

**Immigrant Health Policy and Management by Local Administrative Organization:
A case study of Ontai Municipality, San Kamphaeng District,
Chiang Mai Province**

Chairat Nateeprasittiporn

Lecturer, Department of Public Administration

Faculty of Humanities and Social Sciences, Rajabhat Chiang Mai University

Received: December 22, 2017 **Accepted:** April 20, 2018

Abstract

This community participatory action research aimed at examining guidelines for transnational worker health management of On Tai Municipality in Chiang Mai Province. The municipality has been affected by the settlement and cohabitation of migrant workers who might bring about the recurrence of disappeared diseases. Findings showed that the health management is divided into three phases. First, the Pre-Departure Phase involves the municipality cooperating with the Sub-District Health Promoting Hospital and the Provincial Public Health Office for conducting preliminary medical checkups, registration, screening for those inflicted with communicable diseases, and records of their residences. Second, the Destination Phase is concerned with vaccination of the immigrants and formation of labor volunteers in charge of health and information provision on a regular basis. Third, the Deportation or Relocation Phase is related to immigrant workers reporting to officials where to move to before getting their health reports. Therefore, each carries with him or her treatment history and evidence and their reports enable officials to know where their destinations are. In the future, the data of these immigrants will be accessible by all local administrative organizations. Nevertheless, the entire management system must be done carefully in regard to policy, responsibility, budget, and personnel, otherwise there might be the abuse of power or corruption problems.

Keywords: transnational migrant workers, health policy, local administrative organizations, ASEAN

การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในบริบทของสุขภาพอนามัยโดยท้องถิ่น:

กรณีศึกษาเทศบาลตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

ชัยรัตน์ นทีประสิทธิ์พร

อาจารย์ประจำ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ได้รับบทความ: 22 ธันวาคม 2560 ตอบรับตีพิมพ์: 20 เมษายน 2561

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการวิจัยร่วมกับชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ในบริบทของสุขภาพอนามัยของท้องถิ่น ในเขตเทศบาลตำบลออนใต้ ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้ามาอยู่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาใช้แรงงาน และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน อาจนำพาซึ่งโรคที่หายสาบสูญแล้ว กลับมาระบาดในพื้นที่ได้ ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ในระยะก่อนเข้ามาในพื้นที่ทางเทศบาลสามารถร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) และสาธารณสุขจังหวัดเพื่อตรวจสุขภาพเบื้องต้น กรอกรประวัติ คัดกรองแรงงานที่คาดว่าจะโรคติดต่อ ลงพิกัดที่อยู่อาศัยเพื่อให้ทราบที่อยู่ชัดเจน 2) ในระยะระหว่างพำนักอาศัย การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบางชนิด และสร้างอาสาสมัครแรงงานเพื่อนบ้านขึ้นมาดูแลด้านสุขภาพทำให้มีความใกล้ชิด รวมทั้งอบรมให้ความรู้กับแรงงานเพื่อนบ้านในพื้นที่สม่ำเสมอ และ 3) ในระยะคืนถิ่น หรือเคลื่อนย้ายแรงงานไปที่อื่น แรงงานจะต้องแจ้งว่าจะย้ายไปที่ใด ก่อนที่จะรับใบประวัติสุขภาพ ดังนั้น แรงงานเพื่อนบ้านเหล่านี้จะมีใบประวัติการรับการรักษาติดตัวไป เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการรักษา และทำให้ทราบปลายทางของแรงงานดังกล่าว ซึ่งในอนาคตอาจมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงกันได้ แต่การบริหารจัดการทั้งระบบเป็นเรื่องที่ต้องรอบคอบ ทั้งในเรื่องของนโยบาย การมอบหมายหน้าที่ งบประมาณ และบุคลากร มิเช่นนั้นอาจจะเกิดปัญหาจากการใช้อำนาจโดยมิชอบหรือการคอร์รัปชันขึ้นมาได้

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ นโยบายสุขภาพอนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาเซียน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

บทนำ

สถานการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานภายในภูมิภาคอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เป็นผลมาจากอิทธิพลการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีการขยายตัว โดยเฉพาะการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเดิมภายในประเทศที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานภายในบางประเทศ โดยการเคลื่อนย้ายแรงงานจำแนกออกเป็นสองเขตตามสภาพภูมิศาสตร์ ได้แก่ แอบลุ่มแม่น้ำโขง ในภูมิภาคนี้จะมีประเทศไทยเป็นผู้รับแรงงานจาก ลาว เวียดนาม และกัมพูชา และอีกเขตหนึ่งทางตอนใต้ที่เป็นคาบสมุทรมลายู ซึ่งมี 2 ประเทศเป็นผู้นำเข้าแรงงาน ได้แก่ สิงคโปร์เป็นผู้รับแรงงานจาก ไทย มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ และในส่วนของประเทศมาเลเซีย นำเข้าแรงงานจาก เวียดนาม ไทย ฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย ข้อมูลจากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ปี พ.ศ. 2558 จำนวนแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนในภูมิภาคอาเซียน มาเลเซียเป็นประเทศผู้รับแรงงานมากที่สุด 2,250,322 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกันถึง 1,269,272 คน ถัดมาเป็นประเทศไทยที่มีแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานจำนวน 1,183,835 คน และสิงคโปร์มีจำนวนแรงงานต่างชาติทั้งหมด 1,321,600 คน (International Labour Organization, 2017)

การเคลื่อนย้ายแรงงานที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากจะมีผลทางบวกคือ เพิ่มมูลค่าทางด้านเศรษฐกิจที่มีการคาดการณ์ว่าแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ทำให้ GDP โตขึ้นร้อยละ 0.5 ของประเทศผู้รับ (Martin, 2007) แต่มีอีกมิติหนึ่งที่ยังมีความวิตกกังวลที่เป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเหล่านี้คือ ปัญหาการค้ำมนุษย์ สิทธิแรงงาน รวมถึงประเด็นที่สำคัญคือปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งการแพร่กระจายของโรคติดต่อ การดูแลสุขภาพตามสิทธิความเป็นมนุษย์ และนโยบายด้านสุขภาพของทั้งประเทศต้นทาง และปลายทาง หลายหน่วยงานได้มีความวิตกกังวล โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1946) และสมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติ ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกปรับปรุงนโยบายสุขภาพให้มีความเหมาะสม จำเพาะสำหรับแรงงานข้ามชาติมากขึ้น สำหรับประเทศไทยในฐานะของประเทศผู้รับแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้าน ปัญหาด้านสุขอนามัยเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ และการเกิดทนายทลูกหลานขณะอาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งจากสิ่งแวดล้อม และสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้รับผลกระทบเรื่องปัญหาสิทธิ และความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ปัญหาอุปสรรคด้านภาษา และการสื่อสาร รวมทั้งปัญหาการขาดความรู้

ถึงแม้ว่าประเทศไทยมีการดำเนินการในกรณีคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติ โดยการดำเนินนโยบายขยายบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ควบคู่กับกระบวนการการพิสูจน์สัญชาติของกระทรวงมหาดไทย (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2559) ข้อมูลปี พ.ศ. 2555 มีแรงงานสัญชาติเวียดนามเพียงร้อยละ 41 สัญชาติลาว ร้อยละ 60 และสัญชาติกัมพูชาร้อยละ 9 มาขึ้นทะเบียนเท่านั้น และในกลุ่มนี้ได้รับการคัดกรองและพบโรคที่ต้องติดตามรักษาร้อยละ 0.7 และพบภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องควบคุม และโรคที่ต้องห้ามมิให้ทำงานร้อยละ 0.11 (Ministry of Public Health, 2012) เห็นได้ว่ามีแรงงานบางส่วนที่ไม่ได้มาขึ้นทะเบียน และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรค ซึ่งหาก

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

แรงงานกลุ่มนี้มีอาการเจ็บป่วยขึ้น จะทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษา ไม่ได้รับสิทธิการคุ้มครองตามกฎหมาย นอกเหนือจากนี้ ประกาศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ พ.ศ. 2557 ได้มุ่งเน้นการตรวจสอบคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรคในแรงงานข้ามชาติ โดยพบว่า มีการขึ้นทะเบียนของแรงงานเพื่อนบ้านและผู้ติดตามมากขึ้น แต่ข้อมูลจำนวนการขึ้นทะเบียนไม่สอดคล้องกัน จากทั้งหน่วยงานด้านการปกครอง และด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลสุขภาพในประเทศไทยนั้น แยกส่วนไม่ครอบคลุม มุ่งเน้นการรายงานเฉพาะโรค ทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความต่อเนื่อง และไม่เชื่อมโยงเป็นภาพรวม (จินตนา ไชยวัฒน์ และคณะ, 2559) นอกจากนี้นโยบายระดับประเทศที่ยังไม่ชัดเจนแล้ว ในส่วนท้องถิ่นเอง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงาน ตั้งรกรากอาศัยพื้นที่เป็นแหล่งพำนัก และประกอบอาชีพ ยังไม่มีนโยบายจากส่วนกลาง หรือภารกิจใดที่ให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล หรือบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติเหล่านี้เลย ซึ่งแนวโน้มต่อไปในอนาคต แรงงานข้ามชาติเหล่านี้จะยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งจากความต้องการภายในประเทศเอง ที่ต้องการแรงงานเพื่อทดแทนวัยแรงงานที่ขาดแคลน จากนโยบายของรัฐที่ผลักดันให้เกิดแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบ และถูกกฎหมายมากขึ้น หรือการเพิ่มขึ้นจากการสืบทอดทายาทจากแรงงานข้ามชาติ

