

สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึง
บริการสาธารณสุขของรัฐ¹

ขวัญชีวัน บัวแดง²

บทคัดย่อ

แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าคาดว่าจะมีจำนวนประมาณ 2-3 ล้านคน แต่ในปี 2551 มีจำนวนผู้ที่จดทะเบียนแรงงานและทำประกันสุขภาพไม่ถึง 6 แสนคน แรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนจะขอใบอนุญาตทำงานและทำประกันสุขภาพไม่ได้ จึงมีความจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐเองก็ไม่สามารถส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และติดตามรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งความเจ็บป่วยของแรงงานและผลกระทบต่อสังคมรอบข้าง การทำให้แรงงานข้ามชาติทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่รัฐและภาคส่วนต่างๆ ควรให้การพิจารณาอย่างเร่งด่วน ไม่ควรผูกติดกับการที่แรงงานมีเลขทะเบียนหรือไม่ แต่ควรส่งเสริมการพัฒนารูปแบบของการประกันสุขภาพที่หลากหลายและเหมาะสม ที่แรงงานผู้ประกอบการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เพื่อเป็นหลักประกันของการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยโดยรวม

คำสำคัญ แรงงานข้ามชาติ การให้บริการสุขภาพของภาครัฐ ระบบประกันสุขภาพ

Abstract

Around 2 to 3 million transnational laborers, mostly from Myanmar, now work across every province in Thailand. By 2008 however, fewer than 600,000 laborers had been registered, or had health insurance, something which would allow them to use governmental health services at only a 30 baht fee for each visit. This article shows that more than 1 million laborers have no health coverage and thus have limited access to governmental health services. These people are likely to treat themselves when getting ill, visiting hospital only when their illness becomes serious. By then, it is often too late to treat the illness and to prevent the transmission of disease to others. To ensure transnational laborers' good health, health insurance for all laborers should be seriously considered, regardless of their registration status. This article suggests that appropriate health insurance schemes for all transnational laborers should be developed with the participation of laborers, employers, health practitioners and other concerned parties, in diverse forms and scales, and at various levels.

Keywords: Transnational laborers, governmental health services, health insurance schemes

บทนำ

วันที่ 9 เมษายน 2551 เกิดเหตุการณ์ที่น่าสลดใจเป็นข่าวไปทั่วโลกกรณีแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าเสียชีวิต 54 ศพ เนื่องจากการขาดอากาศหายใจ ขณะที่ซ่อนตัวอัดกันมาในรถบรรทุกห้องเย็นขนาด 6 เมตร x 2.2 เมตร รวมกับญาติพี่น้องและคนอื่นรวมทั้งหมด 121 คน ขณะเดินทางจากจังหวัดระนองไปยังจังหวัดภูเก็ต เมื่อแรงงานพบว่าเครื่องทำความเย็นไม่ทำงานก็มีความพยายามที่จะโทรศัพท์บอกคนขับรถให้จอดเนื่องจากเปิดประตูลงไปเองไม่ได้ แต่คนขับรถไม่จอดทันทีทำให้มีผู้เสียชีวิตไป 54 คน เป็นหญิง 37 คน โดยมีเด็กหญิงอายุ 8 ขวบหนึ่งคน ที่เหลือ 17 คนเป็นผู้ชายที่รวมทั้งเด็กชายหนึ่งคน จำนวนที่รอดมาได้ 67 คน แบ่งเป็นชาย 27 คน หญิง 23 คน และเด็ก 14 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี ประกอบด้วยเด็กหญิง 9 คน และเด็กชาย 5 คน บางคนมีพ่อแม่เสียชีวิตในรถ ทั้งหมดประกอบด้วยเชื้อชาติมอญและเชื้อชาติพม่า (Irrawaddy 24 April 08)³

เหตุการณ์ที่น่าสลดใจในเรื่องการเสียชีวิตของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าขณะเดินทางแบบลักลอบเข้ามาในประเทศไทยครั้งนี้ไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก แต่ในระยะสิบกว่าปีที่ผ่านมามีข่าวการเสียชีวิตอยู่ไม่ขาดตัวอย่างในระยะไม่นานมานี้ เช่น เดือนตุลาคม 2549 แรงงานพม่าเสียชีวิต 5 คนจากอุบัติเหตุรถชนกันที่สิงห์บุรี เดือนมิถุนายน 2550 แรงงานกะเหรี่ยง 10 คนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถชนกันที่จังหวัดตาก เดือนธันวาคม 2550 แรงงานพม่า 22 คนจมน้ำเสียชีวิตที่ระนอง เดือนมกราคม 2551 แรงงานพม่า 7 คนจมน้ำเสียชีวิตที่เขื่อนศรีนครินทร์ (สุภาวงศ์ จันทวานิช 2551) แต่ข่าวการเสียชีวิตของแรงงานถึง 54 คนครั้งนี้ มีความแตกต่างกับหลายครั้งที่ผ่านมา ในด้านของการให้ความสำคัญของสื่อ มีการเสนอข่าวอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องหลายวันทั้งโดยหนังสือพิมพ์ และสื่อมวลชนอื่นๆ รวมทั้งการเชิญเจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องมาแสดงความคิดเห็นในรายการโทรทัศน์เพื่อหาทางออกในเรื่องนี้ ความน่าอเนจอนาถและจำนวนที่มากของการเสียชีวิตครั้งนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ดึงดูดให้สื่อและสังคมให้ความสนใจมากกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา แต่เหตุผลที่สำคัญกว่า น่าจะเป็นเรื่องของการมาถึงจุดที่รัฐ ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาสังคม

เห็นว่าจะต้องทำอะไรในการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้น หลังจากปล่อยให้สถานการณ์ปัญหาทั้งในเรื่องของการค้ามนุษย์ เรื่องสิทธิและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวพันกับแรงงานข้ามชาติยืดเยื้อ ไม่ได้รับการแก้ไข แม้ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดกันในเวทีต่างๆ มาเป็นเวลาหลายปี

ปัญหาเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาตินั้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีหลายมิติที่ต้องพิจารณาทั้งเรื่องของการลักลอบเข้าเมือง สิทธิแรงงานและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจัดการและดูแลโดยหลายกระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในบทความชิ้นนี้ จะได้นั่นกล่าวเฉพาะเรื่องปัญหาสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และ สถานภาพการให้หลักประกันสุขภาพและการบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐและภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งปัญหาอุปสรรคที่เผชิญและการแก้ปัญหาย่อมเกี่ยวพันกับมิติที่ซับซ้อนของการเข้ามาและการดำรงอยู่ของแรงงานข้ามชาติในสังคมไทย

แรงงานข้ามชาติเป็นใคร

แรงงานจากประเทศพม่า ลาวและกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ถูกเรียกอย่างเป็นทางการว่า “แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ” ดังนั้นในนโยบายและชื่อของโครงการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง จะมีคำว่า “แรงงานต่างด้าว” อยู่ด้วย เช่น สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงแรงงาน ที่ทำหน้าที่ดูแลกิจการต่างๆ ที่เกี่ยวกับแรงงานกลุ่มนี้ การใช้คำว่าแรงงานต่างด้าว จึงเป็นที่รับรู้ว่ายหมายถึงแรงงานที่ใช้ร่างกายเป็นหลัก อยู่ในสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ค่อนข้างต่ำ และมีสถานภาพของการเข้าเมืองที่ผิดกฎหมาย อีกทั้งมีการสร้างภาพของความไม่น่าไว้วางใจ โดยเชื่อมโยงความเป็นปฏิปักษ์ต่อกันระหว่างพม่ากับไทยตั้งแต่สมัยที่ยังไม่มีคำว่า “ประเทศไทย”

ในบทความนี้ ผู้เขียนใช้คำว่า “แรงงานข้ามชาติ” แทน “แรงงานต่างด้าว” เพื่อแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ของการเคลื่อนไหวข้ามชาติของแรงงานซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นเรื่องปกติ พบเห็นได้ทั่วไปในสังคมปัจจุบัน ที่ข้อมูลข่าวสารและการเดินทางของสินค้าและผู้คนข้ามพรมแดนของรัฐชาติเป็นไปได้อย่างสะดวก เนื่องด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้นและการผ่อนปรนนโยบาย

และมาตรการการข้ามแดน ในขณะที่แรงงานไทยเดินทางไปเป็นแรงงานอุตสาหกรรมและก่อสร้างในประเทศแถบตะวันออกกลาง และประเทศที่เศรษฐกิจดีกว่าในเอเชียเช่น ไต้หวัน สิงคโปร์ บรูไน⁴ แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา ก็นั่งรถไฟเข้ามาทำงานในประเทศไทย การใช้คำว่า“แรงงานข้ามชาติ” ยังเพื่อลดนัยด้านลบที่ติดอยู่กับคำว่า “แรงงานต่างด้าว” อีกด้วย

