ่อน, หนองใน, หนองในเทียม, ซิฟิลิส)	69.86	133.64	52.31	188.87

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก รายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://epid.moph.go.th/dssur/index.htm>)

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 526,739 คน ปี 2548 จำนวน 527,583 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนแรงงานที่มาจดทะเบียน

ดังปรากฏในรายงานของงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ในปี 2548 ที่ระบุว่ามีการระบาดของโรคมาเลเรียมากที่ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองระยอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน พื้นที่เกิดโรคไม่เคยพบว่ามีการระบาดมาก่อน แต่เป็นชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาอาศัยอยู่จำนวนมาก จึงอธิบายลักษณะการระบาดเหล่านี้ว่า เป็นเพราะแรงงานเหล่านี้เดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยและนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ระบาด ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการระบาดของโรคมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องที่เป็นบ่อน้ำปลาร้างจำนวนมากในพื้นที่ และประชาชนในพื้นที่ไม่มีภูมิต้านทานโรค (กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2548: 23)

ตารางที่ 8.14 อัตราผู้ป่วยโรคในระบบเฝ้าระวัง จังหวัดตราด เปรียบเทียบระหว่างไทยและแรงงานข้ามชาติ ปี 2547-2548

(อัตราต่อแสน)

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	แรงงานข้ามชาติ	ไทย	แรงงานข้ามชาติ
โรคอุจจาระร่วง	1,577.05	808.86	1,565.70	2,271.78
ไข้เลือดออก	45.20	23.56	98.16	341.18
มาเลเรีย	210.25	526.15	94.07	474.33
วัณโรค	64.69	102.09	74.44	141.47
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	374.46	290.56	245.41	307.90
ไทฟอยด์	14.51	0.00	13.91	16.64

ตารางที่ 8.14 (ต่อ)

(อัตราต่อแสน)

โรคในระบบเฝ้าระวัง	2547		2548	
	ไทย	แรงงานข้ามชาติ	ไทย	แรงงานข้ามชาติ
ปอดบวม	201.12	86.38	283.44	441.04
อาหารเป็นพิษ	312.67	133.50	206.14	216.36
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (แผลริมอ่อน, หนองใน, หนองในเทียม, ซิฟิลิส)	39.40	573.27	33.54	366.15

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจากรายงาน 506 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://epid.moph.go.th/dssur/index.htm>

หมายเหตุ: การคำนวณอัตราต่อแสนประชากร ในที่นี้คนไทยคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (ปี 2547 จำนวน 241,147 คน ปี 2548 จำนวน 244,492 คน) และแรงงานข้ามชาติคิดอัตราจำนวนคนป่วยหารจำนวนที่มาจดทะเบียนในจังหวัด

ข้อมูลในระบบรายงานข้างต้นเป็นสิ่งที่ทุกจังหวัดต้องจัดทำและส่งให้กับกระทรวงสาธารณสุข แต่ในจังหวัดที่มีโครงการต่างๆ เข้าไปดำเนินการนั้น มักจะมีการจัดทำและวิเคราะห์ฐานข้อมูลของกลุ่มแรงงานข้ามชาติอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องกว่าโดยเปรียบเทียบ จังหวัดระยองเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีโครงการ PHAMIT มาดำเนินการร่วมกับ สสจ.และโรงพยาบาลระยอง ซึ่งเจ้าหน้าที่สะท้อนถึงการมีโครงการเช่นนี้ในพื้นที่ว่าช่วยทำให้มีการคุยกันมากขึ้น มีการพัฒนาข้อมูล เชื่อมโยงบริบทการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของงานส่งเสริมและควบคุมโรค ซึ่งแรงงานข้ามชาติถือเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะโรคติดต่อสำคัญ อย่างเช่น ไข้เลือดออก มาเลเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ขณะที่จังหวัดตราดเองก็มีโครงการของ CSEARHAP หรือชื่อในภาษาไทยว่า *โครงการต้านโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศแคนาดา* ไปลง โดยมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นเป้าหมายด้วย ทั้งสองส่วนนี้จะกล่าวโดยละเอียดในตอนที่ 8.6

โครงการพิเศษต่างๆ เหล่านี้มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนงานด้านส่งเสริมควบคุมโรคในพื้นที่ ดังตัวอย่างตารางที่ 8.15 ที่สรุปจากการจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของโรงพยาบาลระยอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลระยองในโครงการ PHAMIT นั้น พบว่ามีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่น่าสนใจ และไม่อยู่ในระบบรายงานที่ส่งกระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด

ตารางที่ 8.15 แสดงอันดับโรคและความเจ็บป่วยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โรงพยาบาลระยอง ปี 2548

ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1. โรคระบบทางเดินหายใจ	648	1. อุบัติเหตุอื่น ๆ	160
2. อุบัติเหตุอื่น ๆ	614	2. การคลอด	151
3. วัณโรค	475	3. ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์/คลอด	77
4. โรคระบบย่อยอาหาร	405	4. HIV	61
5. โรคระบบกล้ามเนื้อร่วมโครงร่าง	279	5. โรคระบบย่อยอาหาร	58
6. โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	212	6. ภาวะบางอย่างในระยะปริกำเนิด	54
7. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	196	7. อุบัติเหตุจากการขนส่ง	44

ตารางที่ 8.15 (ต่อ)

ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
8. อุบัติเหตุจากการขนส่ง	150	8. โรคระบบทางเดินหายใจ	32
9. โรคท้องร่วง	130	9. โรคท้องร่วง	24
10. โรคตาและส่วนประกอบของตา	125	10. โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	23

ที่มา: ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลระยอง (หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดระยอง 2548: 7–8)

ตารางที่ 8.5 ข้างต้นแม้จะเป็นข้อมูลที่ได้จากตัวเลขผู้ป่วยเฉพาะโรงพยาบาลระยองเพียงแห่งเดียว แต่ก็แสดงให้เห็นภาวะความเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติว่า นอกจากจะเกิดจากโรคในระบบต่าง ๆ ทั้งที่เฝ้าระวังและทั่ว ๆ ไปแล้ว ยังพบว่าการประสบอุบัติเหตุเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วยในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เป็นอุบัติเหตุจากการทำงาน และอุบัติเหตุทั่ว ๆ ไป

กรณีอุบัติเหตุ มูลนิธิจะนำส่งมา ส่วนใหญ่จะบอกว่าเป็นชาย/หญิงไทยไม่ทราบชื่อ มีคนหนึ่งถูกรถชนสมองบวม นอนอยู่โรงพยาบาลปีกว่า อยู่มาวันหนึ่งก็มีแม่มาตามหาลูก เพราะมีคนไปบอกว่าอยู่นี่ ทางโรงพยาบาลก็ช่วยคุยกับตำรวจ เพราะเป็นคดีรถชน ที่จริงเราต้องส่ง CAR เลย แต่มันก็ต้องมีการเตรียมตัววางแผน คู่กรณีวางเงินไว้ให้ 1,000 ก็มีปัญหาระบบส่งต่อ เพราะทางกัมพูชาบางเมืองไม่มีโรงพยาบาลไม่มีที่ให้อยู่ แล้วตัวเขาก็ไม่อยากไปเกาะกง เพราะมันไกลบ้าน เขาอยากไปทางตาพระยาสระแก้วมากกว่า เราจะให้แรงงานตัดสินใจเองว่าจะไป ตม.หรือเปล่า ถ้าอยากกลับบ้านก็จะส่งกลับ รายที่หนีออกไปจากโรงพยาบาลก็เยอะ บางรายที่ต้องพิทักษ์สิทธิ์ เช่น ถูกทำร้ายมา อุบัติเหตุจากงาน ก็ต้องตามขึ้นไปดูที่ตึก

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นแรงงานข้ามชาติข้างต้น สอดคล้องกับบริบทเชิงปัญหาประการหนึ่งของลักษณะการเข้ามาทำงานและใช้ชีวิตต่างที่ต่างถิ่นของแรงงาน นั่นคือ ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง ดังที่ได้สะท้อนจากหลายฝ่ายในพื้นที่ศึกษาว่า แรงงานข้ามชาติมีลักษณะการอยู่อาศัยที่ไม่ค่อยมีสุขอนามัย แออัด บ้านพักมักไม่มีหน้าต่างหรือช่องแสงขาดการระบายอากาศ และแรงงานชายมักใช้เวลาหลังการทำงานดื่มกินเป็นประจำ ซึ่งนำไปสู่การทะเลาะเบาะแว้ง มีแนวโน้มใช้ความรุนแรง บางกรณีรุนแรงถึงชีวิต นอกจากนี้ก็เป็นกลุ่มที่ถูกจับตามองเรื่องยาเสพติดบ้าง ลักขโมยบ้าง จนมีผู้ให้ความเห็นว่า

น่าจะมีลักษณะเป็นคณะลูกขุนคอยจัดการเรื่องอาชญากรรมของแรงงานต่างชาติ เช่น อาจกำหนดเป็นการตัดแต้มนายจ้าง พวกเขมรกินเหล้าเยอะมาก แล้วก็ตีกันเอง ส่วนยาเสพติดไม่มีเลยเพราะเขาจะกลัวมาก แต่เรื่องเที่ยวก็ต้องปล่อยเขาไป โดยมากก็มักจะเที่ยวตามอ่าวที่ไปจอดเรือ

(สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

8.4 เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในแรงงานข้ามชาติ

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดระยอง ณ 31 ธันวาคม 2549 จัดเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ สาเหตุการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 83 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (67%) และพบในเขตอำเภอเมืองถึงร้อยละ 55 (กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง 2550)

นโยบายปิดคลินิกกามโรคที่ให้บริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น ส่งผลสำคัญยิ่งต่อสถานการณ์เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ แม้จะกำหนดให้เปิดคลินิกในสถานพยาบาล หรือมีการจัดวันเฉพาะให้แล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่านิยมของสังคมตะวันออกทำให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงไม่อยากเปิดเผยตัวเอง สถานพยาบาลบางแห่งจึงต้องปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงานเป็นเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ออกไปจัดคลินิกกามโรคที่สถานีอนามัยเป็นระยะ ๆ เดือนละสองครั้ง บางแห่งก็เข้าไปให้บริการถึงในชุมชนที่สำรวจพบแหล่งบริการทางเพศจำนวนมาก เช่น ที่ปากน้ำประแสร์ จังหวัดระยองนั้นพบว่ามีชุมชนแรงงานชาวเขมรที่เป็นลูกเรือประมงมีสถานบริการทางเพศในรูปของร้านคาราโอเกะจำนวนมาก จึงมีการจัดเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแกลงลงไปให้บริการขณะเดียวกันก็จะขยายไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครระยอง ซอยสองพี่น้อง โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปปรับปรุงสถานที่ให้ เทศบาลสนับสนุนไฟ หรือกรณีที่สถานีอนามัยมาบตาพุด โรงพยาบาลมาบตาพุดจัดคลินิกเองโดยใช้สถานที่ของสถานีอนามัย เป็นต้น

จากการสำรวจสถานบริการและพนักงานบริการทางเพศทั่วประเทศพบว่า ทั้งจำนวนผู้ให้บริการ พนักงานบริการและสถานบริการในจังหวัดระยองนั้น มีจำนวนมากกว่าจังหวัดตราดหลายเท่าตัว ดังตัวเลขที่ปรากฏในตารางที่ 8.16 แต่ทั้งสองจังหวัดไม่มีข้อมูลการคาดประมาณของพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติ แม้ว่าจากการสัมภาษณ์จะให้ข้อมูลได้ก็ตาม

> ***90% เป็นหญิงบริการต่างชาติ โดยเฉพาะที่เกาะกูด*** *แต่ฐานไม่เยอะ ลูกค้าส่วนใหญ่เป็นพวกลูกเรือประมง ตัวเลขจริง ๆ น่าจะมากกว่าที่สำรวจได้ประมาณ 2 เท่า พวกนี้มีการเคลื่อนย้ายทุก 3 เดือน เดือนมกราคมจะมีการสำรวจแหล่งแพร่ เดือนมิถุนายนเป็นการสำรวจความชุก เราก็จะทำหนังสือขอเข้าไปตรวจตามร้านต่าง ๆ เขาก็ให้ความร่วมมือพาเข้าไป สถานบริการเป็นคาราโอเกะมากขึ้น แล้วก็เป็นประเภทแฝงมากขึ้น อย่างที่เกาะช้างเป็นพวกบาร์เบียร์ เพราะว่าพวกไนท์คลับ คาเฟ่อาบอบนวดขอเปิดยากมาก ก็เลยเปิดเป็นร้านคาราโอเกะ ตู้เพลงหยอดเหรียญ พวกนวดแผนโบราณก็เยอะ เพิ่มเป็น 2–3 เท่าตัวใน 3–4 ปีที่ผ่านมา*
>
> (เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

ตารางที่ 8.16 จำนวนผู้ให้บริการ พนักงานบริการ และสถานบริการทางเพศในจังหวัดระยองและตราด ปี 2547–2548