ในระยะเวลาที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาแรงงานข้ามชาติที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัยจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเหล่านี้ ทั้งการแพร่กระจายของโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ ที่หายไปจากประเทศไทยแล้วแต่กลับพบขึ้นอีก เช่น โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย โรคไข้ฉี่หนู เป็นต้น รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งโรงพยาบาลที่ติดชายแดน และโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีคนข้ามชาติพำนักอยู่ เช่น ปัญหาการแย่งชิงเข้ารับรักษาพยาบาล (ต่อคิวเข้ารับบริการยาว) ทำให้คนในพื้นที่เกิดความไม่พอใจ การที่บุคลากรไม่เพียงพอให้บริการทั้งคนไทยและคนข้ามชาติ มีปัญหาการสื่อสาร อนามัยแม่และเด็กของคนข้ามชาติมีปัญหา จากข้อมูลทั้งหมดนี้ทำให้ผู้วิจัยเริ่มศึกษาลงพื้นที่ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้แรงงานข้ามชาติ มีงานวิจัยหลายชิ้นเสนอเชิงนโยบายว่าควรมีการกระจายอำนาจเรื่องการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติลงสู่ท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้จึงนำมาสู่การวิจัยนี้ของเทศบาลตำบลออนใต้ เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน เข้ามาอาศัยทำงานรับจ้างที่คนไทยไม่ทำ อีกทั้งบางส่วนยังอยู่พำนักในระยะยาวจนมีบุตรหลาน แล้วนำมาเข้าเรียนตามโรงเรียนในเขตพื้นที่ดังกล่าว อันนำมาสู่ความวิตกกังวลของคนในพื้นที่ เนื่องจากกลัวโรคติดต่อที่อาจเกิดกับตนเอง และบุตรหลาน และความเสี่ยงอื่น ๆ ที่จะกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน ดังนั้นงานวิจัยนี้ไม่ใช่เพียงแค่การเตรียมความพร้อมของท้องถิ่น หรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น แต่เป็นการศึกษาหาแนวทางพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในท้องถิ่น ให้มีการบริหารจัดการ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องสุขภาพที่เป็นเรื่องใกล้ตัว และหากมีการบริหารจัดการที่ดีแล้ว อาจจะมีการยกระดับเป็นการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่เป็นรูปธรรม และเต็มรูปแบบมากขึ้น

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

วัตถุประสงค์

ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในบริบทของสุขภาพอนามัยโดยท้องถิ่น

วิธีการดำเนินวิจัย

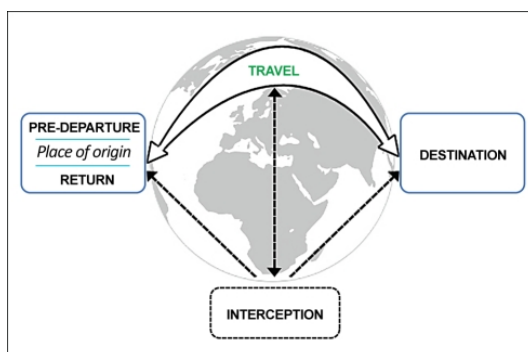
ขอบเขตของการวิจัย

บทความนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ รูปแบบวิจัย และพัฒนา (Research and Development) เริ่มศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 จากการเชิญองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด 210 แห่ง เข้าร่วมประชุมเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2558 เพื่อสอบถามลักษณะทางกายภาพในชุมชนที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยจากการเปิดประชาคมอาเซียน และมีความต้องการเข้าร่วมโครงการ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหากลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสันป่าตอง อำเภอสันกำแพง และอำเภอดอยสะเก็ด ที่สนใจเข้าร่วมโครงการหลังจากนั้นผู้วิจัย และ อบท. ร่วมกันวิเคราะห์ศักยภาพว่ามีชุมชนใดพร้อมจะพัฒนาศักยภาพของตน โดยการลงพื้นที่ทั้ง 3 อำเภอ พบว่าเทศบาลตำบลออนใต้ อำเภอสันกำแพง มีความพร้อมที่จะพัฒนาแนวทางการดำเนินการได้

การวิเคราะห์และอภิปรายผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดเวทีประชุมกลุ่ม (Focus Group) ร่วมระหว่างผู้วิจัย ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนชาวบ้านในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ประกอบการ ผู้นำหมู่บ้าน และผู้ทรงคุณวุฒิ จนได้เป็นโครงการ “ศูนย์สุขภาพหนึ่งเดียวตำบลออนใต้” หลังจากนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดดำเนินกิจกรรมตามโครงการ เพื่อบริหารจัดการภายในท้องถิ่นของตน ในเรื่องการบริหารจัดการแรงงานเพื่อนบ้านด้านสุขภาพอนามัย

แนวคิดการเคลื่อนย้ายแรงงานและสุขภาพอนามัยในศตวรรษที่ 21



แผนภูมิที่ 1 แสดงแนวคิดนโยบายการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านสุขภาพอนามัย

ที่มา: (Zimmerman, Kiss and Hossain, 2011)

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

แรงงานมีการเคลื่อนย้ายจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งในลักษณะเป็นพลวัตร คือ ไม่ได้เป็นการเคลื่อนย้ายแค่ครั้งเดียวเพื่อตั้งถิ่นฐานเหมือนเช่นก่อน แต่เป็นการเคลื่อนย้ายที่อาจเป็นลักษณะชั่วคราว หรืออาจเป็นการเคลื่อนย้ายแบบไปและกลับ ดังนั้นการพิจารณานโยบายการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านสุขภาพอนามัยสามารถแบ่งได้ 5 ส่วน ได้แก่ ระยะก่อนออกเดินทาง ระยะระหว่างเดินทาง ระยะปลายทาง ระยะสกัดกั้น และระยะเดินทางกลับ ภูมิลำเนา (Zimmerman, Kiss and Hossain, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Calderon, Rijks and Agunias (2012) ที่แบ่งการเคลื่อนย้ายออกเป็น 4 ประเภท คือ ก่อนเดินทาง ระหว่างเดินทาง ถึงที่หมาย และกลับภูมิลำเนา แต่ต่างกันที่ไม่มีระยะสกัดกั้นอาจเนื่องมาจาก บางครั้งการเคลื่อนย้ายแรงงานอาจไม่ผ่านจุดสกัดกั้น หรือเดินทางเข้าไปยังประเทศปลายทางโดยไม่พักอาศัยอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่ง หรือค่ายลี้ภัย ซึ่งในบางพื้นที่ไม่มีการจัดเตรียมพื้นที่ส่วนนี้ไว้ เนื่องจากรัฐต่าง ๆ มักมองว่าพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่ที่กระทบต่อความมั่นคง มีความเสี่ยงต่อปัญหาหลายด้าน ดังนั้นแนวคิดของ Calderon, Rijks and Agunias จึงกำหนดไว้เพียง 4 ระยะ จากทฤษฎีที่สรุปจากแนวคิดของ Zimmerman, Kiss and Hossain การเคลื่อนย้ายแรงงานแบ่งออกเป็น 5 ระยะได้ดังนี้

1. ระยะก่อนออกเดินทาง (The pre-departure phase)

หมายถึง ช่วงเวลาก่อนที่บุคคลหรือแรงงานจะเคลื่อนย้ายออกจากสถานที่ต้นทาง นโยบายด้านสุขภาพของประเทศต้นทาง ก่อนออกเดินทางจำเป็นต้องจะต้องกำหนดนโยบายที่สอดคล้อง โดยเฉพาะในด้านการตรวจ คัดกรองโรคติดต่อ ก่อนออกเดินทาง และความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง

2. ระยะระหว่างการเดินทาง (Travel Phase)

หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่ผู้เคลื่อนย้ายแรงงานอยู่ระหว่างสถานที่ต้นทางและปลายทาง หรือสถานที่สกัดกั้นรวมถึงสถานที่ที่หยุดพักเป็นระยะเวลาสั้น หรือยาวก่อนออกเดินทางต่อ ช่วงระยะนี้เป็นช่วงที่เชื้อโรคอาจเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการระบาดขึ้นได้

3. ระยะปลายทาง (Destination Phase)