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากภาคเกษตรกรรมในประเทศพม่าที่หลังไหลเข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นจำนวนมากอย่างเห็นได้ชัดในระยะสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ความเหลื่อมล้ำของระดับการพัฒนาเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทยกับประเทศพม่า การพัฒนาเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ที่มีการขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรม การค้าและการบริการที่ขยายตัวอย่างมากในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ทศวรรษที่ 2530 เป็นต้นมา ทำให้มีความต้องการแรงงานที่มีทักษะและแรงงานที่ใช้แรงกายเป็นหลักจำนวนมาก ในขณะที่แรงงานในไทยยกระดับเข้าสู่แรงงานที่มีทักษะ อันเป็นผลจากการที่รัฐไทยขยายการให้บริการการศึกษาและมุ่งพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรมมาหลายทศวรรษก่อนหน้านี้ ทำให้เกิดความขาดแคลนแรงงานไร้ทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงงานที่ทำงานในภาคส่วนงานที่หนัก อันตรายหรือเสี่ยงภัย⁵ เช่น งานด้านอุตสาหกรรมการประมง งานก่อสร้าง และงานภาคการเกษตร เป็นต้น

การที่แรงงานพม่าอพยพเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมากกว่าแรงงานจากประเทศอื่น นอกจากการที่ประเทศพม่ามีประชากรมากกว่าประเทศเพื่อนบ้านอื่นแล้ว ยังมีปัจจัยเสริมที่สำคัญอีกสี่ประการ ประการแรก การหลบหนีข้ามแดนสามารถทำได้ไม่ยากนัก เนื่องจากประเทศไทยและประเทศพม่ามีเขตแดนติดต่อกันยาวถึง 2,532 กิโลเมตร⁶ โดยมีแม่น้ำ ทะเลและสันเขาเป็นเส้นกั้นเขตแดนตามธรรมชาติที่ไม่เป็นอุปสรรคมากนักต่อการเดินทางข้ามแดน แม้ว่าทั้งทางฝั่งประเทศพม่าและประเทศไทยจะมีการตั้งด่านตรวจเช็ค แต่ก็ไม่สามารถควบคุมพื้นที่ที่เป็นบริเวณกว้างได้

ประการที่สองการที่พื้นที่ที่ติดต่อชายแดนไทยในบริเวณประเทศพม่า นั้น เป็นพื้นที่ของรัฐชาติพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ ไทใหญ่ กะเหรณี กะเหรี่ยง และมอญ ซึ่งมีประวัติการตั้งกองกำลังและรัฐบาลของตนเองเพื่อสู้รบกับรัฐบาลพม่ามาว่า ครึ่งศตวรรษ การที่รัฐบาลพม่าเริ่มมีชัยชนะเหนือกองกำลังของกลุ่มชาติพันธุ์จนสามารถยึดพื้นที่ที่เคยเป็นฐานที่มั่นใหญ่ได้ตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 2520 เป็นต้นมา รวมทั้งการที่รัฐบาลพม่าใช้นโยบายอพยพโยกย้ายผู้คนออกจากพื้นที่เดิม เพื่อเป็นการตัดกำลังสนับสนุน และนโยบายปราบปรามและกดขี่ชุดที่ต่างกัน ทำให้ชาวบ้านที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้ต้องหนีภัยข้ามแดน ส่วนหนึ่งถูกจัดให้อยู่ในค่ายอพยพหรือในภาษาราชการเรียกว่า “พื้นที่พักพิงผู้ประสบภัย” ซึ่งมีจำนวนกว่าหนึ่งแสนคน ส่วนหนึ่งเลือกไม่อยู่ในค่ายอพยพหรือไม่มีการจัดค่ายอพยพให้อยู่ (ในกรณีของคนไทใหญ่ที่เข้ามาทางภาคเหนือ) แต่เข้ามาอยู่อาศัยในหมู่บ้านฝั่งไทย ในช่วงแรกๆ ที่ทางการไทยไม่เข้มงวดนักต่อการตรวจเช็คผู้เดินทางไปมาว่ามีสัญชาติไทยหรือไม่ คนในค่ายอพยพจำนวนมากก็ได้ออกจากค่ายไปทำงานในเขตจังหวัดอื่นๆ ด้วย

ปัจจัยที่สาม ที่ส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้อย่างต่อเนื่องได้แก่การดำรงอยู่ของขบวนการจัดส่งและนำพาแรงงานที่มีกระบวนการที่หลบเลี่ยงการตรวจสอบ⁷ กระบวนการขนส่งแรงงานในรถบรรทุกห้องเย็นที่กล่าวถึงในตอนต้นสะท้อนให้เห็นว่ามีการจัดการนำส่งแรงงานโดยมีหลายฝ่ายได้ประโยชน์ ปัจจัยสุดท้ายคือการติดต่อสื่อสารโดยเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่สะดวก ทำให้การติดต่อสอบถามเรื่องงาน การนัดหมายการเดินทาง ฯลฯ ทำได้อย่างสะดวก รวมถึงการที่คนในประเทศเพื่อนบ้านสามารถติดตามข่าวคราวความเคลื่อนไหวทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในประเทศไทยได้อย่างใกล้ชิดผ่านวิทยุและโทรทัศน์ ภาพลักษณ์ของสังคมที่ทันสมัย ผู้คนมีรายได้ ความสะดวกสบายมีส่วนไม่น้อยที่ทำให้เยาวชนจากประเทศเพื่อนบ้านอยากจะเข้ามาแสวงโชคและได้ประสบการณ์ใหม่ๆ