	ระยอง				ตราด			
	2547		2548		2547		2548	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวนผู้ให้บริการ	มข	มข	592	2,660	มข	มข	72	621
จำนวนพนักงานบริการ	มข	มข	0	651	มข	มข	0	265
คาดประมาณ % ของพนักงานบริการที่เป็นต่างชาติ	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**	**มข.**
จำนวนสถานบริการ	373		410		124		146	

ที่มา: กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548. รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย ปี 2548. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

มข. คือไม่มีข้อมูล

อย่างไรก็ดี แม้จะมีการสำรวจสถานบริการทางเพศ และจำนวนผู้ให้บริการ พนักงานบริการเป็นประจำทุกปี แต่การเก็บข้อมูลยังไม่มีรายละเอียดในเรื่องสัญชาติของพนักงานบริการ ตลอดจนผู้ป่วยเอดส์ ดังตารางที่ 8.17 ที่แสดงจำนวนผู้ป่วยและพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ในจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นตัวเลขผู้ป่วยรวมทั้งชายและหญิง และไม่มีข้อมูลพนักงานบริการที่เป็นเอดส์แต่อย่างใด แต่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานอยู่ในชุมชนจะให้ข้อมูลเรื่องนี้ได้ละเอียดมากกว่า

> *ที่แสมสารหญิงบริการเป็นเขมรหมด 20 กว่าคน ที่เพมีปนกันระหว่างคนไทยกับเขมร ที่ปากน้ำ คารา โอเกะเป็นไทยอิสานส่วนใหญ่ แล้วก็เป็นลักษณะตกลงกันเองกับลูกค้า บางคนก็มาหาเงิน short term คือตั้งใจมาเก็บเงินก้อนไปซื้อของ*
>
> (เจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ จังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 20 มิถุนายน 2549)

ขณะที่กรณีของจังหวัดตราด (ตารางที่ 8.18) แม้จะมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ แยกตามสัญชาติได้ แต่ไม่มีข้อมูลในส่วนของพนักงานบริการเช่นกัน ทั้งนี้ สถิติที่ปรากฏในตารางที่ 8.16 และ 8.18 นั้นเป็นข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุข ที่น่าสังเกตก็คือ ข้อมูลในตารางที่ 8.17 เป็นจำนวนผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดระยอง แยกตามสัญชาติและเพศที่ได้จากการค้นในเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขเอง แสดงตัวเลขที่แตกต่างออกไป กรณีข้อมูลที่ไม่ต้องตรงกันเช่นนี้นำไปสู่การตั้งคำถามต่อความสมบูรณ์ใช้ได้ของฐานข้อมูลที่จัดเก็บอย่างยิ่ง

ตารางที่ 8.17 จำนวนผู้ป่วยและพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ในจังหวัดระยอง (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย		771		572		509		605		297
	พม่า		2		2		1		1		3
	ลาว		มข.		มข.		มข.		มข.		มข.
	กัมพูชา		มข.		มข.		มข.		มข.		มข.
พนักงานบริการ	ไทย พม่า ลาว กัมพูชา		มข.		มข.		มข.		มข.		มข.

ที่มา: สืบค้นจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. 2549.

มข. คือไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 8.18 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดระยอง (แยกตามสัญชาติและเพศ) ปี 2544-2549

สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548		2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไทย	508	306	367	223	244	190	359	299	212	183	44	49
จีน	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
พม่า	0	1	2	1	0	1	0	1	2	1	1	0
เขมร	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ลาว	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
ไม่ทราบ	12	3	8	4	2	2	5	5	7	0	1	0
รวม	**520**	**310**	**377**	**229**	**246**	**193**	**364**	**305**	**222**	**184**	**46**	**50**

ที่มา: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. 2550.

ปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นเบื้องหลังตัวเลขเหล่านี้คือ ลักษณะการทำงานและการใช้ชีวิตของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานประมงแบบที่เรียกว่าตัดบัญชี ซึ่งต้องออกทะเลไปเป็นเวลานาน (คราวละ 18 หรือ 24 หรือ 36 เดือน) และจะได้เงินค่าจ้างเป็นก้อนเมื่อตัดยอดเสร็จ การใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนเรือประมง ท่ามกลางสภาพการทำงานที่ลำบาก กลายเป็นเหตุผลทางอารมณ์ของแรงงานกลุ่มนี้ในการเที่ยวสถานบริการ ด้วยความคิดที่ว่าเป็นการปลดปล่อยความกดดันและใช้เงินที่หาได้หาความสุขให้กับตัวเองที่ต้องทำงานตรากตรำเป็นเวลาหลายเดือน ดังนั้น สถานบริการจำนวนไม่น้อยจึงหนาแน่นอยู่ตามสะพานปลาและจุดจอดเรือต่าง ๆ ขณะเดียวกันพนักงานบริการส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สมัครใจมาทำงานบริการทางเพศ

อย่างที่เกาะกูดนี่เป็นสวรรค์ของพวกประมงเลย เป็นร้านอาหารเล็ก ๆ และมีบริการทั้งอ่าว น่าจะมีเป็นร้อย ๆ เลย ถ้ามองในแง่ zoning แล้วตรงนี้ถือเป็นจุดรวม เพราะเป็นจุดที่เรือประมงไปจอด อย่างสะพานปลาที่ไม่ได้มีสถานบริการ พวกเรือก็จะไม่ค่อยเข้ามาจอดหรอก เขาชอบไปจอดหาดที่มีสถานบริการรองรับลูกเรือเขามากกว่า เช่น ที่เกาะกูด คลองสนเองก็มีสถานบริการ อยู่กันเป็นหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเขมร เวียดนาม พวกเวียดนามนี่เข้ามาแย่งงานเขมรมากขึ้น

(สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

ตารางที่ 8.19 จำนวนผู้ป่วยและพนักงานบริการที่เป็นเอดส์ในจังหวัดตราด (แยกตามสัญชาติ) ปี 2544-2548

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ผู้ป่วย	ไทย	249	116	233	96	238	115	226	146	108	87
	พม่า	7	0	17	16	11	2	2	2	3	2
	ลาว	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	กัมพูชา	30	32	29	20	18	11	21	30	29	26

ตารางที่ 8.19 (ต่อ)

ประเภท	สัญชาติ	2544		2545		2546		2547		2548	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พนักงานบริการ	ไทย พม่า ลาว กัมพูชา	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.	มข.

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. 2549. มข. คือไม่มีข้อมูล

งานเอดส์ต่างชาติ มีการทำโครงการกับหญิงบริการ คือเราจะนัดให้มาตรวจสุขภาพ คล้าย ๆ คลินิกกามโรคแต่ก่อน เพราะเราไม่มีคลินิกกามโรคโดยตรง ผู้หญิงเข้าแผนกนรีเวช ผู้ชายก็เข้าแผนกผิวหนังให้เข้าตามระบบไป แต่พวกนี้ไม่ได้อยู่ประจำ อพยพเคลื่อนย้ายไปเรื่อย ตัวเลขคนไทยติดเชื้อที่เป็นหญิงบริการ เฉพาะที่เข้าโรงพยาบาลตราดมี 22% เจอหญิงตั้งครรภ์ ไทยประมาณ 2.7% ต่างชาติ 5% กว่า ทั้งจังหวัดประมาณ 1.8–1.9% (ปี 2548) แต่ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากที่อื่น เช่น พัทยา ระยอง ระนอง เพราะว่าพวกแรงงานประมงขึ้นฝั่งที่ไหนก็เที่ยวที่นั่น พวกเขมรไม่ค่อยเที่ยวร้านอาหาร จะไปอยู่ตามร้านอาหารแฝง

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

ตารางที่ 8.20 จำนวนพนักงานบริการในจังหวัดระยองและตราด ที่มีผลการตรวจกามโรคเป็นบวก (VDRL+) ปี 2547–2548

จำนวน	ระยอง		ตราด	
	2547	2548	2547	2548
ไทย (จำนวนรวมที่ตรวจ)	มข.	มข.	0 (366)	37 (344)
ต่างชาติ	มข.	มข.	มข.	มข.

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. 2549. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. 2549.
มข. คือไม่มีข้อมูล

8.5 อนามัยแม่และเด็กในแรงงานข้ามชาติ

ในส่วนของงานอนามัยแม่และเด็กเป็นอีกจุดสำคัญหนึ่งที่เกี่ยวพันกับการให้บริการแรงงานข้ามชาติ และรวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพแรงงานด้วย ข้อมูลในตารางที่ 8.21 แสดงจำนวนแรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์และคลอด พบว่าจำนวนแรงงานหญิงที่มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ และจำนวนเด็กเกิดมีชีพของจังหวัดตราดสูงกว่าจังหวัดระยองไม่น้อยทีเดียว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัญหาการจัดบริการสาธารณะของกัมพูชาเอง ที่ไม่สามารถรองรับให้บริการประชากรได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ทำให้ชาวกัมพูชาจำนวนไม่น้อยหลั่งไหลเข้ามารับบริการรักษา ฝากครรภ์ และคลอดในประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้ชายแดน

ตารางที่ 8.21 จำนวนแรงงานหญิงข้ามชาติที่ตั้งครรภ์และคลอดในจังหวัดระยองและตราด ปี 2547-2548

	จังหวัดระยอง		จังหวัดตราด	
	2547	2548	2547	2548
จำนวนหญิงที่มาฝากครรภ์	240	345	628	984
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ	202	437	633	812
จำนวนหญิงที่คลอดโดย				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	161	435	639	816
ผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรม	0	0	0	0
หมอตำแย/เพื่อน/คลอดเอง	8	1	0	0
จำนวนหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาคลอดบุตร	24	38	62	89
จำนวนหญิงต่างด้าวตายขณะตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วัน หลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์	0	0	0	1

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

8.5.1 การให้วัคซีนในเด็กต่างชาติ

แม้มีการแจกสมุดสีชมพู หรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก[2] ให้แก่แม่ทุกคนไม่ว่าไทยหรือต่างชาติ ซึ่งมีช่องบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับแม่ ตั้งแต่การตรวจครรภ์ การตรวจหลังคลอด และสำหรับเด็ก คือความรู้ในด้านพัฒนาการของเด็กวัยต่างๆ การดูแล และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคขั้นพื้นฐาน แต่ก็ไม่สามารถมั่นใจได้ว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ใช้สมุดสีชมพูเข้ามารับบริการวัคซีนที่สถานบริการครอบคลุมแค่ไหน การรณรงค์ให้วัคซีนเป็นประจำทุกปีก็ไม่สามารถคาดประมาณจำนวนเด็กต่างชาติที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานครบถ้วนได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลส่วนนี้เทียบเคียงในระบบรายงาน จากตารางที่ 8.22 เห็นได้ว่า จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในจังหวัดตราดนั้นสูงกว่าจังหวัดระยองมาก โดยเฉพาะในช่วงรณรงค์ฉีดวัคซีนทั่วประเทศ ทั้งๆ ที่จำนวนแรงงานที่ได้รับใบอนุญาตของระยองสูงกว่าตราดหลายพันคน (ดูตารางที่ 8.3)

ตารางที่ 8.22 การได้รับวัคซีนชนิดต่าง ๆ ของแม่และเด็กในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยองและตราด ปี 2547-2548

การได้รับวัคซีน	จังหวัดระยอง		จังหวัดตราด	
	2547	2548	2547	2548
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน	120	543	2,064	2,633
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในช่วง NID 2 ครั้ง	199	1,363	5,801	6,567
หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก	38	358	251	381

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. (คำนวณจาก สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ. (ปี 2547 เก็บข้อมูลระหว่างปี 2546-เดือนกันยายน 2547 และข้อมูลในปี 2548 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548).