หมายถึง ช่วงเวลาที่กลุ่มแรงงานอพยพไปถึง ณ ที่หมายแล้ว ทั้งแบบชั่วคราว และถาวร นโยบายจะมุ่งเน้นไปที่ขั้นตอนการรับของประเทศปลายทาง การตรวจสอบประวัติโรคติดต่อ หรือผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายแรงงาน แรงงานที่มีทักษะต่ำ ต้องเผชิญอุปสรรคด้านภาษาวัฒนธรรมและภาษาต่าง ๆ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

4. ระยะการสกัดกั้น (Interception Phase)

หมายถึง พื้นที่การสกัดกั้น ขั้นตอนนี้เป็นลักษณะของการถูกจัดสถานที่ หรือที่พักอาศัยแบบชั่วคราวสำหรับผู้ลี้ภัย ศูนย์กักกันหรือค่ายผู้ลี้ภัยมักพบว่า เป็นบริเวณที่ละเมิดสิทธิมนุษยชน ที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ และไม่ปลอดภัย (โดยเฉพาะผู้หญิง) การเกิดความเครียดด้านสาธารณสุข โรคระบาด ซึ่งพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งส่วนใหญ่จะไม่มียุทธศาสตร์ของประเทศผู้ให้อาศัยในการดูแลมากนัก แต่จะให้เป็นหน้าที่ขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ (UN) หรือองค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร (NGO)

5. ระยะเดินทางกลับภูมิลำเนา (Return Phase)

หมายถึง ระยะที่ผู้ใช้แรงงานเดินทางกลับไปยังบ้าน หรือท้องถิ่นเดิมของตนเอง หลังจากไปใช้แรงงานมาแล้วในระยะนี้ผู้เคลื่อนย้ายอาจนำเชื้อโรคใหม่ ๆ หรือโรคที่ไม่มีในท้องถิ่นของตนกลับมาด้วย หรือการปฏิบัติ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

เกี่ยวกับการส่งตัวแรงงานกลับ ที่อาจไม่ถูกสุขลักษณะ แรงงานกลุ่มนี้อาจกลับมาพร้อมกับรายได้ที่ได้จากการทำงาน แต่ภาครัฐกลับต้องมาดูแลแรงงานวัยเกษียณที่อาจเกิดโรคต่าง ๆ ได้อีกมาก

การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายของประเทศผู้อพยพ ด้วยความแตกต่างของระดับการพัฒนาของประเทศโดยรอบเป็นส่วนสำคัญ ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน จากประเทศเพื่อนบ้านที่มีรายได้ต่ำกว่าเข้ามา เช่นเดียวกับประเทศที่กำลังพัฒนาในแถบเดียวกัน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ประเทศไทยมีนโยบายเชิญชวนแรงงานต่างชาติเพื่อเข้ามาทำงานในลักษณะงานที่ต้องใช้ทักษะและความรู้ในการพัฒนาโครงการขนาดใหญ่ และโครงการที่มีการลงทุนจากต่างประเทศ เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้และอาศัยศักยภาพของแรงงานเหล่านั้น อย่างไรก็ตามตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2534 ภาคเศรษฐกิจและการผลิตพื้นฐานภายในประเทศของไทยขยายตัวมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องใช้แรงงานทักษะต่ำ เพื่อมาทำงาน และด้วยปัจจัยหลักประการหนึ่ง จากตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทย ถือว่าเป็นศูนย์กลางของอินโดจีน มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านเป็นระยะทางกว่า 5,286 กิโลเมตร มีเขตแดนติดต่อกับ ลาว เมียนมาร์ กัมพูชา และมาเลเซีย การเชื่อมต่อทางพรมแดนนี้ทำให้การเดินทางเชื่อมต่อกันง่าย และสะดวกต่อการเดินทางข้ามพรมแดน รัฐบาลไทยเริ่มใช้ระเบียบการย้ายถิ่นของแรงงานในปี พ.ศ. 2539 โดยอนุญาตให้แรงงาน เดินทางเข้ามาในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมายมาลงทะเบียนสำหรับการจ้างงานและดำเนินการต่ออายุ จากนั้นในปี พ.ศ. 2544 มีการกำหนดมาตรการใหม่เพื่อกำหนดให้ แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนมีการตรวจร่างกาย และซื้อประกันสุขภาพก่อนที่จะอนุมัติการต่ออายุ จากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2545-2547 ประเทศไทยได้จัดทำบันทึกความตกลง (Memorandum of Understanding - MOU) แก่แรงงานผู้มีสัญชาติ ลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ เพื่อเริ่มกระบวนการตรวจสอบสัญชาติของแรงงานเพื่อนบ้านที่จดทะเบียน สถิติในช่วงปีพ.ศ. 2548 - 2556 มียอดสูงสุดคือ ในปีพ.ศ. 2554 จำนวน 1,825,658 คน และต่ำสุดในปีพ.ศ. 2552 มีจำนวน 589,646 คน จากข้อมูลยังไม่รวมถึงแรงงานผิดกฎหมาย และผู้ติดตาม (World Health Organization, 2015)

การเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามา เนื่องจากความเหลื่อมล้ำของการพัฒนาประเทศ และจากความต้องการภายในประเทศไทยที่ต้องการแรงงาน เพื่อมาทดแทนประเภทงานที่คนไทยไม่ทำนั้น ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของภาครัฐในการควบคุม ดูแลแรงงานเหล่านี้ ที่ภาครัฐพยายามผลักดันเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมายให้ได้มากที่สุด แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีแรงงานบางส่วนที่มีการลักลอบเข้ามาจากแรงงานเอง และการลักลอบนำเข้าโดยนายหน้า ซึ่งเป็นปัญหาเหมือนลูกโซ่ที่นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ทั้งแรงงานที่ถูกกฎหมาย และแรงงานที่ผิดกฎหมาย นอกจากภาครัฐจะให้ความสนใจในเรื่องของความมั่นคงแล้ว ยังมีอีกด้านที่ภาครัฐให้ความสนใจไม่น้อยกว่ากัน และพยายามกำหนดนโยบาย และบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมดูแลแรงงานให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสมขณะอาศัยอยู่ในประเทศไทย คือ ด้านสุขภาพอนามัย

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

นโยบายสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

ประเทศไทยมีนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ในด้านสุขภาพอนามัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยเป็นนโยบายสืบเนื่องผูกพันกับนโยบายความมั่นคง และนโยบายของกระทรวงแรงงาน กำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้อง ชี้อัตราประกันสุขภาพ และกำหนดว่าต้องเป็น แรงงาน เท่านั้น ซึ่งต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายตรวจสุขภาพหาโรคต้องห้าม เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2536 โดยผลการตรวจสุขภาพจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) ผลการตรวจสุขภาพปกติ (2) ผ่านการตรวจสุขภาพแต่ต้องทำการรักษาต่อเนื่องในบางโรค ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน เาห้ช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ และ (3) ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ เนื่องจาก (3.1) สุขภาพไม่สมบูรณ์เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ตามแต่ดุลยพินิจของแพทย์ หรือ (3.2) เป็นโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน คือ วัณโรคระยะติดต่อ โรคเรื้อนหรือโรคเาห้ช้าง เป็นที่รังเกียจของสังคม โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 การติดสารเสพติดให้โทษ พิษสุราเรื้อรัง โรคจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2559) ระยะต่อมานโยบายมีการปรับเปลี่ยนตามรัฐบาลตามที่พรรค พอกเพิ่มดี (2554) ได้สรุปไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2544 มีการดำเนินการตรวจ และประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบเป็นปีแรก ปี พ.ศ. 2548-2549 ขยายขอบข่ายของการตรวจและประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ ไปยังผู้ติดตามและครอบครัวตามความสมัครใจ โดยต้องตรวจสุขภาพด้วย ปี พ.ศ. 2550 ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นหลัก แต่สำหรับผู้ติดตามและครอบครัวให้สถานบริการสุขภาพพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม ดังนั้น การดำเนินการขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัดที่จะเปิดรับประกันสุขภาพผู้ติดตามและครอบครัว เนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีไม่มีความชัดเจนในสิทธิการอาศัยอยู่ของชนกลุ่มนี้ ปี พ.ศ. 2551 ประกันสุขภาพสามารถทำได้ในแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตาม และครอบครัว ทั้งที่ได้รับการผ่อนผันและไม่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่การรับประกันหรือไม่ ยังคงขึ้นอยู่กับหน่วยบริการสุขภาพเป็นหลัก ปี พ.ศ. 2552-2553 ประกันสุขภาพทำได้ในแรงงานข้ามชาติที่ต่อทะเบียนแรงงานและจดทะเบียนใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี แต่มีความชัดเจนว่าไม่รวมถึงผู้ติดตาม และครอบครัว ปี พ.ศ. 2554 ประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่ต่อทะเบียน และขึ้นทะเบียนใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งผู้ติดตามที่เป็นบุตรอายุไม่เกิน 15 ปี โดยสมัครใจ โดยไม่รวมผู้ติดตามประเภทอื่น ๆ ปี พ.ศ. 2556 ประกันสุขภาพคนข้ามชาติ ทุกคนซึ่งครอบคลุมถึงผู้ติดตามและครอบครัวโดยสมัครใจ โดยมีการแยกอัตราค่าทำประกันสุขภาพเป็นคนข้ามชาติทั่วไป และเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี และขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมถึงการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Antiretroviral) หรือ ARV แต่มีการเพิ่มอัตราค่าใช้จ่ายจากเดิม 1,900 บาท เป็น 2,800 บาท

ในปี พ.ศ. 2560 การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติด้านสุขภาพอนามัยของประเทศไทย แบ่งแรงงานข้ามชาติได้ออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) แรงงานที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม กลุ่มนี้ไม่มีปัญหาเพราะมีสิทธิเหมือนคนไทย เวลาเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บจากการทำงานก็ใช้สิทธิได้หมด 2) แรงงานที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติของกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการรักษาพยาบาล ยกเว้นกรณีบาดเจ็บจากการทำงานซึ่งไม่สามารถใช้เงินกองทุนเงินทดแทนได้ และ 3) แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดเลย เช่น แรงงานผิดกฎหมาย จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาเองทั้งหมดทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป หรือบาดเจ็บจากการทำงาน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

คนใช้กลุ่มที่ 3 ซึ่งไม่มีสิทธิหรือประกันสุขภาพใด ๆ และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ แต่ละปีจะมีคนใช้กลุ่มนี้ เกิดอาการบาดเจ็บจากการทำงาน และกลุ่มที่เจ็บป่วยทั่วไป กลุ่มที่เจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน จะมีสัดส่วนสูงกว่า ซึ่งเมื่อเข้ารับบริการแต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เพราะแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นคนหนุ่มสาว เข้ามาทำงานหาเงิน ถ้าเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะไปคลินิก ไม่ยอมมาโรงพยาบาลเพราะห่วงเรื่องการทำงาน แต่จะมารักษาที่ต่อเมื่อเจ็บป่วยหนักถึงขั้นช็อกหมดสติ หรืออาการหนักแทบจะไม่รอดแล้ว ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายจะมหาศาลเพราะต้องใช้ยาจำนวนมาก บางคนต้องผ่าตัดใหญ่ ต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ค่าใช้จ่ายแต่ละคนเป็นหลักแสนบาท” (Hfocus, 2560)

จากข้อมูลที่น่าเสนอมาข้างต้นในเรื่องนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ แสดงให้เห็นว่านโยบายยังมุ่งเน้นเฉพาะประเทศที่เป็นปลายทาง คือประเทศไทย แรงงานจากทั้ง 3 ประเทศ ไม่มีการเตรียมตัวก่อนเคลื่อนย้าย ทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ ไม่ผ่านการคัดกรอง หรือตรวจสุขภาพก่อนข้ามมายังประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยเองพยายามควบคุมแรงงานเหล่านั้นให้อยู่ในระบบมากที่สุด เพื่อลดภาระการดูแลรักษาของโรงพยาบาลต่าง ๆ แต่นโยบายที่กล่าวถึง ยังเป็นนโยบายที่ถูกกำหนดจากส่วนกลาง ไม่มีการบริหารจัดการโดยท้องถิ่น จากการสืบค้นข้อมูล ผู้เขียนค้นพบข้อมูลบางพื้นที่เท่านั้น ที่มีการบริหารจัดการภายในท้องถิ่นคือประเทศสเปน มีการให้แรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะแรงงานที่ผิดกฎหมายประมาณ 354,000 คน แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากไปรายงานตัวกับเทศบาล เพื่อจะได้เป็นแรงงานที่ถูกกฎหมายโดยต้องมียศเอกสารประกอบ เช่น หนังสือเดินทาง หลักฐานการพำนักอาศัยแต่หากไม่ได้ไปรายงานตัวกับเทศบาลจะได้รับสิทธิเพียงการรักษาในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น และตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้จำกัดสิทธิของคนข้ามชาติลงเหลือเพียงการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สุติกรรม และกุมารเวชกรรม (Gray, van Ginneken, 2012) การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติโดยท้องถิ่นเป็นเรื่องที่น่าสนใจ หลายฝ่ายพยายามทำให้เกิดขึ้น จึงนำมาสู่การวิจัยในพื้นที่เทศบาลตำบลอนใต้ เพื่อศึกษาแนวทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของท้องถิ่น ให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมโลกและอนาคต อาจมีนโยบายกระจายอำนาจในด้านการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติลงสู่ท้องถิ่นก็เป็นได้

บทความนี้ใช้คำว่าแรงงานข้ามชาติแทนคำว่าแรงงานต่างด้าว ส่วนในพื้นที่วิจัยใช้คำว่า “แรงงานเพื่อนบ้าน” ในการมองแรงงานที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านในเชิงบวก เนื่องจากกลุ่มแรงงานเหล่านี้เข้ามาใช้แรงงานที่คนไทยปฏิเสธที่จะทำ ที่เรียกว่า “3D” ได้แก่ งานอันตราย (dangerous) งานสกปรก (dirty) และงานยากลำบาก (difficult) ดังนั้นแรงงานกลุ่มนี้ถือเป็นแรงงานสำคัญในการขับเคลื่อนภาคเศรษฐกิจของประเทศไทย และการที่แรงงานเพื่อนบ้านเข้ามาอยู่อาศัยภายในพื้นที่ หรือชุมชนจนมีลูกหลานอาศัยร่วมกับคนในชุมชน เรียนโรงเรียนเดียวกัน พักอาศัยอยู่บ้านใกล้เคียงกัน ดังนั้น การใช้คำว่าแรงงานเพื่อนบ้านจึงสิ่งที่นิยามได้สอดคล้องที่สุดสำหรับแรงงานส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้แรงงานในจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วยแรงงาน 3 สัญชาติ จำนวน 59,945 คน ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา โดยมีจำนวนแรงงานที่ลงทะเบียนสัญชาติเมียนมาร์ แยกเป็นแรงงานชายจำนวน 29,066 คน แรงงานหญิงจำนวน 30,730 คน แรงงานสัญชาติลาว แยกเป็นแรงงานชายจำนวน 75 คน แรงงาน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

หญิงจำนวน 44 คน และแรงงานสัญชาติกัมพูชา แยกเป็นแรงงานชายจำนวน 20 คน และแรงงานหญิง จำนวน 10 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2560)

เนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนติดกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ใน 5 อำเภอ อันได้แก่ อำเภอแม่ฮาด อำเภอแม่สาย อำเภอฝาง อำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง และอำเภอไชยปราการ รวมระยะทางทั้งสิ้น 227 กิโลเมตร ทำให้มีแรงงานจากสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ ลักลอบเข้ามาทำงานในจังหวัดเชียงใหม่จำนวนมาก ยากต่อการป้องกัน ประกอบกับนายจ้างและสถานประกอบการ ในพื้นที่มีความจำเป็นต้องจ้างแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะในกิจการก่อสร้าง เกษตร และปศุสัตว์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานหนัก ประเภท 3D ที่แรงงานไทยไม่ทำส่งผลให้จำเป็นต้องนำเข้าแรงงานข้ามชาติ หรือแรงงานเพื่อนบ้านมาทดแทน (พิมพ์วิมลชัย สมบูรณ์, สัมภาษณ์, 2560)

สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของเทศบาลตำบลออนใต้

ตำบลออนใต้ เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 41,740 ไร่ หรือ 41,531 ตารางกิโลเมตร เป็นที่ราบลุ่มและที่ราบเชิงเขา ประชาชนอาศัยกระจายตามเส้นทางคมนาคมภายในตำบลประชากรทั้งสิ้น 5,369 คน แยกเป็น ชาย 2,653 คน หญิง 2,716 คน ความหนาแน่นเฉลี่ย 130 คน/ตารางกิโลเมตร จำนวนหมู่บ้านในเขตเทศบาล 11 หมู่บ้าน อาชีพหลัก ได้แก่ 1) เกษตรกรรม 2) ทำนา 3) ทำสวน 4) ทำไร่ 5) เลี้ยงสัตว์ 6) รับจ้าง (งานทะเบียนราษฎร์อำเภอสันกำแพง ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2560)

อาชีพหลักของตำบลออนใต้ มาจากการเป็นพื้นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การทำเกษตร ทำให้ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร แต่เนื่องด้วยบุคลากรที่ประกอบอาชีพทางการเกษตรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนประชากรวัยทำงาน และลูกหลานเกษตรกรในพื้นที่ นิยมเข้าไปทำงานในเมือง เนื่องจากคิดว่าจะได้ทำงานที่สบายกว่า ทำให้งานทางการเกษตรขาดแคลนคนวัยแรงงาน ส่งผลให้ต้องจ้างแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อมาทดแทนแรงงานที่ขาดหายไป ซึ่งจำแนกได้ดังนี้ คือ