[2] เป็นสมุดประจำตัวด้านสุขภาพอนามัยสำหรับแม่ ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และสำหรับลูก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี และสามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน เนื่องจากมีหนังสือรับรองการเกิด (ท.ร.1/1) อยู่ท้ายเล่ม (จำนวน 3 ฉบับ คือ ใบสีขาวสำหรับฝ่ายทะเบียนที่รับแจ้งเกิดเก็บไว้เป็นหลักฐาน ใบสีฟ้าสำหรับสถานพยาบาลเก็บไว้กับทะเบียนคนไข้ และใบสีชมพูเก็บไว้ในสมุดสีชมพูเป็นหลักฐานของแม่และเด็ก)

8.5.2 การรับรองการเกิดในกลุ่มประชากรข้ามชาติ

สืบเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดก็คือระบบการจัดการสถานะบุคคลของเด็กเกิดใหม่ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ซึ่งยังมีแนวทางปฏิบัติที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และขึ้นอยู่กับระดับความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ผู้เป็นแม่จะได้รับใบรับรองการเกิดจากทางโรงพยาบาลที่ทำคลอด แต่จะไม่ได้รับหลักฐานการเกิด หรือสูติบัตร เนื่องจากความเข้าใจว่าหมายถึงการได้รับสัญชาติ ทั้งที่จริง ๆ แล้วเป็นเพียงหลักฐานแสดงความมีตัวตนของบุคคลที่เกิดใหม่เท่านั้น

แนวทางปฏิบัติในเรื่องการแจ้งเด็กเกิดใหม่ที่มีพ่อแม่เป็นแรงงานข้ามชาติของจังหวัดตราดน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ ทางสถานบริการจะออกใบรับรองการเกิดให้แก่ทุกคนที่มาคลอด ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างชาติ หากไม่มีบัตรแสดงตนใดๆ เจ้าหน้าที่ก็จะเขียนไว้ที่หัวกระดาษของใบรับรองการเกิดว่า “เขียนตามคำบอกเล่า” หรือ “ไม่มีหลักฐานมาแสดง” ส่วนสำเนาใบสีชมพูก็ให้ติดไปกับสมุดสีชมพูซึ่งให้ติดตัวกับผู้เป็นแม่ไปด้วย หลังจากนั้นทางสถานบริการที่ทำคลอดจะนำหลักฐานทั้งหมดส่งให้กับฝ่ายทะเบียนราษฎร์ของเทศบาลเอง โดยตรวจสอบเรื่องสถานะของพ่อเด็กให้ เพื่อการได้รับสัญชาติไทย แล้วจะออกใบนัดให้พ่อแม่เด็กไปรับสูติบัตรที่เทศบาล

มีการทำความตกลงกับเทศบาลว่า ทางฝ่ายทะเบียนราษฎร์จะเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้ทั้งหมด เพื่อป้องกันปัญหาการแจ้งเกิดเกินกำหนดของคนไทย ซึ่งทำให้ต้องมีกระบวนการสอบสวนและขั้นตอนทางกฎหมายที่ยุ่งยาก และเพื่อสิทธิประโยชน์ในการได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือนโยบาย 30 บาท แนวทางดังกล่าวนี้ไม่ได้แยกว่าเป็นไทยหรือต่างชาติ เป็นผลให้สามารถเก็บข้อมูลและจำนวนเด็กเกิดในกลุ่มประชากรข้ามชาติได้ แต่สิ่งที่ยังท้าทายต่อระบบการจัดการข้อมูลเรื่องนี้ก็คือ กระบวนการรายงานที่เป็นระบบและครบถ้วน เนื่องจากฝ่ายทะเบียนราษฎร์ไม่ได้รายงานตัวเลขผู้ที่ไม่ได้มาติดต่อรับสูติบัตร

เรื่องการแจ้งเกิด สมัยก่อนทุกคนต้องถือเอกสารมาเอง แล้วก็มีปัญหาคือชาวบ้านไม่มีความรู้ นึกว่าใบที่ได้จากโรงพยาบาลเป็นใบเกิด ไม่ยอมมาแจ้งเทศบาล เพราะกฎหมายกำหนดต้องแจ้งภายใน 15 วัน เกิดที่ไหนก็ต้องแจ้งที่ท้องที่นั้น บางคนก็ถือกลับบ้านไป ก็เกิดปัญหาแจ้งเกิดเกินกำหนดเวลา ซึ่งจะยุ่งยากมาก เพราะว่ากลายเป็นการรอลงอาญา ต้องสอบพยาน สอบพยาบาลสอบหมอที่ทำคลอด ต้องมาให้ปากคำที่เทศบาล ซึ่งเขาเองก็ยุ่งมาก เราก็จะไปที่โรงพยาบาลให้นายอำเภออนุมัติให้ถึงจะออกสูติบัตรได้ ก็เลยเป็นที่มาของการคุยเป็นข้อตกลงเชิงปฏิบัติกับทางโรงพยาบาลตราดว่า โรงพยาบาลจะนำส่งหลักฐานให้กับเทศบาลเอง แล้วก็ออกใบนัดให้กับพ่อแม่มารับที่นี่ ก็เลยแก้ปัญหาแจ้งเกิดเกินกำหนดได้ ทำมาประมาณ 2 ปีแล้ว

แล้วก็ในช่วงหลัง มีนโยบาย 30 บาท เด็กเกิดต้องออกเลข 13 หลักให้ได้ทันที บางทีเกิดเช้าบ่ายก็ได้เลข ใช้สิทธิได้เลย สำหรับกรณีต่างด้าว ทางเทศบาลก็จะออกใบเกิดให้ เป็นแรงงานต่างชาติก็จะออก ท.ร.3 ที่รหัสขึ้นต้น 00 พวก 3 สัญชาติ ซึ่งระบบจะออกเลขมาให้เอง พวกที่อยู่เกาะกงก็มีรหัสขึ้นต้นเลข 7 แต่ถ้าเป็นแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนก็ไม่ได้ออกเลขอะไรให้ ออกเป็นใบรับแจ้งอย่างเดียว ที่เคยเจอก็คือเป็นพ่อ/แม่ต่างชาติมาเอาเอง แต่ถ้าผิดกฎหมายทั้งคู่มักจะไม่มาเอาอะไร ใบแจ้งเกิดสีขาวที่มาจากโรงพยาบาลก็จะค้างอยู่ที่เทศบาล ส่วนนี้เราไม่ได้แจ้งสสจ. จะแจ้งเฉพาะจำนวนที่ออกสูติบัตรให้ทุกสิ้นเดือนเท่านั้น

ที่จริงแรงงานต่างชาติ ไม่ว่าเกิดหรือตายก็จะออกใบรับแจ้งให้ กรณีตาย เทศบาลก็จะออกมรณบัตร ออกใบรับรองการตายให้กับญาติที่มาแจ้ง แล้วญาติถึงจะเคลื่อนย้ายศพกลับได้ หรือทางสัปเหร่อถึงจะจัดการทำศพให้ แล้วทางเทศบาลก็จะเข้าไปลบในฐานข้อมูล อย่างกรณีย้ายที่อยู่ ก็ต้องมีหนังสือจากผู้ว่าฯ อนุมัติมาก่อน แล้วทางเทศบาลก็จะทำใบแจ้งการย้ายที่อยู่ให้

(เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนราษฎร์จังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

8.6 บทบาทขององค์กรประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ

8.6.1 ลักษณะพันธกิจขององค์กรที่ทำงานกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองและตราด

ทั้งสองจังหวัดเป็นพื้นที่ซึ่งมีองค์กรพัฒนาเอกชนหลายลักษณะลงไปทำงานในพื้นที่ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาภาคตะวันออก ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะองค์กรที่มีบทบาทโดยตรงต่อการทำงานด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จังหวัดระยองและตราดเท่านั้น คือ

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision) เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนในเครือขององค์กรศุภนิมิตสากล ซึ่งเป็นองค์กรคริสเตียนเพื่อการพัฒนาและสาธารณกุศลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตและให้ความช่วยเหลือผู้ยากไร้ ด้อยโอกาสในสังคม และผู้ที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิต จากเดิมที่มีบทบาทในการบรรเทาทุกข์ ช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่และอนามัยในศูนย์อพยพจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ลี้ภัยชาวอินโดจีนที่หลั่งไหลเข้าประเทศไทยมาตามชายแดน หลังจากนั้นได้ขยายบทบาทไปสู่การรับอุปการะและพัฒนาเด็กด้อยโอกาส ให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่ยากไร้ และการพัฒนาชุมชนให้พึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ ยังมีโครงการบรรเทาทุกข์ฉุกเฉินและการส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม ซึ่งให้การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยต่าง ๆ และประสานงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ดำเนินโครงการพิเศษต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาเร่งด่วนในสังคม เช่น ปัญหาโรคเอดส์ ยาเสพติด สิทธิเด็กและสตรี ปัญหาการค้ามนุษย์ เป็นต้น มีพื้นที่ดำเนินงาน 94 โครงการ ใน 46 จังหวัดทั่วประเทศ (http://worldvision.or.th/index.html) สำหรับจังหวัดระยองและตราดนั้นเป็นพื้นที่ซึ่งมูลนิธิฯ ตั้งสำนักงานอยู่ และทำโครงการด้านเอดส์และสุขภาพ รวมทั้งโครงการ PHAMIT ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงการพิเศษของมูลนิธิ

จังหวัดระยองเป็นพื้นที่หนึ่งในการดำเนินโครงการฟ้ามิตร (PHAMIT) มีพื้นที่ดำเนินการในตำบลปากน้ำ และตำบลเพของอำเภอเมือง อำเภอแกลง อำเภอบ้านค่าย และกิ่งอำเภอนิคมพัฒนา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่หนาแน่น โดยมีกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานงาน มี***ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์*** (Center for AIDS Right-CAR)[3] เป็นองค์กรดำเนินการหลักในจังหวัดระยอง กำหนดภารกิจในการทำงานหลายลักษณะด้วยกัน สรุปได้ดังนี้คือ

(1) การพัฒนาสื่อด้านสาธารณสุขเป็นภาษาของแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ข้อมูลความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพด้วยภาษาของแรงงาน โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และวางแผนครอบครัว รวมทั้งโรคติดต่ออื่น ๆ

(2) การพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับงานด้านสาธารณสุขในแรงงานข้ามชาติ ในหลายมิติด้วยกัน เช่น จัดอบรมภาษาเขมร/พม่าขั้นพื้นฐานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลและสถานีอนามัยต่าง ๆ ที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ การอบรมให้ความรู้แก่พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และพัฒนาแนวคิดให้รัฐจัดระบบจัดจ้างพนักงานเหล่านี้ เพื่อช่วยบริการในโรงพยาบาลและทำงานเชิงรุกในชุมชน

(3) การขยายบริการให้เข้าถึงและครอบคลุมทุกมิติของแรงงานข้ามชาติ ด้วยการจัดตั้งศูนย์บริการแรงงานข้ามชาติ (Drop In Center) ขึ้นในชุมชนที่มีแรงงานข้ามชาติหนาแน่นทั้งสิ้น 7 แห่ง เพื่อให้เป็นบ้านหลังที่สองของแรงงานข้ามชาติ จัดคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในพื้นที่ และให้บริการด้านต่าง ๆ เช่น จัดกลุ่มพูดคุย ให้บริการยาสามัญประจำบ้าน ถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด ติดตามหญิงตั้งครรภ์และเด็กเพื่อให้ได้รับวัคซีนตามกำหนด และเป็นศูนย์กลางประสานงานด้านการส่งต่อแรงงานที่มีปัญหาสุขภาพให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ประเทศต้นทาง

[3] เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามาทำงานด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในจังหวัดระยองตั้งแต่ปี 2543 ควบคู่ไปกับการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ

(4) การร่วมพัฒนาระบบบริการของภาครัฐ ที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติ ทั้งในด้านสาธารณสุข เช่น การทำงานส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลรักษา ติดตามต่อเนื่อง และส่งต่อผู้ป่วย ร่วมพัฒนารูปแบบการจัดคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชนแรงงานข้ามชาติ ด้านการศึกษา ด้วยการจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สำหรับเด็กที่เป็นลูกหลานของแรงงานเพื่อเตรียมความพร้อม และสนับสนุนให้เด็กได้เข้าเรียนในโรงเรียนของชุมชน ด้านสถานะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของแรงงาน ให้ข้อมูลด้านการจดทะเบียน บริการสุขภาพ และช่วยเหลือแรงงานที่ถูกละเมิดสิทธิ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับและอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนและแรงงานข้ามชาติอีกด้วย (หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดระยอง 2548: 2–3)

ขณะที่จังหวัดตราดนั้น มี*โครงการต้านโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศแคนาดา* (CSEARHAP หรือ Canada Southeast Asia Regional HIV/AIDs Program) ลงมาดำเนินการ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาและดำเนินงานด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย และแผนงาน ตลอดจนการจัดระบบบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ประชากรเคลื่อนย้าย และประชากรที่ได้รับผลกระทบในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง คือประเทศกัมพูชา ลาว ไทย และเวียดนาม โดยเฉพาะการป้องกันและการรักษาโรคเอดส์ในระดับชาติ อย่างไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงมิติเรื่องเพศภาวะ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยการแก้ไขปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่เป็นตัวกำหนดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นต่างชาติและประชากรเคลื่อนย้าย มีการทำงานร่วมกันเป็นเมืองคู่ขนาน เช่น มุกดาหาร–สะหวันนะเขต ตราด–เกาะกง มีระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี ใน 2 จังหวัด คือ ตราดและประจวบคีรีขันธ์ (กรมควบคุมโรค 2549)

8.6.2 ผลจากการทำงานด้านเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติขององค์กรประชาสังคม

การทำงานของโครงการและองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ข้างต้น ทั้งที่เป็นพันธกิจของตัวองค์กรพัฒนาเอกชนเอง และที่เป็นโครงการความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลสำคัญยิ่งต่อบริบทของสถานการณ์ด้านเอดส์ โรคติดต่อต่าง ๆ และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ในหลายลักษณะด้วยกัน ดังนี้คือ