1. **เลี้ยงสัตว์** ในพื้นที่ตำบลออนใต้มีอาชีพหนึ่งที่ได้รับพระราชทานจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 คือ อาชีพการเลี้ยงโคนม ในเขตตำบลออนใต้ มีฟาร์มโคนมถึง 65 แห่ง จากการขาดแคลนแรงงานทำให้ต้องจ้างแรงงานจากเพื่อนบ้านเพื่อทำงานในฟาร์มโคนม ในลักษณะของการอยู่อาศัยในพื้นที่ฟาร์ม ร่วมกับนายจ้าง แต่แยกคนละหลังคาเรือน ดังนั้นจึงมีความใกล้ชิดกันในการดำเนินชีวิตระหว่างนายจ้าง และลูกจ้าง

2. **โรงบ่มยาสูบ** ในพื้นที่ตำบลออนใต้ มีการทำการเกษตรเกี่ยวกับการปลูกยาสูบ และบ่มยาสูบทำให้ต้องพึ่งพิงแรงงานจากเพื่อนบ้านในการปลูก การเก็บเกี่ยว และการนำยาเข้าเตาบ่ม ซึ่งยาสูบในแต่ละมัดหนักถึง 30 กิโลกรัม เนื่องจากงานประเภทนี้เป็นงานหนัก ทำให้คนไทยเลี้ยงที่จะทำ การจ้างแรงงานเพื่อนบ้านในกลุ่มนี้เป็นแบบตามฤดูกาล

3. **การทำนา และทำสวน** แรงงานเพื่อนบ้านที่มาทำงานประเภทนี้ จะเป็นลักษณะงานตามฤดูกาล แรงงานจะมาอยู่อาศัยชั่วคราว โดยเฉพาะช่วงฤดูการปลูก และเก็บเกี่ยวเท่านั้น ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานผิดกฎหมาย เพราะนายจ้างไม่ได้จ้างงานถาวร จ้างงานเพียงตามฤดูกาลเท่านั้นทำให้ไม่ยอมรับผิดชอบทั้ง

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

ค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียน การดูแลลูกจ้างระหว่างวันช่วงผลผลิต และความเสี่ยงต่อการหลบหนี ทำให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุดในการดูแล และป้องกันด้านสุขภาพอนามัย

5. การก่อสร้าง แรงงานกลุ่มนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรก แรงงานที่อยู่ประจำ กลุ่มนี้จะเช่าห้องพักอาศัยอยู่ร่วมกับคนในชุมชน ได้รับการจดทะเบียนและดูแลโดยนายจ้างที่เป็นผู้รับเหมาคนไทย แรงงานกลุ่มนี้จะใช้ชีวิตเสมือนคนในชุมชน ตื่นเข้ามาไปทำงาน ส่งลูกเข้าศูนย์เด็กเล็ก หรือโรงเรียนในชุมชน ตอนเย็นกลับมาที่พัก ประเภทที่สองเป็นแรงงานที่อาศัยตามที่พักคนงานในเขตก่อสร้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ก่อสร้างโครงการบ้านจัดสรร กลุ่มนี้เป็นอีกกลุ่มเสี่ยงเรื่องสุขอนามัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นเพียงเพิงสังกะสี ไม่แยกพื้นที่ขับถ่าย และเคลื่อนย้ายพื้นที่ไปเรื่อย ๆ ทำให้ยากต่อการควบคุมจากการพูดคุยกับอาสาสมัครแรงงานเพื่อนบ้านที่มาเป็นวิทยากรให้กับโครงการ และให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของโครงการ เคยพบกรณีแรงงานเพื่อนบ้านเสียชีวิตในที่พักคนงานเนื่องจากป่วยแล้ว ไม่กล้าไปหาหมอเพราะเป็นแรงงานผิดกฎหมาย หาซื้อยามาทานเอง เพื่อน ๆ แรงงานก็ไม่ทราบ พออีกที่เสียชีวิตไปแล้ว

ในการจัดทำโครงการศูนย์สุขภาพหนึ่งเดียวตำบลอนได้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากแกนนำและชุมชน จนนำมาสู่แผนการทำงานที่เป็นระบบโดยคนในชุมชนเอง ความคาดหวังในชุมชนหวังว่าโครงการนี้จะมีบริการสุขภาพแบบครบวงจร โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และครอบคลุมทั้งคนในพื้นที่ และประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สำหรับแรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามจะได้รับบริการตั้งแต่ก่อนเข้ามาโดยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น และหาโรคติดต่อ สำหรับผู้ติดตามที่เป็นเด็กจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อไว้ก่อน ทำประวัติในการรับบริการ ระหว่างอยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีการให้บริการรักษาเท่าเทียมกับคนในท้องถิ่น รวมถึงหากเดินทางย้ายถิ่น หรือกลับภูมิลำเนาเดิมก็จะให้ประวัติการรักษาดำเนินไปด้วย ซึ่งตอนนี้โครงการได้ดำเนินขั้นตอนในเบื้องต้น ดังนี้คือ

1. ระยะก่อนเข้ามาในพื้นที่

1.1. การสร้างความเข้าใจร่วมกัน หลังจากได้พื้นที่ที่จะทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย และคณะได้ลงพื้นที่อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความรู้จักและทำความเข้าใจร่วมกันของคนในพื้นที่ ทั้ง อบต. ผู้นำในพื้นที่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้ประกอบการ นายจ้าง แพทย์สาธารณสุข รพสต. อสม. เพื่อสร้างความเข้าใจโครงการ และกิจกรรม ที่จะทำร่วมกัน ในระหว่างการประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจ เมื่อวันที่ 21 ก.ค. 2560 มีผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นว่า

“ขนาดประเทศไทยหรือชุมชนไม่ได้ดูแลแรงงานเพื่อนบ้าน แรงงานยังเข้ามาเยอะขนาดนี้แล้วถ้าเรายังดูแลและไม่เข้ามาจนเต็มหรือ”

การทำโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันกับผู้มีส่วนได้เสียภายในพื้นที่เสียก่อนโดยเฉพาะประเด็นที่มีความอ่อนไหว ในกรณีนี้มีการสร้างความเข้าใจร่วมกันว่า ปัจจุบันประเทศไทยขาดแคลนแรงงานทำให้แรงงานเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในชุมชนมากขึ้น นั่นเป็นเพราะเรามีความต้องการแรงงานเพื่อทดแทนแรงงานของเราที่เลือกจะไม่ทำงานที่เป็นลักษณะ 3D หากขาดแรงงานกลุ่มนี้ก็ไม่มีใครทำงานแทนคนไทย แรงงานกลุ่มนั้นนอกจากจะมาทำงานที่คนไทยไม่ทำแล้ว แรงงานบางส่วนก็อาศัยอยู่ร่วมภายในชุมชนเดียวกัน หากมีการแบ่งแยก อาจนำมาสู่ปัญหาการกีดกัน หรือเหยียดเชื้อชาติเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการให้ความรู้จึงเปรียบเสมือนมาตรการในการควบคุม ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ประกอบการหรือนายจ้างจะรับแรงงานเข้ามาทำงาน ทำให้ตระหนักถึง

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

สุขภาพที่จะอยู่ร่วมกัน รวมถึงแรงงานที่อยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว จะได้รับรู้รับทราบร่วมกันว่า มีใครเคยป่วย หรือป่วย เป็นโรคติดต่อหรือไม่ จะได้ร่วมกันป้องกัน

คำถามของชาวบ้านในระหว่างลงพื้นที่ ในการประชุมกลุ่ม (Focus Group) เมื่อวันที่ 21 ก.ค. 2560

“ให้ความรู้กับแรงงานเพื่อนบ้านไป ถ้าแรงงานที่เราให้ความรู้ ต่อไปไม่อยู่ในพื้นที่ที่ละไปอยู่ที่อื่นสิ่งที่เรา
ทำไปจะไม่เสียเปล่าหรือ”

การให้ความรู้เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องสร้างความเข้าใจร่วมกัน เพราะการให้ความรู้ไม่มีคำว่าเสียเปล่า การ ที่ท้องถิ่นหรือชุมชนให้ความรู้กับแรงงานเพื่อนบ้าน ตอนนี้แรงงานกลุ่มนี้อาศัยอยู่ร่วมกับคนในพื้นที่ที่ได้ประโยชน์ ทั้ง 2 ฝ่ายเพราะหากไม่เขาหรือเราป่วย แล้วไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้โรคติดต่อถึงกันได้ รวมถึงบุตรหลานที่ มีภูมิตำหนานต่ำ แล้วอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ยิ่งมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ อาจทำให้เสียทั้งค่าใช้จ่าย เวลา หรือ กระทั่งชีวิตได้ ถึงแม้แรงงานเหล่านี้จะไปอยู่ที่อื่น ความรู้ก็จะติดตัวเขาไปด้วย หากปฏิบัติตัวถูกสุขลักษณะ แม้จะ ไปอยู่ที่อื่นก็จะปฏิบัติเช่นเดียวกัน จะไม่ทำให้เกิดโรคทั้งกับตัวแรงงานเอง และคนรอบข้างด้วย

1.2. การแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบโครงการ ในการจัดทำโครงการนี้อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ ของเทศบาลตำบลออนใต้ ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การทำโครงการหรือการทำให้ กิจกรรมสิ่งหนึ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ หาผู้รับผิดชอบ ในส่วนของตำบลออนใต้ จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมใน เบื้องต้นในการทำวิจัย แล้วพบว่า มีความพร้อม ส่วนหนึ่งมาจากการให้ความสนใจจากผู้นำ อปท. คือ นายกเทศมนตรี และผู้รับผิดชอบโครงการนี้ คือ เลขาธิการเทศบาลตำบลออนใต้ที่ทำหน้าที่เป็น อสม. ด้วย การ ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำ และ อปท. ทำให้โครงการสำเร็จได้ง่าย เพราะผู้นำ และคณะทำงานจะเป็นส่วน ผลักดันริเริ่มโครงการที่จะสามารถเชื่อมโยงไปยังเครือข่าย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากต่อไปมีการกระจาย อำนาจไปยัง อปท. เพื่อบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติควรจะทำให้ความเข้าใจในแต่ละพื้นที่ ที่มีลักษณะต่างกันด้าน การใช้แรงงานเพื่อนบ้านเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

2. ระยะพำนักอาศัย

2.1 การให้ความรู้กับทั้งผู้ประกอบการ นายจ้าง และแรงงานเพื่อนบ้าน ประเด็นเรื่องความรู้ เป็น อีกประเด็นหนึ่งที่โครงการนี้ทำกิจกรรม โดยการจัดอบรมให้กับนายจ้างเป็นอันดับแรก เพื่อสร้างความเข้าใจว่า เหตุใดจึงต้องให้แรงงานเพื่อนบ้านที่เป็นลูกจ้างมีความรู้ ในตอนแรกนายจ้างไม่ค่อยให้ความสนใจ มีเพียงบางกลุ่ม เท่านั้นที่มาร่วมฟัง แต่เมื่อดำเนินกิจกรรมครั้งต่อมา เริ่มมีผู้ให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากผู้ร่วมประชุมในกลุ่ม แรกได้มีการไปบอกต่อถึงผลดี ทำให้นายจ้าง และผู้ประกอบการตระหนักในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับแรงงานเพื่อน บ้านมากขึ้น เนื่องจากโรคบางโรคเป็นโรคติดต่อ ซึ่งอาจทำให้นายจ้างได้รับเชื้อได้ หากแรงงานเพื่อนบ้านไม่ได้รับ การป้องกันฉีดวัคซีน หรือได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้นกระบวนการต่อมาในการให้ความรู้จึงขยายไปสู่ แรงงานเพื่อนบ้าน

กระบวนการให้ความรู้แรงงานเพื่อนบ้าน หลังจากให้ความรู้กับผู้ประกอบการ และนายจ้างแล้ว ผู้จัดทำ โครงการได้ประสานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เพื่อมาให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อ โรคที่มากับแรงงานที่ไม่ได้ รับการฉีดวัคซีน และความรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะ เพื่อให้แรงงานเพื่อนบ้านรู้จักป้องกันทั้งตนเอง และการ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

แพร่กระจายของโรค จากการอบรมนี้มีกรณีหนึ่ง แรงงานเพื่อนบ้านรายหนึ่งเป็นโรคคอตีบพึงรักษาได้ไม่นาน นายจ้างเองก็ไม่ทราบที่อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นโรคนี้ แต่เมื่อทราบภายหลัง ทำให้เกิดอาการหวาดกลัวว่าจะติดโรค เกิดการหวาดระแวงกันระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาเป็นวิทยากรจึงพูดคุย และอธิบายสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงวิธีป้องกัน และรักษา ดังนั้นการให้ความรู้จึงเป็นผลดีกับทุกฝ่าย

2.2 การสร้างระบบบัญชีรายชื่อของคนในพื้นที่ การทำสถิติประชากรแฝง และแรงงานเพื่อนบ้าน เพื่อเป็นการสร้างระบบภายในท้องถิ่นเพื่อคนในท้องถิ่นเอง การสร้างระบบบัญชีรายชื่อคนนอกจากจะมีประโยชน์ด้านการดูแล และการบริหารภายในท้องถิ่นแล้ว ยังมีประโยชน์ในด้านอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพชุมชน เพื่อเป็นการควบคุมโรคติดต่อ พาหะนำเชื้อโรค ทั้งจากคนและสัตว์ ลดการแพร่กระจายของโรคอันไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมสุขภาพอันดีของคนในท้องถิ่น ซึ่งต้องอาศัยเครือข่ายที่มีในชุมชน โดยมี อบท. เป็นแกนนำในการรวบรวมข้อมูลการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งแบบถาวร และชั่วคราว ซึ่งปัจจุบันสามารถทำได้เพียงแรงงานแบบอยู่อาศัยถาวร และถูกกฎหมายเท่านั้น เนื่องจากเก็บข้อมูลได้ง่ายกว่า แต่ อบท. เองมีแนวคิดที่กำลังจะทำสถิติประชากรแฝงด้วย โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน และกำนัน เป็นผู้ดูแล หากนายจ้างมีการจ้างแรงงานเพื่อนบ้าน จะต้องแจ้งมายังผู้ใหญ่บ้าน เพื่อให้ทราบจำนวน และพิกัดที่พักอาศัย ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ จากนั้นผู้ใหญ่บ้านรวบรวมข้อมูลมายังเทศบาล รวมถึงบันทึกการใช้บริการของ รพสต. ข้อมูลจากงานวิจัย สถิติแรงงานเพื่อนบ้านผู้รับการรักษาปี พ.ศ. 2559 - 2560 ได้แก่ 1) ระบบทางเดินหายใจ 8 ราย 2) ระบบทางเดินอาหาร 2 ราย 3) โรคผิวหนัง 2 ราย 4) อาการเวียนศีรษะ 1 ราย 5) อุบัติเหตุ 1 ราย 6) รับบริการยาคุมกำเนิด 1 ราย 7) ฉีดวัคซีน 1 ราย 8) ทำแผล 2 ราย และ 9) ตรวจสุขภาพเด็กนักเรียน 28 ราย ซึ่งข้อมูลการรับบริการนี้ ผู้ให้บริการมีอยู่แล้ว เพียงแค่ปกติไม่ได้รวบรวมมายังฐานข้อมูลของ อบท. เท่านั้น นอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วย หรือเกิดโรคติดต่อต้องอาศัยข้อมูลจากศูนย์เด็กเล็กประจำตำบล และโรงเรียนที่สังกัด อบท. ในการทำข้อมูลสถิติ และรายงานผลมายัง อบท. ปัจจุบันมีนักเรียนที่เป็นบุตรหลานของแรงงานเพื่อนบ้านในโรงเรียนสังกัด อบท. จำนวน 15 คน แบ่งเป็นเพศชาย 8 คนและหญิง 7 คน

2.3 การสร้าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแรงงานเพื่อนบ้าน เทศบาลตำบลออนใต้มีการบริหารจัดการ อสม. อย่างเป็นระบบ จัดให้มี อสม. หมู่บ้านละ 7 คน โดยแต่ละคนรับผิดชอบในแต่ละเรื่อง ได้แก่ 1) นมแม่ 2) มะเร็ง 3) สุขภาพจิต 4) หลอดเลือดสมอง 5) ไข้เลือดออก 6) วัณโรค และ 7) ผู้สูงอายุ อสม.เหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. แรงงานเพื่อนบ้าน ที่เรียกในพื้นที่ว่า อาสาสมัครแรงงานเพื่อนบ้าน (อสร.) เพื่อการบริหารงานที่สามารถควบคุม ป้องกัน และเข้าถึงแรงงานเพื่อนบ้าน ในการดูแล และสื่อสารกันที่สะดวกในการพูดคุย และสะดวกใจในการดูแลซึ่งกันและกันกว่า อสม. คนไทย อีกทั้งยังประหยัดงบประมาณในการดูแลเนื่องจากอาสาสมัครเหล่านี้เข้าร่วมด้วยความเต็มใจไม่ต้องจ่ายค่าจ้าง

3. คินถิ่น/เคลื่อนย้ายไปที่อื่น

3.1 มีประวัติการรับการรักษา แรงงานเพื่อนบ้านที่เคยรับการรักษา หรือเคยรับบริการในเขตเทศบาลตำบลออนใต้ จะมีประวัติการรับบริการซึ่งสามารถนัดตัวไปเมื่อมีการเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่อื่น ซึ่งก่อนจะเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ใดแรงงานจะต้องแจ้งพิกัดการเคลื่อนย้ายไปด้วย