(1) **ความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์** ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่กับโรงพยาบาลเกาะกง ทั้งที่เชื่อมโยงกันผ่านการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน แหล่งทุน และภาครัฐ เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการทำงานที่คำนึงถึงลักษณะของแรงงานข้ามชาติที่เดินทางเคลื่อนย้ายไปมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ต้องกินยาต้านไวรัสต่อเนื่องให้สามารถรับยาและการรักษาต่อเนื่องได้ที่โรงพยาบาลเกาะกง ดังกรณีของความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลเกาะกงกับโรงพยาบาลตราด ซึ่งมีองค์กร CARE กัมพูชาเข้ามาช่วยพัฒนาบุคลากร อบรมเจ้าหน้าที่ของทางกัมพูชา ฝึกใช้เครื่องมือ และยังมีการประสานงานกันระหว่าง CARE กับโรงพยาบาลเกาะกงในเรื่องการส่งต่อการรักษาให้ยา ARV ต่อเนื่องแก่แรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาในโครงการที่โยกย้ายไปมาซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องการติดตามรักษาต่อเนื่องมากให้สามารถไปรับยา ARV ที่เกาะกงได้ ทั้งนี้เนื่องจากว่า การจ่ายยา ARV นั้น แม้จะเป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทสำหรับคนไทย แต่ไม่ได้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ ส่วนยา AZT นั้นส่วนใหญ่ให้ทุกคน เท่าเทียมกันไม่ว่าไทยหรือต่างชาติ เว้นแต่ผู้ติดเชื้อที่ไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ และหลายโครงการส่งผลต่อทัศนคติและความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ เช่น โครงการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาล ทำให้ต่างฝ่ายต่างเข้าใจสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นภาพรวมมากขึ้น

> *แรงงานที่มีปัญหาก็ด้วยเรื่องข้ามไป–มา แรงงานประมงที่คลองใหญ่จะมีปัญหาเรื่องเอดส์ค่อนข้างสูง ถ้าแรงงานอยู่เกาะกงก็จะประสานให้ไปรับยา ARV ที่เกาะกง ซึ่งมีทำแบบวัดพระบาทน้ำพุ มีอาหารบริจาคด้วย รักษาจนกว่าจะครบ course ประมาณ 1 เดือน*
>
> (เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 31 กรกฎาคม 2549)

ปัญหาที่เราเจอกันตลอดก็คือ แรงงานย้ายที่บ่อย บางทีส่งกลับไปก็เข้ามาใหม่อีก แต่การที่เราไปศึกษาดูงานที่เขมรแล้วทำให้เข้าใจบริบทของตัวแรงงานที่เข้ามาทำงานค่อนข้างดี ทางนู้นเขามีปัญหาภายในประเทศ ระบบบริการอะไรก็มีปัญหาไปหมด สภาพความเป็นอยู่ก็ลำบาก คนก็เลยไหลมานี่

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

(2) **การสื่อสาร** ภาษากลายเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการทำงาน เนื่องจากช่องว่างของการรับรู้และเข้าใจในความเจ็บป่วยแต่ละประเภทและการรักษาของแรงงานข้ามชาตินั้นมีอยู่ค่อนข้างสูง ทั้งในโรคทั่วไปและโรคติดต่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือความรู้ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ยิ่งเฉพาะโรคเอดส์แล้วยิ่งเป็นปัญหาในเรื่องการให้ความรู้มากอย่างยิ่ง สถานบริการของทั้งจังหวัดระยองและตราดต้องให้บริการแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาเป็นจำนวนมาก ทำให้มีความต้องการเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดการรักษา ซึ่งมีทางออกต่อเรื่องนี้แตกต่างกันไป เช่น ประสานกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ให้จัดหาอาสาสมัครไปเป็นล่ามอยู่ที่โรงพยาบาล ทางสถานบริการจัดการอบรมให้ความรู้ด้านภาษาแก่เจ้าหน้าที่ ใช้เงินส่งเสริมสุขภาพ (p-p) ว่าจ้างล่ามไว้ที่โรงพยาบาล เป็นต้น

มีล่ามไปประจำที่โรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลตราดมีแรงงานมาฝากท้องมาก เลยมีการคุยกันว่าจะจ้างผู้ติดเชื้อที่พูดได้ 2 ภาษา ที่เป็นคนไทย 2 สัญชาติ มีบัตรขึ้นต้นด้วยเลข 5, 6 คือเอาคนไทยที่พูดเขมรได้มาเป็นล่าม มูลนิธิฯมีอาสาสมัครมาให้ความรู้ในชุมชน อย่างที่คลองใหญ่ก็จ้างเขมรประจำอยู่ 3-4 คน

(เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 31 กรกฎาคม 2549)

ที่โรงพยาบาลคลองใหญ่สัดส่วนไทยต่างชาติเป็น 60-40 แต่ส่วนใหญ่มีบัตร การทำงานที่ห้องคลอดมีปัญหาเรื่องการสื่อสารมาก เพราะต้องแนะนำข้อมูล ให้ความรู้ มีคำแนะนำ ข้อควรปฏิบัติตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด ซึ่งบางทีเขาไม่เข้าใจ เขาพยายามจะทำอย่างที่เขาเชื่อ ซึ่งบางทีเป็นอันตรายติดเชื้อมาก็มี เราต้องอาศัยล่ามช่วยเยอะ

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549)

สำหรับที่โรงพยาบาลระยอง แรงงานต่างชาติถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งเลย นักสังคมฯ ที่นี่พูดภาษาเขมรได้ ทางโรงพยาบาลมีงบ p-p มาจ้างล่ามต่างชาติของโรงพยาบาลเอง ทาง CAR จะมีวิทยากรมาอบรมเรื่องภาษาให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน เป็นเรื่องที่ต้องถามบ่อย ๆ ในโรงพยาบาล ทำเป็นคู่มือให้ โรงพยาบาลแกลงกับนิคมพัฒนาก็ทำ อย่างคนที่มาฝากท้อง ก่อนหน้าจะตรวจจะมีเอกสารให้อ่านก่อน แล้วตรวจเลือด ก็ทำ post counseling แล้วก็ให้ AZT แต่ละเดือนมีแรงงานมาคลอดมาก 10-15 ราย/เดือน ก็เลยคุยกับ CAR เขามีล่ามเขมรช่วยมาอยู่ที่โรงพยาบาล 6 เดือน แต่ถ้าเป็นพม่าทางโรงพยาบาลไม่มีล่าม ก็ทำอะไรไม่ได้ บอกได้แต่ว่าให้พาเพื่อน พานายจ้างมาด้วย ที่จริงก่อนที่จะมีฟ้ามิตร มี CAR เราก็ทำอย่างนี้มาก่อนแล้ว คือจะสื่อสารเท่าที่ทำได้ หลังจากมี CAR ฟ้ามิตรก็มีโอกาสสอน ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มได้ ถ้ามีอะไรผิดปกติ ก็จะใช้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอง

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

(3) **การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงาน** กล่าวได้ว่าโครงการต่าง ๆ และการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนนั้นปรับเปลี่ยนตัวเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาได้เร็วกว่าหน่วยงานภาครัฐ ที่ต้องรับภาระให้บริการในภาพรวม และแยกส่วนออกเป็นเรื่อง ๆ แต่การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานส่งผลต่อเนื่องไปสู่การประสานงานกันภายในสถานบริการเองด้วย

พอมีฟ้ามิตรก็ทำให้มีการคุยกันมากขึ้น มีการพัฒนาข้อมูล เชื่อมโยงบริบทการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของงานส่งเสริมควบคุมโรค (p-p) ทั้งในเรื่องประเด็น การเฝ้าระวังโรค และทางสังคม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังการทอดทิ้งผู้ป่วย ทั้งที่เป็นเด็กเกิดและที่ไม่มีญาติ ซึ่งมีความเสี่ยงมากในแรงงานพวกที่ไม่มีสัญชาติ เวลามาฝากท้องก็จะแนะนำให้พาเพื่อนที่พูดไทยได้มาด้วย จะได้ให้คำปรึกษา ANC ได้ ซึ่งที่จริงทำเรื่องนี้กับหญิงที่ไม่มีสัญชาติไทยมาตั้งแต่ปี 2535 แล้ว

งานของโรงพยาบาลไม่ได้มีแค่ฝากท้องอย่างเดียว มีทั้งอุบัติเหตุ โรคติดต่อ บาดทะยัก เจอโรคแปลก ๆ เลยคิดว่าน่าจะมี พสต. เราจ้างคนไทยที่พูดเขมรได้มาช่วย โดยใช้เงินจากฟ้ามิตร เพราะทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 80-90% เป็นคนไข้เขมร โรงพยาบาลแกลงก็จ้าง ส่วนจังหวัดจะมีเงินจาก Global Fund, WHO ซึ่งจ้างล่ามอยู่แล้ว ถ้าพื้นที่มีงานควบคุมโรคก็ให้พวกนี้ไปช่วยด้วย

(เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างรูปธรรมในการทำงานประสานระหว่างหน่วยงานที่ควรกล่าวถึง คือ ความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (ในที่นี้คือ เทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดระยอง และองค์การบริหารส่วนตำบล - อบต.) กับองค์กรพัฒนาเอกชน (ในที่นี้คือ CAR) องค์กรธุรกิจ (ในที่นี้คือ สมาคมประมงจังหวัดระยอง) และภาคราชการ (ในที่นี้คือ โรงพยาบาลระยอง สสจ.ระยอง สำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง และตำรวจตรวจคนเข้าเมืองระยอง -ตม.) โดยเทศบาลระยองตั้งงบประมาณในการซื้อถุงยางอนามัยที่ทำงานรณรงค์ในกลุ่มคนไทย ส่วนกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เทศบาลร่วมกับองค์กรต่าง ๆข้างต้นในการทำงานสาธารณสุขเชิงรุก โดยเฉพาะในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์และเอดส์ โดยมีกิจกรรมที่ทำแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ[4]

(1) **จัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่** โรงพยาบาลร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน (CAR) และได้รับการสนับสนุนจากภาคีทั้งหมด จัดหน่วยให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ตามแหล่งที่อยู่ของแรงงาน เช่น แพปลา และชุมชน ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด และแจกถุงยาง

(2) **คลินิกกามโรค** เทศบาลเป็นฝ่ายรับผิดชอบ โดยร่วมกับสสจ. อบต. ในการจัดตั้งคลินิกและให้งบประมาณปรับปรุงสถานที่สองหมื่นบาท รวมการจัดจ้างสูตินารีแพทย์โอนมาอยู่เทศบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกษียนแล้ว มาให้บริการการตรวจบริการมะเร็งเต้านมมะเร็งมดลูก โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและหญิงบริการ

(3) **การจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน** โรงพยาบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนและเทศบาลร่วมกันทำงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีหน่วยเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ชั่งน้ำหนักเด็ก แจกนม และแจกยาที่จำเป็น

(4) **การจัดศูนย์ให้ข้อมูลและบริการสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนแรงงานข้ามชาติ** (Drop In Center) ขององค์กรพัฒนาเอกชน ช่วยให้ภาครัฐทำงานน้อยลง ซึ่งมีสื่อต่าง ๆให้บริการทั้งความรู้และความบันเทิง

[4] จากการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยห้อง 'การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเอดส์' ในการประชุมเรื่อง 'หยุดเอดส์...แรงงานข้ามชาติมีส่วนร่วม.' จัดโดยภาคีเครือข่ายฟ้ามิตร ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2549.

หลากหลาย รวมทั้งการให้บริการถุงยางในชุมชน จัดทำกล่องไปตั้งไว้ตามร้านค้าในชุมชน และเติมถุงยางในช่วงเรือเข้า เพื่อเพิ่มช่องทางการได้รับถุงยาง เมื่อแรงงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาวะมักจะไปขอคำปรึกษาที่ศูนย์นี้ ในกรณีที่จำเป็นศูนย์ก็จะทำการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8.7 ข้อเสนอแนะ

(1) **ระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข** ได้แก่ การจัดระบบบริการอย่างเชื่อมโยงระหว่างแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีแรงงานข้ามชาติไปรับบริการจำนวนมาก ทั้งที่เป็นของโรงพยาบาลเองและเป็นหน่วยให้บริการขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงของ **หนึ่ง** ศูนย์บริการแรงงานข้ามชาติในชุมชน **สอง** คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน **สาม** คลินิกกามโรค **สี่** คลินิกวัณโรค และ **ห้า** คลินิกแม่และเด็ก และห้องคลอด ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐานรองรับการบริการ โดยเฉพาะพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เพื่อการให้ข้อมูลความรู้ ข้อแนะนำคำปรึกษาแก่ตัวแรงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบบริการด้านสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติน่าที่จะต้องพัฒนาเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง ทั้งในระดับรัฐต่อรัฐ หน่วยงานต่อหน่วยงาน เพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาของแรงงานที่เดินทางข้ามไปมาไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่จดทะเบียนหรือไม่ก็ตาม

(2) **ระบบการจัดการด้านแรงงานข้ามชาติ** แม้รัฐบาลไทยจะออกมาตรการด้านแรงงานข้ามชาติมากกว่า 10 ปีแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติอีกหลายประการ โดยเฉพาะการไม่สอดคล้องกับลักษณะของแรงงานที่เข้ามาทำงานเอง จึงน่าที่จะมีการกำหนดมาตรการในด้านการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติระยะยาว อย่างสอดคล้องกับลักษณะของกิจการจ้างงานที่มีใช้แรงงานในรูปแบบและระยะเวลาที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อเป็นทางเลือกให้กับทั้งแรงงานและผู้ประกอบการในการจดทะเบียน โดยคำนึงถึงทุกมิติของการดำรงชีวิตของแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ในประเทศไทย ดังเสียงสะท้อนจากผู้ประกอบการข้างล่างนี้

ต้องทำทุกอย่างให้พ้นจากใต้ดินให้หมด เช่น มีเวลาให้จดทะเบียนตลอดเวลา เปิดให้ทำไปเรื่อย ๆ เพราะการเปิดเป็นช่วง ทำให้ทำไม่ได้ เพราะคนมันหมุนเวียน แรงงานเขาก็เป็นมนุษย์ ไม่ได้อยู่ติดที่ติดทาง ต้องเดินทางไปไหนมาไหน เพราะฉะนั้นต้องมีเวลาที่ยาวพอสำหรับการจดทะเบียน แทนที่จะเอางานทุกอย่างมาทำให้ทันกันภายใน 1 เดือน นายจ้างเองก็ไม่มีปัญญาเอาแรงงานมากักตุน เพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ขอโควต้าไว้หรอก แล้วก็ไม่ต้องกลัวว่าถ้าเปิดแล้วแรงงานจะทะลักเข้ามาเยอะ เพราะความต้องการแรงงานมันก็มีช่วงมีฤดูกาลของมัน อย่างแรงงานประมง ลำหนึ่งถ้าหาไม่ได้ ขาดไป 2 คนก็ออกเรือไม่ได้แล้ว รัฐต้องเปิดให้นายจ้างมีช่องทาง มีโอกาสทำให้แรงงานต่างชาติอยู่ในระบบที่ถูกต้อง ไม่งั้นก็จะเปิดโอกาสให้คนหากินกับการหลีกเลี่ยงกฎหมาย ...นายจ้างต้องแข่งกันดูแลหมดเหมือนกัน ไม่ว่าจะเรื่องเจ็บป่วย เรื่องเรียน อย่างเด็ก ๆ ก็ต้องไปพูดจาไปหาโรงเรียนใกล้ ๆ ให้เรียนหนังสือไทย แต่เรียนแบบไร้ทิศทาง เพราะไม่ได้วุฒิอะไร

(สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549)

เมื่อรัฐเปิดให้เข้าก็น่าจะต่ออายุได้เหมือนกรณีทำบัตรประชาชน ไม่ต้องไปกำหนดช่วงเวลาจดทะเบียนอย่างประมงระยองไปหากินอยู่ทางใต้ ก็มายื่นไม่ได้ ไม่ทัน ปัญหาแรงงานมีมาต่อเนื่อง คุมให้เข้าระบบไม่ได้ น่าจะอนุญาตให้ยื่นที่ไหนก็ได้ แล้วก็ให้ต่อเมื่อครบปี ไม่จำเป็นต้องกำหนดให้ต่อในช่วงเวลาหนึ่ง เดือนเท่านั้น เพราะมันทำไม่ทัน น่าจะเปิดให้หมุนเวียนตลอดปีดีกว่า แต่นายจ้างต้องมีโควต้าส่วนตัวก่อน ถ้านายจ้างประมงมีโควต้า 40 แรงงานหายไป 20 ก็แจ้งหาย ไปเอาคนใหม่เข้ามาตามโควต้าที่มีเดิม ทำตามขั้นตอนของจัดหางานใหม่อีก คือให้สามารถขอตามโควต้าได้ตลอด แล้วก็ไปออกระเบียบเอาผิดกับนายจ้างที่ทำผิดกฎหมาย ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่เวลาแรงงานออกไป รัฐต้องมองปัญหาตามความเป็นจริง ในเมื่อเราห้ามการนำเข้าไม่ได้ และหลั่งไหลเข้ามาตลอดเวลา ตัวแรงงานก็มีการย้ายถิ่น มีการเปลี่ยนนายจ้างตลอดเวลา แม้กฎหมายจะบอกให้แจ้ง แต่พอแจ้งแล้วโควต้าหาย ทำให้จ้างแรงงานเพิ่มไม่ได้ ทำให้ต้องเอาเถื่อนเข้ามาแล้วก็รอรอบจดทะเบียนใหม่ อีกอย่างพวกนี้มักไม่ชอบเรื่องมาก ถ้าขั้นตอนมากก็จะไม่ค่อยยอมทำ

เด็กลูกหลานแรงงานต่อไปจะมีปัญหา เรื่องถิ่นที่เกิด สัญชาติ การศึกษา ในเมื่อรับเขามาแล้วเขาก็ตั้งรกรากในเมืองไทยไม่กลับแล้ว ก็จะเป็นปัญหาคนไร้สัญชาติ ในอนาคตใครจะดูแลเรื่องการเรียน เพราะงั้นต้องสร้างกรอบให้มันชัดเจน แล้วก็ให้มีกระบวนการพิสูจน์ให้สัญชาติพวกนี้ มีมาตรการออกมา เช่น เกิดเมืองไทย เรียนหนังสือจบภาคบังคับ ไม่กลับไปประเทศเก่า ไม่งั้นต่อไปปัญหาจะเยอะมาก

(สมาชิกหอการค้าจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549)

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. 2549. *การตรวจสอบนโยบายเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2548.* โครงการ CSEARHAP.

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. 2548. *รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา และรายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์ จังหวัดระยอง ประจำปี 2548.* เอกสารอัดสำเนา.

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. 2550. *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549.* เอกสารเผยแพร่.

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. 2548. *รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย ปี 2548.* กรุงเทพฯ: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานจังหวัดตราด กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. <http://www.trat.go.th/45db/locate.php>

สำนักงานจังหวัดระยอง กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548ก. *รายงานการประชุม ผู้ว่าราชการจังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด) ครั้งที่ 3/2548 (วันพุธที่ 28 ธันวาคม 2548).* <http://www.rayong.go.th/Strategy/Meeting_GPV1/data/Word/meetGPV3_48.doc>

สำนักงานจังหวัดระยอง กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548ข. <http://www.rayong.go.th/>

สำนักงานจังหวัดระยอง กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. *รายงานการประชุมผู้ว่าราชการจังหวัดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออก (ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด) ครั้งที่ 3/2549 (วันอังคารที่ 15 สิงหาคม 2549).* <http://www.rayong.go.th/Strategy/Meeting_GPV1/data/Word/meetGPV3_49.doc>

สำนักงานจัดหางานจังหวัดตราด. 2549. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1-30 มิ.ย. 2549).

สำนักงานจัดหางานจังหวัดระยอง. 2549. *แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่าวด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา* (ระหว่างวันที่ 1 มิ.ย.-23 ส.ค. 2549).

สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. *ตารางที่สถิติ Gross Regional and Provincial Products 2005 (Estimation).* <http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/ NAD/menu/gpp.htm> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักพัฒนาพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. *การจัดระบบเศรษฐกิจตามแนวชายแดน.* เอกสารอัดสำเนา.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2547. *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.* <http://www.phdb.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. 2548. *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.* <http://www.phdb.moph.go.th> สืบค้นเมื่อ 2 กันยายน 2549.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548. *ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค.* <http://epid.moph. go.th/dssur/index.htm> สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2549.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. 2546. *สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 10 มิถุนายน 2546.* <http://www.pocnara.go.th/provnara/cabmeeting/cab10jun03.htm>

หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลจังหวัดระยอง. *สรุปการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว ภายใต้โครงการ PHAMIT ปีที่ 1/2548.* เอกสารอัดสำเนา.

สัมภาษณ์

เจ้าหน้าที่จัดหางานจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549
เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียนราษฎร์ เทศบาลเมืองตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549
เจ้าหน้าที่มูลนิธิรักษ์ไทย จังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 31 กรกฎาคม 2549
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549
เจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ จังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 20 มิถุนายน 2549
เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 1 สิงหาคม 2549
เจ้าหน้าที่สำนักจัดหางานจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549
สมาชิกสมาคมการประมงจังหวัดตราด, สัมภาษณ์เมื่อ 2 สิงหาคม 2549
สมาชิกหอการค้าจังหวัดระยอง, สัมภาษณ์เมื่อ 19 มิถุนายน 2549

ภาคผนวก ก.

(ร่าง) ยุทธศาสตร์สาธารณสุขประชากรต่างด้าว[1]

กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรต่างด้าว

นิยามศัพท์

ประชากรต่างด้าว หมายถึง แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา และอื่นๆ ทั้งที่จดทะเบียนกับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (มีเลขประจำตัว 13 หลัก) และไม่ได้จดทะเบียน (ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก) รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ยกเว้นกลุ่มผู้ลี้ภัยที่อยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว

วิสัยทัศน์

ประชากรต่างด้าวมีสุขภาพดี (Healthy Migrant) ได้รับบริการสาธารณสุขทุกด้าน ครอบคลุมอย่างมีคุณภาพ โดยความร่วมมือ ร่วมใจ ของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างบูรณาการ

พันธกิจ

1. จัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ที่เข้าถึงได้และมีคุณภาพ
2. สนับสนุนให้มีทางเลือกต่างๆ ในการจัดระบบประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง

---

[1] การพัฒนาแนวทางและยุทธศาสตร์สุขภาพประชากรต่างด้าวนี้ ฝ่านคณะทำงานร่วมที่ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะๆ จนได้ร่างที่ครอบคลุมสาระสำคัญ ร่าง-ยุทธศาสตร์นี้ได้ผ่านประชาพิจารณ์ในงานสัมมนาสุขภาพประชากรต่างด้าวระดับชาติในวันที่ 5-7 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 โดยผู้เข้าร่วมจากหน่วยงานภภาครัฐและเอกชนจากทุกจังหวัดของประเทศไทย หลังจากนั้นคณะทำงานได้ปรับแก้ และประชุมนำเสนอต่อผผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกฝ่าย ทุกระดับในเดือนตุลาคม พ.ศ.2549 และได้ปรับอีกครั้งจนเป็นร่าง-ยุทธศาสตร์ฉบับ ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2549 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการเห็นชอบในระบบ และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่อไป

3. สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนประชากรต่างด้าว เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าวในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัว
4. สร้างความเข้มแข็งและประสานความร่วมมือเครือข่ายทุกภาคส่วนทุกระดับ ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ทั้งในและระหว่างประเทศ
5. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประชากรต่างด้าว โดยเชื่อมข้อมูลกับภาคส่วนอื่นๆ ในสามารถใช้ในการวางแผน ควบคุมกำกับ และประเมินงานสาธารณสุขในทุกระดับ
6. สร้างระบบการบริหารจัดการสาธารณสุขประชากรต่างด้าวที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าว
2. การมีหลักประกันสุขภาพ
3. การมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าวและชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
4. การพัฒนาระบบสารสนเทศ
5. การบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง จัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าว

เป้าประสงค์ (Goal)

สถานบริการสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชน มีการจัดบริการที่ครอบคลุม มีคุณภาพ มาตรฐานและเข้าถึงได้ โดยสอดคล้องกับภาวะและข้อจำกัดของประชากร

ตัวชี้วัด (KPI)

1. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการประชากรต่างด้าว โดยไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร
2. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค สำหรับประชากรต่างด้าว ทั้งในสถานบริการและชุมชน
3. สัดส่วนของการได้รับบริการสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชากรต่างด้าว

กลวิธีดำเนินงาน

1. พัฒนาระบบบริการการรักษาอย่างเป็นมิตร (Friendly Service) และลดข้อจำกัดด้านการสื่อสารโดยสร้างกลไกที่เหมาะสม
2. พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเชิงรุก รวมถึงอาชีวอนามัย
3. พัฒนาความเป็นอยู่ตามหลักอนามัยสิ่งแวดล้อม
4. พัฒนาระบบเครือข่ายในการส่งกลับประชากรต่างด้าวทั้งในและระหว่างประเทศ เพื่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม โดยการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการส่งต่อ
5. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เรื่องทัศนคติ และศักยภาพรวมถึงจำนวนบุคลากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับปริมาณงาน
6. ส่งเสริมและพัฒนาให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ช่วยสนับสนุนการให้บริการ

ยุทธศาสตร์ที่สอง สร้างการมีหลักประกันสุขภาพ

เป้าประสงค์ (Goal)

ประชากรต่างด้าวที่การจดทะเบียนถูกต้องตาม มติคณะรัฐมนตรี หรือมี ท.ร.38/1 มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวชี้วัด (KPI)

1. ร้อยละของประชากรต่างด้าวที่จดทะเบียนแรงงาน (Work Permit) ทุกประเภทที่มีหลักประกันสุขภาพ
2. ร้อยละของผู้ติดตามที่มีการจดทะเบียนถูกต้องตาม มติคณะรัฐมนตรี หรือมี ท.ร.38/1 มีหลักประกันสุขภาพ
3. มีระบบการดูแลสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ