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

3.2 **ได้รับความรู้** อย่างน้อยแรงงานกลุ่มนี้จะมีความรู้ด้านสุขอนามัยติดตัวไป ไม่ว่าจะเคลื่อนย้ายไปที่ใดก็ตาม เมื่ออยู่ในพื้นที่ที่มีการปฏิบัติตนอย่างถูกสุขลักษณะแล้วก็จะกลายเป็นนิสัยที่ติดไปใช้กับพื้นที่ปลายทางอื่น ๆ ได้

ข้อมูลจากงานวิจัย สรุปการบริหารจัดการแรงงานเพื่อนบ้านที่ท้องถิ่นสามารถทำได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ซึ่งดัดแปลงจากแนวคิดของ Zimmerman, Kiss and Hossain, (2011) เพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานในพื้นที่ เนื่องจากในพื้นที่วิจัย ไม่มีจุดพักสำหรับแรงงานข้ามชาติ หรือผู้อพยพ ในกรณีแรงงานข้ามชาติในจ. เชียงใหม่ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งที่ถูกกฎหมาย คือ ผ่านจุดผ่านแดนตามแนวตะเข็บชายแดน และที่แรงงานผิดกฎหมาย ที่ลัดเลาะตามแนวเขตชายแดนตามธรรมชาติ แล้วข้ามมายังพื้นที่ใช้แรงงานโดยไม่ผ่านจุดสกัดกั้น หรือหลบหนีเข้ามาและมีบางส่วนเคลื่อนย้ายมาจากจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศ ซึ่งในประเทศไทยมีจุดสกัดกั้นหรือพื้นที่พักพิงสำหรับผู้ลี้ภัยถาวรอยู่ 9 แห่งในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ตาก แม่ฮ่องสอน และ ราชบุรี (United Nations High Commissioner for Refugees, 2017) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงตั้งระยะสกัดกั้นออกเพื่อความเหมาะสมของการบริหารจัดการในพื้นที่ แต่หากอนาคตประเทศไทยมีจุดสกัดกั้นในการตรวจโรค และฉีดวัคซีนก่อนที่จะข้ามมายังประเทศไทย อาจเป็นผลดี เนื่องจากมีการสกัดแรงงานข้ามชาติตั้งแต่ต้นทาง ทำให้มีความปลอดภัยทั้งทางด้านความมั่นคง และสุขภาวะภายในประเทศมากขึ้น อีกส่วนที่ตัดออกในการทำวิจัย เนื่องจากกระยะระหว่างเดินทางเป็นระยะทางที่สั้น ยากต่อการตรวจสอบ ดังนั้น จึงเน้นไปยังส่วนที่อพท. สามารถบริหารจัดการได้ จากงานวิจัยสามารถสรุปแนวคิดการบริหารจัดการแรงงาน ข้ามชาติได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเข้ามาในพื้นที่ ระยะระหว่างพำนักรออาศัย และระยะคืนถิ่นหรือเคลื่อนย้ายไปพื้นที่อื่น ในระยะก่อนเข้ามาในพื้นที่ การบริหารจัดการของ อพท. ที่สามารถร่วมมือกับ รพสต. และสาธารณสุขจังหวัดเพื่อตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น กรอกประวัติ คัดกรองแรงงานที่คาดว่าจะเป็โรคติดต่อได้ จนถึงลงพักที่ที่อยู่อาศัยเพื่อให้ทราบที่อยู่ชัดเจน (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม ธนาภรณ์ วงศ์คำคุณและประชาสรรค์ แสนภักดี, 2560) ซึ่งในระยะระหว่างพำนักรออาศัย รพสต. มีข้อมูลสุขภาพของแรงงานเพื่อนบ้านอยู่แล้ว สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ มาใช้ในการรักษาได้ ซึ่งในกรณีนี้จะไม่แบ่งแยกว่าเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมาย หรือผิดกฎหมาย รวมถึงให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคบางชนิด สำหรับผู้ติดตามที่มีอายุในเกณฑ์ที่ยังต้องดูแล จากในพื้นที่มี อสม.คอยให้บริการแก่คนในชุมชนอยู่แล้ว และแนวคิดการสร้าง อสร. ขึ้นมา ทำให้การดูแลด้านสุขภาพมีความใกล้ชิด และได้รับความร่วมมือมากขึ้น รวมทั้งมีการอบรมให้ความรู้กับแรงงานเพื่อนบ้านในพื้นที่สม่ำเสมอ ทำให้มีความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน และสุดท้ายในระยะคืนถิ่น หรือเคลื่อนย้ายแรงงานไปที่อื่น ก่อนจะมีการเคลื่อนย้ายไปแหล่งใด แรงงานจะต้องแจ้งว่าจะย้ายไป ณ จุดใด ก่อนที่จะรับใบประวัติสุขภาพ ดังนั้นแรงงานเพื่อนบ้านเหล่านี้จะมีใบประวัติการรับการรักษาติดตัวไป เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการรักษา และทำให้ทราบถึงปลายทางของแรงงานดังกล่าว ซึ่งในอนาคตอาจมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อพท. ในด้านสุขภาพของแรงงานเพื่อนบ้านถึงกันได้ และที่สำคัญประการหนึ่งคือ แรงงานเพื่อนบ้านทุกคน อย่างน้อยจะมีความรู้ด้านสุขภาพติดตัวไป ไม่ว่าจะเคลื่อนย้ายไปยังท้องที่อื่น หรือกลับภูมิลำเนา เพื่อใช้ในการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ

อภิปรายผล

ประเทศไทยยังไม่มีแผนระยะยาวในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาประเทศ แต่ใช้วิธีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแบบปีต่อปี นโยบายแรงงานเพื่อนบ้านของไทย จึงมีลักษณะระยะสั้น ไม่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความเข้มงวดในระบบการป้องกัน ปรามปราม และส่งกลับ และที่สำคัญคือ เปิดช่องให้เกิดการคอร์รัปชันขนาดใหญ่ นอกจากจะขาดแผนระยะยาวแล้วประเทศไทยยังขาดการบูรณาการในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากแนวคิดการแบ่งอำนาจตามระบบราชการ ในการทำภารกิจเฉพาะของกระทรวงต่าง ๆ ภายในประเทศเพื่อให้แต่ละกระทรวงทำหน้าที่ตามที่ตนเองถนัด แต่จากแนวคิดนี้กลับทำให้เกิดผลทางลบในประเด็นการประสานข้อมูลกันระหว่างหน่วยงาน หลายครั้งที่การเชื่อมโยงข้อมูลไม่มีการประสานร่วมมือกัน ทำให้สิ้นเปลืองทั้งงบประมาณ และเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิริยา กุลกลการ (2557) แต่ละกระทรวงทำหน้าที่ของตัวเอง ทั้งกระทรวงมหาดไทย พยายามทำให้แรงงานเข้ามาจดทะเบียนให้มากที่สุด กระทรวงแรงงานมีวัตถุประสงค์ที่จะนำแรงงานโดยถูกกฎหมายผ่านกระบวนการขอใบอนุญาตทำงาน กระทรวงต่างประเทศต้องการทราบความเคลื่อนไหวล่าสุดของคนต่างชาติจึงกำหนดให้แรงงานข้ามชาติต้องมารายงานตัวที่สำนักตรวจคนเข้าเมืองทุก 90 วัน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้บริการทางการแพทย์เพื่อควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ ในขณะที่กระทรวงศึกษาธิการยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านการศึกษาแก่บุตรหลานของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งหากกระทรวงเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงการจัดการเข้าด้วยกันก็จะสามารถลดขั้นตอนและค่าใช้จ่ายลงได้ สอดคล้องกับ ลิ่ว ผาดโธสง (Padthaisong, 2013) ว่าปัญหาที่เกี่ยวกับการวางแผนทางด้านสุขภาพที่รัฐบาลไทยยังไม่สามารถจัดระบบได้ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการนำไปวางแผนรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพ และสามารถนำไปเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่าง ๆ ต่อไป หรือความจำเป็นในการแยกแยะที่ชัดเจน และเหมาะสม ระหว่างการให้บริการสุขภาพตามสิทธิมนุษยชน หรือสิทธิพลเมือง

การบริหารแรงงานข้ามชาติเป็นสิ่งที่นักวิชาการรวมถึงองค์กรต่าง ๆ พยายามกล่าวถึงในเรื่องของการกระจายอำนาจลงไปสู่ท้องถิ่น เพื่อการบริหารจัดการที่เหมาะสมในเขตพื้นที่ รวมถึงท้องถิ่นเองมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ง่าย และสามารถบริหารจัดการตั้งแต่การเคลื่อนย้ายเข้า-ออก พักที่ที่อยู่อาศัย รวมถึงจำนวนแรงงานที่อย่างน้อยสามารถประมาณการคร่าว ๆ ได้สำหรับแรงงานข้ามชาติแบบชั่วคราว และแบบตามฤดูกาลซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการในภาพรวมง่ายขึ้น เมื่อเกิดโรคระบาด หรือโรคติดต่อร้ายแรง จะสามารถหาจุดกำเนิด และควบคุมได้ทันเวลา อีกทั้งยังสามารถสืบหาประวัติกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้เช่นเดียวกับคนไทย

การกระจายอำนาจโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดให้มีการบริการสาธารณะ ตามมาตรา 16(5) ได้กล่าวถึงการ จัดสาธารณูปการ ซึ่งเป็นการบริการกิจการสาธารณะที่ประชาชนต้องใช้บริการ และประชาชนต้องเข้าไปรับบริการจากผู้ให้บริการ ดังนั้นในส่วนนี้หากจะให้มีการกระจายอำนาจด้านบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติจริง สามารถ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

กระทำได้ โดยดำเนินการตามแผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ที่ให้อำนาจอปท. ในการบริหารแรงงานข้ามชาติรวมถึงเรื่องการตรวจ และให้บริการด้านสุขภาพ แก่ผู้ที่มาอาศัยอยู่ในพื้นที่ของตน ซึ่งจะทำให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล และ รพสต. รวมถึงโรงเรียน และศูนย์เด็กเล็กในเขตพื้นที่ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ในการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ เป็นปัญหาของทุกพื้นที่ในโลก ณ ปัจจุบัน เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคง เชื้อชาติ ศาสนา สาธารณสุข ดังนั้นประเทศไทย หนึ่งในประเทศผู้รับแรงงานข้ามชาติจึงควรจะมีนโยบายในเชิงรุก มากกว่าตั้งรับหรือรอให้ปัญหาเกิดขึ้น แล้วค่อยมาหาทางแก้ไขทีละเรื่องซึ่งไม่จบสิ้นจากงานวิจัยหากมีการกระจายอำนาจให้ อปท. บริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ มีข้อควรพิจารณาอยู่ 3 เรื่องคือ

1) การกระจายอำนาจในการบริหารแรงงานข้ามชาติเป็นการใช้อำนาจซึ่งประกาศใช้ทั่วราชอาณาจักร แต่ในทางปฏิบัติอาจต้องพิจารณาเป็นพื้นที่ไปตามสภาพ และความเหมาะสม รวมทั้งสภาพการใช้แรงงานที่มีความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติไม่ได้มีทุกจังหวัด

2) การพิจารณาด้านบุคลากร งบประมาณ และอำนาจหน้าที่ที่อาจเกิดอุปสรรคในการบริหารจัดการได้ หาก อปท. ไม่พร้อม (Strassmayr, Matanov, Priebe et. al, 2012) หรือยังไม่เข้าใจบทบาทของตน ดังนั้นควรระบุอำนาจหน้าที่ และบทบาทของ อปท. ให้มีความชัดเจนว่าสามารถทำอะไรได้ หรือห้ามกระทำการสิ่งใดบ้าง

3) การให้อำนาจแก่ อปท. ในการดูแลแรงงานข้ามชาติอาจนำมาสู่การทุจริตคอร์รัปชันที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการขอใบอนุญาต ต่อใบอนุญาตทำงาน ดังนั้นต้องมีความรัดกุม เพื่อปิดช่องทางทุจริต

เอกสารอ้างอิง

- กิริยา กุลกลการ. (2557). *การบริหารจัดการแรงงานต่างชาตินในประเทศไทยและต่างประเทศ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- จินตนา ไชยวัฒน์ วราภรณ์ บุญเชียง และรังสิยา นารินทร์. (2559). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในชุมชนโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(3), 248-260.
- ธนาภรณ์ วงษ์คำคุณ และประชาสรรค์ แสนภักดี. (2560). การบริหารจัดการแรงงานต่างชาติดจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาในเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 10(3), 90 – 105.
- พงศธร พอกเพิ่มดี. (2554). การให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ: ความสำเร็จอีกขั้นของระบบหลักประกันสุขภาพไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(1), 85-98.

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ. (2559). *การตอบสนองของนโยบายและผลลัพธ์ของบัตรประกันสุขภาพประชากรต่างด้าวและผู้ติดตามในประเทศไทย*. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กลุ่มงานพัฒนาระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว. (2561). *สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560*. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2561, จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/94ec1760f83293298787bf9d0fd3496a.pdf.
- Calderon, J., Rijks, B., & Aguinias, R. D. (2012). *ASIAN LABOUR MIGRANTS AND HEALTH: EXPLORING POLICY ROUTES*. the IOM Regional Office for Asia and the Pacific and the Migration Policy Institute. IOM.
- Crozier, K., Chotiga, P., & Pfeil, M. (2013). *Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South East Asia*. *Midwifery*, 29(7), e57-e63.
- Gray, B.H., & Ginneken, E. van. (2012). Health care for undocumented migrants: European approaches. *Issue Brief (Common Fund)*, 33, 1-12.
- Hfocus. (2560). *ผอ.รพ.สมุทรสาครเผย ขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย ช่วยลดภาระ รพ.ได้*. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14584>.
- International Labor Organization. (2017). *Progress of the implementation of recommendations adopted at the 3rd – 8th ASEAN Forums on Migrant Labour: Background paper to the 9th AFML*. International Labor Organization. ILO Regional Office for Asia and the Pacific. Bangkok.
- Martin, P. (2007). *The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development*. Bangkok: International Labor Organization, Bangkok.
- Ministry of Public Health. Bureau of Policy and Strategy. (2012). *MoPH A Report of achievement of health implementation program under MoPH policies and strategies for fiscal year 2012*. Nonthaburi: MoPH.
- Padthaisong, C. L. (2013). Access to Healthcare for the Second Generation of the Burmese Immigrants in Thailand. *Special Issue on Interdisciplinary Research and Development in ASEAN Universities*, 2(1), 125-130.
- Priebe, S., Bogic, M., Ádány, R., et al. (2001). Good practice in emergency care: views from practitioners. In: Rechel B, Mladovsky P, Devill. W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, eds. *Migration and health in the European Union*. 1st ed. Berkshire, UK: *Open University Press, McGraw-Hill Education*; 2011:213-226.

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2561)

- Strassmayr, C., Matanov, A., Priebe, S., et al. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*, 12(1), 367.
- United Nations High Commissioner for Refugees, (2017). *พื้นที่ที่เราทำงานทั่วโลก*. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2561, จาก <https://www.unhcr.or.th/where/thailand>.
- World Health Organization. (1946). *Preamble to the Constitution of the WHO as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June 1946.
- World Health Organization. (2015). *Migration and Health service system in Thailand: Situation, Responses and Challenges in a Context of AEC in 2015*. Retrieved September 18, 2017, from <http://www.who.int/iris/handle/10665/204591>.
- Zimmerman, C., Kiss, L., and Hossain, M., (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy Making, *Public Library of Science (PLOS) Medicine*, 8(5), 1-7.

บุคลากรกรม

พิมพ์วิมล ธรรมบุรินทร์. *เจ้าพนักงานแรงงานฝ่ายคุ้มครองคนหางานและการทำงานของคนต่างด้าว*. สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงใหม่ (เก็บข้อมูล 2 สิงหาคม 2560). สัมภาษณ์.

Translated Thai References

- Chaiwan, J., Boonchien, W. and Narin, R. (2016). Development of migrant worker health community database system using geographic information system. *Journal of Public Health*. 46(3), 248-260. (In Thai)
- Hfocus (2017). *Director of the Samut Sakhon Hospital said the hospital will reduce the costs of healthcare treatments for foreign workers if they register*. Retrieved September 21 2017, from <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14584>. (In Thai)
- Kulkolkarn, K. (2014). *Study on immigrant policy and management in Singapore, Malaysia, Brunei, South Korea, Taiwan, United States, and its relevance to Thailand*. Bangkok: The Thailand Research Fund. (In Thai)
- Pokpermddee, P. (2011). Expanding health care coverage for people with citizenship problems (Stateless Minority): A step forward for health insurance in Thailand. *Journal of Health Systems Research*. 5(1), 85-98. (In Thai)
- Suphanchaima, R., et al. (2017). *Responses in implementation and outcome evaluation of Health Insurance Card for cross policy for cross-border migrants and their dependents' in Thailand*. International Health Policy Program Foundation. Nonthaburi. (In Thai)

Wongkamkoon, T. & Saenpakdee, P. (2017). The management of Foreign Workers from Myanmar, Laos and Cambodia in Banped Municipality, Mueang District, Khon Kaen Province. *Local Administration Journal*, 10(3), 90 – 105. (In Thai)

United Nations High Commissioner for Refugees, (2017). *UNHCR field office*. Retrieved April 9 2017, from <https://www.unhcr.or.th/where/thailand>. (In Thai)

Key Informants

Somboon, P. (2017). Officer of Department of Recruitment and Job Seekers Protection Act, the Working of Alien Act. Department of employment Chiang Mai. (In Thai)