กลวิธีดำเนินงาน

1. สร้างเสริมระบบการประสาน ติดตาม ตรวจสอบ การประกันสุขภาพในกลุ่มที่มี การจดทะเบียนการทำงาน (work permit) และกลุ่มผู้ติดตามที่จดทะเบียนถูกต้องตาม มติคณะรัฐมนตรี หรือมี ท.ร.38/1
2. พัฒนาการสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ประกอบการและประชากรต่างด้าว
3. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ ตามความเหมาะสมของพื้นที่
4. บูรณาการความร่วมมือให้มีระบบติดตามและประสานงาน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ประกอบการให้กลุ่มประชากรต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้อย่างทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่สาม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชากรต่างด้าวและชุมชน[2] ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว

เป้าประสงค์ (Goal)

1. ประชากรต่างด้าว และชุมชนสามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้
2. ชุมชนที่มีประชากรต่างด้าวมีกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพ[3] ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด(KPI)

1. ร้อยละของชุมชนที่มีตัวแทนในรูปแบบอาสาสมัคร/พนักงาน หรือ แกนนำสาธารณสุขต่างด้าว (อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว/พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว/แกนนำสาธารณสุขต่างด้าว) หรือศูนย์สาธารณสุขต่างด้าว
2. จำนวนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ
3. จำนวนครั้งของการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในกลุ่มประชากรต่างด้าวอุบัติการณ์ของการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคที่ก่อปัญหาร้ายแรงในชุมชน เช่น โรคอุจจาระร่วง วัณโรค ไข้หวัดนก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์เป็นต้น

---

[2] คำกำจัดความ "ชุมชน" คือเขตพื้นที่ที่มีประชากรต่างด้าวอยู่รวมกัน หรือสถานประกอบการที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่โดยอาจจะแบ่งตามความรับผิดชอบของหน่วยงาน และองค์ประกอบของชุมชน หมายรวมถึงประชากรต่างด้าว และคนไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น

[3] คำกำจัดความ "การดูแลสุขภาพ" คือครอบคลุมถึงความรู้ สุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม การอนามัยสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ การควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

กลวิธีดำเนินงาน

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว/แกนนำสาธารณสุขต่างด้าว โดยมีนโยบายที่เอื้ออำนวยเพื่อรองรับตำแหน่งงานและการทำงาน
2. พัฒนาศักยภาพของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว/แกนนำสาธารณสุขต่างด้าว ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน
3. ส่งเสริมเครือข่ายการเรียนรู้และเกื้อหนุนการทำงานของพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว/แกนนำสาธารณสุขต่างด้าว รวมถึงการประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขคนไทย
4. เสริมสร้างการมีส่วนร่วม ระบบสนับสนุน และเจตคติที่ดีของเครือข่ายการทำงาน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชนไทย ผู้ประกอบการ และองค์กรส่วนท้องถิ่น ที่เอื้อต่อการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน
5. พัฒนาศูนย์สาธารณสุขชุมชนต่างด้าว ตามความเหมาะสมของพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่สี่ การพัฒนาจัดการและระบบสารสนเทศ

เป้าประสงค์ (Goal)

มีข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประชากรต่างด้าวที่ถูกต้อง ครอบคลุม เป็นปัจจุบันและเข้าถึงได้ โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลในภาคส่วนอื่นๆ ที่สามารถใช้ในการวางแผน ควบคุมกำกับ และประเมินผลงานสาธารณสุขในทุกระดับ

ตัวชี้วัด (KPI)

1. จำนวนศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประชากรต่างด้าวในระดับจังหวัดและส่วนกลาง
2. จำนวนคน/หน่วยงาน ที่มาใช้บริการข้อมูล ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขประชากรต่างด้าว

กลวิธีดำเนินงาน

1. พัฒนาระบบสารสนเทศให้เกิดเครือข่ายโยงข้อมูลกับภาคส่วนอื่นๆ
2. จัดสรรงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดการสารสนเทศ
3. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขต่างด้าวในระดับจังหวัดและส่วนกลาง
4. สนับสนุนส่งเสริมให้มีการเผยแพร่และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน ควบคุมกำกับ และประเมินผล
5. จัดตั้งโครงสร้างการบริหารจัดการที่บริหารจัดการข้อมูลสาธารณสุขประชากรต่างด้าวในรูปคณะกรรมการรูปแบบต่างๆ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ห้า การบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ (Goal)

มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขประชากรต่างด้าว

ตัวชี้วัด (KPI)

1. จำนวนนโยบายทุกระดับที่เอื้อต่อการดำเนินงานสาธารณสุขประชากรต่างด้าว
2. จำนวนแผนงานโครงการด้านสาธารณสุขประชากรต่างด้าวที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3. จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่และส่วนกลาง ที่มีโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก
4. จำนวนงบประมาณที่ประกอบด้วยหลายหน่วยงานร่วมกันสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าว

กลวิธีดำเนินงาน

1. ส่งเสริมให้มีการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขของประชากรต่างด้าวแบบบูรณาการทุกระดับ
2. มีการจัดตั้งโครงการบริหารจัดการประชากรต่างด้าวในรูปคณะกรรมการรูปแบบต่างๆ ที่ประกอบไปด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
3. บริหาจัดการงบประมาณประกันสุขภาพให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานสาธารณสุขประชากรต่างด้าวอย่างมีประสิทธิภาพ
4. สร้างกลไกการสนับสนุนด้านงบประมาณ และ/หรือทรัพยากร จากทุกภาคส่วน ให้เพียงพอต่อการจัดการบริการสาธารณสุขประชากรต่างด้าว
5. สนับสนุนให้มีการนิเทศงานสาธารณสุขประชากรต่างด้าวในระบบตรวจราชการ หรืออื่นใด.

การยกร่างกฎหมายรับรองสิทธิเข้าสู่บริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ของบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคล : แนวคิดที่ควรทำให้เป็นจริงในสังคมไทย

โดย นางเตือนใจ ดีเทศน์[1] และ รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร[2]

ชลฤทัย แก้วรุ่งเรือง[3] และภาสกร จำลองราช[4]

1. ข้อกฎหมายที่ผูกพันประเทศไทยเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

รัฐไทยในวันนี้ถูกผูกพันให้เคารพต่อ "หลักสิทธิมนุษยชน" โดยทั้งกฎหมายรัฐธรรมนูญไทย[5]และกฎหมายระหว่างประเทศ[6] และเมื่อสิทธิในบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิมนุษยชนประเภทหนึ่ง[7] ซึ่งก็หมายความว่า ความเป็นผู้ทรงสิทธิไม่ขึ้นอยู่กับ "ปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมาย" ที่แต่ละคนมีอยู่ แต่จะเห็นได้ว่า ความเป็นมนุษย์ที่แต่ละคนมีอยู่ต่างหากที่ทำให้แต่ละคนนั้นเป็น "ผู้ทรงสิทธิมนุษยชน" เมื่อความเป็นมนุษย์เป็นเรื่องของธรรมชาติ ซึ่งมิใช่

---

[1] สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ.๒๕๕๐ และประธานคณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการไร้สถานะทางกฎหมายและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย สภานิติบัญญัติแห่งชาติ และยังเป็นสมาชิกวุฒิสภา ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๔๐

[2] รองศาสตราจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และรองประธานคนที่ ๑ ของคณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการไร้สถานะทางกฎหมายและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

[3] นักศึกษาปริญญาโท สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[4] นักสื่อสารมวลชน ประจำหนังสือพิมพ์เครือมติชน

[5] มาตรา ๓ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับชั่วคราว พ.ศ.๒๕๔๙ บัญญัติว่า "ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับความคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และตามพันธกรณีแห่งประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้" และโปรดดู พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, สิทธิมนุษยชนปรากฏตัวในร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ.๒๕๔๙ แล้วจริงหรือ ? : สิทธิเสรีภาพของประชาชนอาจถูกตีความให้ไม่หมายถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน, ในหนังสือพิมพ์รายวันมติชน เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๔๙ "http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=323&d_id=322"
http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=323&d_id=322
"http://www.matichon.co.th/matichon/matichon_detail.php?s_tag=01way02011049&show= 1&sectionid=0137&day=2006/10/01"
http://www.matichon.co.th/matichon/matichon_detail.php?s_tag=01way02011049&show= 1&sectionid=0137&day=2006/10/01

[6] ดังจะเห็นว่าประเทศไทยได้ยอมรับที่จะผูกพันตามเอกสารและสนธิสัญญาที่รับรองหลักกฎหมายระหว่างประเทศที่เป็นสาระสำคัญของประชาคมโลกทั้ง ๓ ฉบับ กล่าวคือ (๑) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.๑๙๔๘ (๒) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง ค.ศ.๑๙๖๖ และ (๓) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ.๑๙๖๖

[7] ข้อ ๒๕ (๑) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.๑๙๔๘ ซึ่งบัญญัติว่า "บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว, รวมทั้งอาหาร, เสื้อผ้า, ที่อยู่อาศัย, การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็น, และสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เป็นหม้าย วัยชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในพฤติการณ์อันเกิดจากที่ตนจะควบคุมได้" และข้อ ๑๒ (๑) แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ.๑๙๖๖ ซึ่งบัญญัติว่า "รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีมาตรฐานแห่งสุขภาพทั้งทางกายและทางใจดีที่สุดเท่าที่จะทำได้"

เรื่องของการปรุงแต่งโดยอำเภอใจของรัฐ สิทธิมนุษยชน (Human Rights) จึงเป็นสิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law) มนุษย์ทุกคนจึงมีสิทธิในบริการสาธารณสุข แม้ว่ามนุษย์คนหนึ่งจะไร้สถานะทางกฎหมายโดยสิ้นเชิง กล่าวคือ ไร้การยอมรับในทะเบียนราษฎรของรัฐใดรัฐหนึ่ง เขาก็จะมีสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขอยู่ดี หรือแม้ว่ามนุษย์คนหนึ่งจะมีสถานะเป็นคนไร้สัญชาติตามกฎหมายของรัฐใดรัฐหนึ่ง เขาก็จะมีสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขอยู่ดี หรือแม้มนุษย์คนหนึ่งจะตกเป็นคนต่างด้าวที่ผิดกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของทุกรัฐบนโลก เขาก็ยังจะมีสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขอยู่ดี

แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เราตระหนักในอดีตก่อนการปรากฏตัวของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ก็คือ กฎหมายไทยในเรื่องนี้ยังไม่มีความชัดเจนนัก ผลต่อมาก็คือ หลัก Health for All ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชนสากล จึงยังไม่เป็นที่เข้าใจในสังคมไทยในสถานะของ “หลักกฎหมายบ้านเมือง” แต่เราก็พบแนวคิดด้านจริยธรรมค่อนข้างสูงในบุคลากรด้านสาธารณสุขของสังคมไทย แม้ในสถานการณ์ที่กฎหมายไทยเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่มีความชัดเจนนัก แต่การรักษาสิทธิมนุษยชนด้านนี้ก็ยังดำเนินไปได้ภายใต้หลักจริยธรรมในวิชาชีพที่บุคคลากรด้านสาธารณสุขมีอยู่[8] แต่อย่างไรก็ตาม เราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า การปฏิเสธสิทธิในบริการสาธารณสุขของคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมาย ก็มีปรากฏให้เห็นดังนั้น เราจึงควรจะมาพิจารณาข้อเท็จจริงในทั้ง ๒ ทิศทาง ในขั้นตอนต่อไป

2. ข้อเท็จจริงด้านสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานของมนุษย์ในสังคมไทย

โดยข้อเท็จจริงในวันนี้ของประเทศไทย มีคนจำนวนไม่น้อยที่อาจถูกปฏิเสธสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานเพียงเพราะตกเป็น “บุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมาย” ดังนั้น จึงต้องมาทำความเข้าใจว่า บุคคลในลักษณะดังกล่าวคือใครกัน ? และสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานในลักษณะใดที่พวกเขาเข้าไม่ถึงการบริการ ?

3. แล้วใครล่ะคือ “บุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมาย” ในประเทศไทย ?

โดยการศึกษาวิวัฒนาการของกฎหมายไทยว่าด้วยการจัดการประชากร (Population Management) เราอาจจำแนกบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายออกเป็น ๓ ประเภท กล่าวคือ (๑) บุคคลที่ไร้สถานะบุคคลตามกฎหมายทะเบียนราษฎร (๒) บุคคลที่ไร้สถานะบุคคลตามกฎหมายสัญชาติ และ (๓) บุคคลที่ไร้สถานะบุคคลตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

บุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายในประการแรก ก็คือ บุคคลที่ไร้สถานะบุคคลตามกฎหมายโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพราะบุคคลในลักษณะนี้ไม่ได้รับการบันทึกตัวบุคคลในทะเบียนราษฎรของรัฐใดเลยบนโลก พวกเขาตกหล่นจากทะเบียนบุคคลของทุกรัฐในโลก ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า บุคคลในลักษณะนี้จึงมีลักษณะบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร หลักกฎหมายระหว่างประเทศเรียกบุคคลในลักษณะนี้ว่า คนไร้รัฐ (Stateless Persons) เพราะเมื่อ

[8] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, จริยธรรมและกฎหมายในการให้บริการสุขภาพประชากรต่างชาติ, บทความนี้ถูกสร้างสรรค์เพื่อเป็นเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการการบริการสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว ครั้งที่ ๑ Healthy Migrants – Healthy Thailand ระหว่างวันที่ ๕ – ๗ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๙ ณ โรงแรมรามาการ์เด้น กรุงเทพมหานคร จัดโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ PATH, IRC, มูลนิธิรักษ์ไทย และ IOM. ๑๕ หน้า สืบค้นจาก “http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=313&d_id=312”

พวกเขาไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐใดเลยบนโลก พวกเขาจึงปราศจากเอกสารของรัฐที่รับรองสถานะบุคคลตามกฎหมาย (Undocumented Person) พวกเขาไม่ได้รับการรับรองโดยรัฐ ซึ่งในวันนี้ กรมการปกครองไทยเรียกพวกเขาอีกอย่างหนึ่งว่า "บุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร" ในกฎหมายปกครองลูกบทของ พ.ร.บ.การทะเบียนราษฎร พ.ศ.๒๕๓๔ ซึ่งกรมการปกครองเป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติการภายใต้กฎหมายนี้[9]

บุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายในประการที่สอง ก็คือ บุคคลที่ไร้สถานะความเป็นคนชาติในทุกประเทศของโลก หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า "คนไร้สัญชาติ (Nationality-less Persons) พวกเขาจะมีสถานะเป็นเพียง "คนต่างด้าว"ในสายตาของทุกรัฐบนโลกซึ่งบุคคลในลักษณะนี้อาจมีชื่อหรือไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรับใดรัฐหนึ่งก็ได้ บุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายในประการที่สาม ก็คือ บุคคลที่ไร้สถานะความเป็นบุคคลที่ถูกกฎหมาย กล่าวคือ พวกเขาจะมีสถานะเป็นคนที่ผิดกฎหมาย (Unlawful People) ในสายตาของทุกรัฐบนโลก ซึ่งบุคคลในลักษณะนี้อาจมีชื่อหรือไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรับใดรัฐหนึ่งก็ได้ ในกรณีที่พวกเขาได้รับการผ่อนผันให้สิทธิอาศัยในประเทศไทยทั้งที่ยังมีสถานะเป็นคนผิดกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง พวกเขาก็จะมีสถานะเป็น "ราษฎรไทย"[10] ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรได้ ในสถานการณ์เช่นนี้ พวกเขาจะมีลักษณะกึ่งถูกกฎหมายกึ่งผิดกฎหมาย

4. ตัวอย่างของบุคคลที่ไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร ที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

เราพบตัวอย่างของการเข้าไม่ถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานของบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายในหลายกรณีศึกษาด้วยกัน ซึ่งกรณีศึกษาของ "ป้าเจรียง"[11] หรือ "น้องออย"[12] ดูจะเป็นกรณีจริงที่กระตุ้นทุกภาคส่วนของสังคมไทยเห็นความสำคัญที่จะมีกฎหมายรองรับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข

<u>กรณีป้าเจรียง เอี่ยมละออ</u>

"เจรียง เอี่ยมละออ" เกิดแถวอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เมื่อแม่ตายและพ่อมีเมียใหม่เธอจึงหนีออกจากบ้านตั้งแต่ยังเล็ก จนอายุได้ ๑๕ ปี จึงกลับมาปากเกร็ดอีกครั้ง แต่ไม่พบใครเลย ทั้งพ่อและพี่สาวย้ายไปอยู่ที่อื่นหมดแล้ว ขณะนั้นเธอได้ขอทำบัตรประชาชนไว้ แต่มีปัญหาซึ่งเธอก็ไม่ได้ติดตามอย่างใด พออายุ ๒๗ ปี เจรียงได้แต่งงานมีครอบครัว ลูกของเธอทุกคนมีบัตรประชาชนเหมือนกับคนไทยทั่วไป แต่สำหรับเธอยังคงไม่มีบัตรประชาชนเหมือนเดิม เวลาล่วงเลยในวัย ๕๐ ปี เจรียงยังมีฐานะยากจนมาก ต่อมาเธอล้มป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะที่ ๓ และกำลังลามไปที่ไต ปัญหาคือเธอไม่สามารถใช้ สิทธิ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคได้ ซึ่งลูกๆ พยายามติดต่อขอทำบัตรประชาชน แต่เจ้าหน้าที่บอกว่าต้องตามพี่น้องท้องเดียวกันมาพิสูจน์ ปัญหาคือคนในครอบครัวของเธอเสียชีวิตหมดแล้ว เหลือเพียงพี่

---

[9] ระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ. ๒๕๔๘

[10] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, <u>ราษฎรไทยคือใครกัน ? ..แล้วคนไม่มีสัญชาติไทยอาจมีสถานะเป็นราษฎรไทยได้ไหม ?</u>, งานเพื่อหนังสือรพีประจำปี พ.ศ.๒๕๔๙ ของคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, เมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ <u>"http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=312&d_id=311"</u>

[11] ภาสกร จำลองราช, รัฐเลือดเย็น, คอลัมน์ กวนตะกอน มติชน วันที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๙ ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๑๐๓๔๗

[12] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, <u>กรณีของน้องออย สุพัตรา ซอหริ่ง : การต่อสู้ครั้งใหม่ของแม่และป้าซึ่งเป็นอดีตคนไร้สัญชาติเพื่อลูกและหลานน้อยที่ยังไร้สัญชาติ,</u> รายงานการวิจัยภายใต้โครงการบาปบริสุทธิ์แห่งแม่อาย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, เมื่อวันอาทิตย์ที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ <u>http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=1&s_id=290&d_id=289</u>

สาวคนเดียวก็ไม่รู้หายสาบสูญไปไหน เป็นเรื่องน่าสลดใจ ที่ชีวิตคนๆ หนึ่งกำลังปลิดปลิว แต่ความช่วยเหลือต้องรอพิสูจน์สัญชาติ แม้ลูกสาวของเธอพยายามขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลต่างๆ ให้ช่วยรักษาแม่ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยอนาถาหรืออะไรก็ตาม แต่กลับได้รับการปฏิเสธ โดยหมอให้เหตุผลว่า รัฐบาลได้นำเอากองทุนต่างๆ ที่อยู่ตามโรงพยาบาลไปรวมเข้าเป็นกองทุน ๓๐ บาท และ จะให้บริการเฉพาะสมาชิกของกองทุนเท่านั้น

ในที่สุด ป้าเจรียงก็เสียชีวิตลงก่อนเวลาอันสมควร โดยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลา ตอนนี้นางเจรียงพ้นทุกข์แล้ว เธอสิ้นลมตั้งแต่เช้าวันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๙ ศพตั้งสวดอภิธรรม ๓ วัน ที่วัดห้วยขวาง แต่ยังคงทิ้งคำถามไว้สำหรับคนที่รับรู้เหตุการณ์ ว่าทำไมประเทศนี้เห็นชีวิตมนุษย์คนหนึ่งเป็นอะไร ถึงปล่อยให้ตายไปต่อหน้าได้อย่างเลือดเย็น เพียงเพราะไม่มีบัตรประชาชน[13]

กรณีป้าเจรียง เอี่ยมละออ จึงเป็นตัวอย่างของความมีอยู่ของคนไทยที่ไร้บัตรประชาชน แม้ครอบครัวของเธอมีตัวตนเหมือนมนุษย์ในประเทศนี้ทุกประการ เพียงแต่เธอหนีออกจากบ้านมาตั้งแต่เด็กๆ จึงทำให้ติดต่อกันไม่ได้ แต่เมื่อนางเจรียงป่วยหนักด้วยโรคมะเร็ง กลับไร้สิทธิใดๆ ในความเป็นพลเมืองของประเทศนี้ แม้แต่โครงการ ๓๐ บาทก็ไม่รักษาให้ โรงพยาบาลรัฐทั้งหลายพากันปฏิเสธ แม้แต่ขอเป็นผู้ป่วยอนาถาก็ยังไม่ได้ กรณีของป้าเจรียงก่อให้เกิดความสะเทือนใจในภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขอย่างมาก และเป็นแรงผลักดันให้คนในภาคประชาชนและภาคราชการลุกขึ้นมาหารือกันเพื่อมิให้เกิดกรณีดังป้าเจรียงอีกครั้ง[14]

<u>กรณีน้องออย</u>

น้องออยเป็นลูกของสุดา ซอหริ่ง คนสัญชาติไทยโดยการเกิด ซึ่งถูกอำเภอแม่อายถอนชื่อออกจากทะเบียนราษฎรเมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่งคดีนี้ ทำให้สุดาตกเป็นคนไร้สัญชาติในขณะที่น้องออยเกิด และเมื่อสุดาไม่ได้รับการยอมรับว่า มีสัญชาติไทย ก็ไม่มีสิทธิในการประกันสุขภาพแบบคนสัญชาติไทย และน้องออยก็ถูกถือเป็นคนต่างด้าวเช่นกัน ภายหลังการคลอด น้องออยไม่ค่อยแข็งแรง มีปัญหาที่ระบบการหายใจ แม่ต้องพาน้องออยเข้าออกโรงพยาบาลตั้งแต่เกิด ติดหนี้สินโรงพยาบาลมาก แต่ที่แย่กว่า ก็คือ สภาพจิตของพ่อแม่ที่เป็นหนี้เป็นแสนๆ แต่หากินแบบแทบไม่พอเป็นรายวัน

สุดาได้รับความคุ้มครองจากคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดเมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๔๘ เธอจึงได้รับการเพิ่มชื่อใน ทร.๑๔ แต่น้องออยซึ่งเป็บุตรสาวที่เกิดเมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๔๗ ณ โรงพยาบาลแม่อาย กลับไม่ได้รับการเพิ่มชื่อใน ทร.๑๔ เช่นเดียวกับมารดา สุดาวนเวียนไปติดต่อกับอำเภอมากกว่า ๑๐ ครั้ง เพราะน้องออยยังคงป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับการหายใจ เมื่อน้องออยไม่มีชื่อใน ทร.๑๔ น้องออยจึงยังไม่มีบัตร ๓๐ บาท สุดาต้องการต่อสู้เพื่อให้บุตรได้มาซึ่งเลข ๑๓ หลักของคนสัญชาติไทย และมีบัตรทอง เราแก้ปัญหาของน้องออยได้ในวันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ.๒๕๔๙ กล่าวคือ เป็นวันที่น้องออยได้รับสิทธิในสัญชาติไทย แต่ก็ดูสายเกินไปสำหรับน้องออย ซึ่งสุขภาพเสื่อมโทรมลงมาแล้ว และก็ตายลงในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๙

เรื่องของน้องออยจึงนำไปสู่งานเขียนเพื่อผลักดันการแก้ไขปัญหาของเด็กในสถานการณ์เดียวกับน้องออยที่ตกเป็นคนไร้รัฐทั้งที่มีมารดาเป็นคนสัญชาติไทยโดยการเกิด[15]

---

[13] มติชนวันที่ ๑๖ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๙ ปีที่ ๒๙ ฉบับที่ ๑๐๓๕๔ คอลัมน์ โลกนี้มีรากหญ้า

[14] โปรดดูกระทู้ในกระดานข่าว http://www.archanwell.org/ เรื่อง "เจรียง เอี่ยมละออ....ไร้บัตรประชาชน....ไร้สิทธิในบริการสุขภาพ http://www.archanwell.org/newwebboard/main.php?board=000423&topboard=1

[15] <u>กรณีน้องออย สุพัตรา ซอหริ่ง : คนไร้สัญชาติแห่งอำเภอแม่อาย,</u> รายงานกรณีศึกษาภายใต้โครงการห้องเรียน คลีนิค และสำนักงานที่ปรึกษากฎหมายสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่ประสบความไร้รัฐหรือความไร้สัญชาติในสังคมไทย (Classroom, Clinic and Law Firm for Child, Youth and Family who face Statelessness and nationalityless in thai society or "CCL"), รวบรวมโดย รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, เมื่อวันอังคารที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=2&s_id=57&d_id=58

5. ตัวอย่างของบุคคลที่ไร้สถานะทางทะเบียนราษฎร ที่สามารถเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน

เราพบตัวอย่างของการเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานของบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมายในหลายกรณีศึกษาด้วยกัน ซึ่งในที่นี้ จะขอยกตัวอย่าง ๒ กรณี กล่าวคือ (๑) กรณีน้องวิษณุ และ (๒) กรณีน้องวิน

กรณีน้องวิษณุ[16]

น้องวิษณุเป็นหลานของป้าสันที ซึ่งเป็นมอญไร้รัฐแห่งจังหวัดทะวาย ประเทศพม่า ป้าสันทีไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐพม่า แม้เกิดในประเทศพม่า เมื่อพม่าไม่สงบ ด้วยเหตุที่มีการสู้รบระหว่างชนกลุ่มน้อย ป้าสันทีก็ทำแบบคนมอญในทะวายทำ ก็คือ เดินมาประเทศไทย มาถึงประเทศไทยตั้งแต่ก่อน พ.ศ.๒๕๑๒ ถ้าป้าจะอยู่ตามแนวชายแดนป้าก็คงได้ถือบัตรสีชมพูของกรมการปกครอง และในวันนี้ ก็คงได้ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว อันหมายความว่า เป็นคนต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย แต่เมื่อป้าสันทีไม่ทำเหมือนคนมอญคนอื่น ป้าเลือกที่จะพาครอบครัวเดินทางเข้ามาอาศัยอยู่ที่สมุทรปราการ ครอบครัวของป้าจึงยังไร้เอกสารที่ออกโดยรัฐ วิษณุซึ่งเป็นหลานชายน้อย จึงได้รับผลพวงจากป้าที่มีอยู่ นั่นก็คือ ความเป็นบุคคลที่ไม่มีเอกสารรับรองโดยรัฐ ในวันนี้ รัฐบาลไทยได้สำรวจปัญหาของเด็กในโรงเรียนที่ไม่มีหลักฐานทางทะเบียนราษฎร ฟังว่า น้องวิษณุได้รับการสำรวจแล้ว

แต่เมื่อเช้าวันอาทิตย์ที่ ๑๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙ ที่ผ่านมา วิษณุปวดท้องมาก หมอที่โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วิษณุจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ แต่โรงพยาบาลบางจากเป็นโรงพยาบาลเล็ก ไม่มีเครื่องมือผ่าตัด จึงส่งวิษณุไปเข้ารับรักษาตัวต่อที่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปากน้ำ

ในครั้งนี้ บุญมีนำเงินเก็บทั้งหมดที่มีในบ้านที่เก็บไว้มานานแล้ว มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูก นับแต่ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลบางจาก ค่าส่งตัวคนไข้ ค่าผ่าตัดและ ค่าใช้จ่ายในการนอนค้างรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมุทรปราการปากน้ำ ซึ่งทั้งหมดตกเป็นค่าใช้จ่ายจำนวนมาก มากเกินกว่าที่คนไม่มีเลข ๑๓ หลักอย่างบุญมี ซึ่งทำการค้าขายผักเล็กๆ น้อยๆ จะสามารถหาได้ในเกือบทั้งปี อย่างไรก็ตาม วิษณุได้รับการรักษาพยาบาลจนเสร็จขั้นตอน และคุณหมออนุญาตให้กลับบ้านได้ และทางโรงพยาบาลได้สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่บุญมียังค้างโรงพยาบาลอยู่ให้ โดยมีความเข้าใจและเป็นห่วงกับอนาคตที่ต้องดำเนินของเด็กชายวิษณุและครอบครัวนี้

นักวิจัยในโครงการฯ ได้เข้าไปประสานงานอย่างต่อเนื่องกับทางโรงพยาบาลจนถึงวันที่เด็กชายวิษณุจะออกจากโรงพยาบาล ในวันนั้นนักวิจัยพบว่าแม่บุญมีมีอาการจะร้องไห้เกือบตลอดเวลาตั้งแต่ก่อนเข้าพบเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติค่าใช้จ่ายที่ยังค้างชำระ แต่เมื่อนักวิจัยได้พูดคุยและให้กำลังใจ บุญมีก็ดูผ่อนคลายและลดความหวาดกลัวลง

ในขั้นตอนการสอบประวัติของโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์นั้น นักวิจัยได้มีโอกาสอธิบายสาเหตุข้อเท็จจริงทางกฎหมาย และ ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขของครอบครัวนี้ให้ทางโรงพยาบาลได้เข้าใจมากขึ้นด้วย จนในที่สุดทางโรงพยาบาลก็อนุมัติสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่เหลือ และให้วิษณุกลับบ้านได้ หลังจากนั้นบุญมีก็ยังร้องไห้น้ำตา

---

[16] กรณีเด็กชายวิษณุ ไม่มีนามสกุล : คนไร้รัฐแห่งสมุทรปราการ, รายงานกรณีศึกษาภายใต้โครงการห้องเรียน คลีนิค และสำนักงานที่ปรึกษากฎหมายสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่ประสบความไร้รัฐหรือความไร้สัญชาติในสังคมไทย (Classroom, Clinic and Law Firm for Child, Youth and Family who face Statelessness and nationalityless in thai society or "CCL", รวบรวมโดย รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๙
http://www.archanwell.org/autopage/show_page.php?t=2&s_id=56&d_id=57

ไหลอยู่อีกเรื่อยๆ แต่ไม่ใช่เพราะความกลัวอย่างตอนแรก เป็นน้ำตาแห่งความดีใจของผู้เป็นแม่ และดูเหมือนจะไหลพรั่งพรูออกมาเพื่อระบายความอัดอั้นที่มีมาตลอด หลายวันที่วิษณุอยู่โรงพยาบาล

โดยข้อเท็จจริงที่ว่าหากมีคนไข้ซึ่งเป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง มาทำการรักษาพยาบาลหรือคลอดลูกที่โรงพยาบาล เมื่อทำการรักษาพยาบาลเสร็จแล้วทางโรงพยาบาลก็จะแจ้งและนำส่งตัวคนไข้ให้กับทางสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อผลักดันออกไปนอกประเทศไทย

เห็นได้ชัดว่า การทำความเข้าใจเป็นเรื่องสำคัญ และ ทำให้คนที่เกี่ยวข้องมีความรู้ และทัศนคติ ที่ดีขึ้น เพราะหากไม่เช่นนั้นนักวิจัยเกรงว่า หากนักวิจัยไม่เข้ามาร่วมประสานงาน หรือ ทางโรงพยาบาลไม่เชื่อและไม่เข้าใจในสิ่งที่นักวิจัยอธิบาย เป็นไปได้ว่าเมื่อวิษณุผ่าตัดไส้ติ่งแล้วทางโรงพยาบาลอาจจะส่งตัววิษณุให้กับทางตม. รวมถึงแม่และญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวของป้าสันที ที่มาเฝ้าเยี่ยมวิษณุอีกด้วย

นักวิจัยกลับมาถึงบ้านก็รู้สึกดีใจที่บ่ายนั้น ได้เป็นคนเข็นรถที่วิษณุนั่งออกมาจากโรงพยาบาลเพื่อขึ้นแท็กซี่กลับบ้าน แทนที่จะเป็นรถตู้ของโรงพยาบาลที่อาจพาคนในครอบครัวนี้ไปสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมือง

<u>กรณีน้องวิน</u>[17]

"น้องวิน" ถูกทอดทิ้งไว้ ณ โรงพยาบาลแม่สอด น้องวินเป็นบุตรชายของบิดามารดาซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวจากพม่าที่ข้ามมาทำงานที่แม่สอดเมื่อปีที่ผ่านมา และมาคลอดน้องวินและพี่ชายฝาแฝดที่โรงพยาบาลแม่สอด แต่ภายหลังการคลอดหนึ่งวัน น้องวินมีปัญหาหลอดอาหารตีบ ไม่สามารถกลืนอาหารเหมือนเด็กทั่วไป จึงต้องมีการผ่าตัดขยายหลอดอาหารให้น้องวินที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเวลา 8 เดือน ค่ารักษาทั้งหมดเจ็ดแสนบาท ทางแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลช่วยจ่ายให้ทั้งหมด หลังจากนั้น น้องวินถูกส่งกลับไปอยู่กับพ่อแม่ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แต่เนื่องจากน้องวินไม่รู้จักการดูดกลืน จึงต้องใช้เวลาในการกระตุ้นให้น้องวินรู้จักการกินอาหารทางปาก โดยระหว่างนี้ ต้องให้นมน้องวินทางสายยางต่อเข้าสู่กระเพาะโดยตรง เมื่อบิดานำน้องวินกลับไปเลี้ยงได้หนึ่งเดือน ประสบปัญหากับการให้อาหารทางสายยาง จึงนำน้องวินมาทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล

คุณผึ้ง หญิงสัญชาติไทย ซึ่งไปเจอน้องวิน หลังจากถูกทิ้งแล้วประมาณหนึ่งเดือน จึงตัดสินใจนำน้องวินมาเลี้ยงดูและรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ คุณผึ้งเล่าว่า เป็นคนตั้งชื่อให้น้องเอง โดยตั้งชื่อจริงให้ว่า "สาละวิน" และชื่อเล่นว่า น้องวิน (Win) เพื่อเป็นลางดีสำหรับน้องวินที่จะได้ชนะจากโรคภัยที่ติดตัวเค้ามาตั้งแต่เกิด หลังจากน้องวินมาอยู่กับคุณผึ้งได้สองอาทิตย์ น้องวินก็เริ่มกินอาหารทางปากได้ และขณะนี้ น้องวินเริ่มกินอาหารทางปากและถอดสายยางออกแล้ว รวมทั้งมีพัฒนาการที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น คุณผึ้งจึงพยายามที่จะติดต่อบิดามารดาของน้องวิน เพื่อคืนน้องวินให้แก่ครอบครัว คุณผึ้งได้พยายามติดต่อไปยังญาติของบิดามารดาของน้องวินซึ่งทำงานอยู่ในอำเภอสอด เพื่อแจ้งว่าเด็กได้หายเป็นปกติแล้ว ขณะนี้ คุณผึ้งกำลังรอจะการติดต่อกลับมาของบิดามารดาของน้องวิน คุณผึ้งเล่าว่า หากบิดามารดาน้องวินไม่ติดต่อกลับมา คุณผึ้งก็อยากจะรับน้องวินเป็นบุตรบุญธรรม ในที่สุด เรื่องของน้องวิน คนไร้รัฐ อีกคนหนึ่งที่เกิดในประเทศไทย ก็ได้กลายเป็น best story ของการเข้าสู่สิทธิในการบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐ โรงพยาบาลของรัฐไทยได้พยายามที่จะรักษาน้องวินให้หายดีจากการเจ็บป่วย

[17] พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, กรณีน้องขวัญและน้องวิน : มีความเป็นไปหรือไม่ที่คนสัญชาติไทยจะรับเด็กไร้รัฐเป็นบุตรบุญธรรม ?, บทความเพื่อสาละวินโพสต์ ฉบับที่ ๓๔ (๑ ตุลาคม – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๙) "http://www.salweennews.org/law%20sp%2034.htm" http://www.salweennews.org/law%20sp%2034.htm

6. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ที่สังคมไทยควรจะต้องทำให้เป็นจริง

ในวันนี้ ที่มาตรา ๕ วรรค ๑ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติว่า "บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ" ก็หมายความว่า ย่อมไม่เป็นที่เคลือบแคลงต่อไปว่า สิทธิในบริการสาธารณสุขของ "บุคคล" ได้รับการยอมรับว่า เป็นกฎหมายบ้านเมือง อย่างไม่ต้องสงสัย เรื่องของการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานของคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลจึงไม่ควรจะมีสถานะที่เป็นเพียง "แนวคิด" เท่านั้น

แม้ก่อนการปรากฏตัวของมาตรา ๕ ดังกล่าว น้องวิษณุและน้องวินก็ได้รับการยอมรับสิทธิในบริการสาธารณสุข ดังนั้น เมื่อสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขได้รับการยอมรับในกฎหมายลายลักษณ์อักษรแล้ว การขยายผลของแนวคิดและวิธีปฏิบัติของบุคลากรด้านสาธารณสุขในรูปแบบนี้ ก็น่าจะทำได้ การขยายผลที่ดีที่สุดน่าจะหมายถึงการมีกฎหมายลูกบทหรือแนวปฏิบัติที่รองรับมาตรา ๕ นี้ ในส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะบุคคลตามกฎหมาย

ท้ายที่สุด เมื่อ "แนวคิด" มาตกตะกอนลงสู่ "หลักกฎหมาย" แล้ว ปัญหาที่ต้องไม่ลืมที่จะทำต่อ ก็คือ การเผยแพร่หลักกฎหมายนี้สู่ทั้งผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขและผู้รับบริการด้านสาธารณสุข

และท้ายของท้ายที่สุด ก็คือ ห้ามเอาความเป็น "ชาตินิยม" และ "อมนุษย์นิยม" มาตีความคำว่า "บุคคล" ในมาตรา ๕ นี้ ให้หมายความถึงเพียง "คนสัญชาติไทย" หรือ เฉพาะ "คนที่มีสถานะในทะเบียนราษฎร" อย่าได้ลืมว่า แม้มีมาตรา ๕ วรรค ๑ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ สิทธิในบริการสาธารณสุขก็ยังเป็นสิทธิมนุษยชนและเป็นสิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ เพียงแค่การนำเรื่องของสิทธินี้มาบัญญัติเป็นกฎหมายบ้านเมืองที่เป็นลายลักษณ์อักษร ก็ไม่ทำให้ความเป็นกฎหมายธรรมชาติของสิทธินี้หายไป ดังนั้น สิทธินี้จึงเป็นสิทธิของ "บุคคล" ตามกฎหมายธรรมชาติ อันได้แก่ "มนุษย์ทุกคน" มิใช่เพียงบุคคลที่มีสัญชาติไทยหรือบุคคลที่ได้รับการรับรองของรัฐในทะเบียนราษฎร