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่เริ่มเข้ามาตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 2520 จึงมีจำนวนมากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยทางรัฐบาลได้มีนโยบาย “ผ่อนผัน” ให้บุคคลที่มีสถานะเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายสามารถทำงานได้ในลักษณะชั่วคราว

โดยมีมติคณะรัฐมนตรีขยายเวลาการผ่อนผันเป็นรายปี มาถึงปี 2547 มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญคือคณะรัฐมนตรีกำหนดให้มีขั้นตอนการจดทะเบียนแรงงาน 3 ขั้นตอนคือ หนึ่ง ให้แรงงานจดทะเบียนรับรหัสเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งปรากฏในแบบรับรองทะเบียนประวัติเรียกว่า “พร. 38/1” ขั้นตอนที่สอง ให้แรงงานที่มีทะเบียน ไปตรวจร่างกายและทำประกันสุขภาพ และขั้นตอนสุดท้ายคือ ผู้ที่ผ่านการตรวจร่างกายไปยื่นขอใบอนุญาตทำงาน ผลจากการใช้นโยบายนี้ในปี 2547 พบว่ามีแรงงานจำนวนถึง 1,284,920 คนที่เข้ามารายงานตัวและจดทะเบียนรับหมายเลขประจำตัว แต่ปรากฏว่าผู้ที่ผ่านการตรวจร่างกายและขอใบอนุญาตทำงานตามข้อมูลปี 2548 มีเพียง 847,630 คน แบ่งเป็นแรงงานจากประเทศพม่า 632,454 คน จากประเทศลาว 105,134 คน และจากประเทศกัมพูชา 110,042 คน (กฤตยา อาชวนิชกุล 2548: 132) โดยเมื่อแยกตามอาชีพแล้วพบว่าส่วนใหญ่ทำงานในภาคเกษตรและกิจการปศุสัตว์ รองลงมาคือคนรับใช้ในบ้านและงานก่อสร้าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและการกระจายร้อยละของแรงงานข้ามชาติจำแนกตามกิจการที่จ้าง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2548)

ประเภทกิจการ	จำนวนแรงงาน	ร้อยละ
1) เกษตรและกิจการปศุสัตว์	182,791	21.5
2) คนรับใช้ในบ้าน	126,343	14.9
3) ก่อสร้าง	124,614	14.7
4) ต่อเนื่องประมง	74,500	8.7
5) ประมงทะเลและน้ำจืด	60,655	7.1
6) โรงสีข้าว, โรงอิฐ, โรงน้ำแข็ง	16,702	1.9
7) ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	4,312	0.5
8)เหมืองแร่/เหมืองหิน	1,568	0.1
9) กิจการอื่นๆ	256,145	30.2
รวม	847,630	100.0

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการจัดระบบการทำงานของคนต่างด้าว ฯ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (กฤตยา อาชวนิชกุล 2548, น. 137)

แรงงานข้ามชาติกับคุณูปการด้านเศรษฐกิจ

แม้จะมีการตรวจจับแรงงานที่ไม่มีทะเบียนและส่งกลับประเทศต้นทางอยู่เป็นประจำ แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าก็ยังลักลอบเข้ามาเป็นจำนวนมากขึ้นทุกปี เนื่องจากมีงานรองรับและตัวแรงงานเองก็พยายามแสวงหาหนทางที่ดีกว่า จำนวนแรงงานที่ไม่มีทะเบียนมีเท่าไรไม่มีการสำรวจอย่างจริงจัง เนื่องจากแรงงานพยายามหลบซ่อนตัว แต่จากการคาดการณ์ของผู้รู้หลายคน คาดว่าปัจจุบัน (2551) มีจำนวนทั้งหมดประมาณ 2-3 ล้านคน⁸ ซึ่งมากกว่าจำนวนที่มารายงานตัวในปี 47 กว่าเท่าตัว แต่จำนวนที่ต่ออายุใบอนุญาตทำงานซึ่งหมายถึงจำนวนที่มีหลักประกันสุขภาพกลับลดน้อยลงทุกปี ข้อมูล ณ

เดือนมีนาคม 2551 มีผู้ที่ได้รับอนุญาตทำงาน 532,996 คน⁹ ซึ่งน้อยลงจากปี 2548 ถึง 300,000 กว่าคน โดยสาเหตุสำคัญคือ เรื่องของความยุ่งยากของขั้นตอนการจดทะเบียน และการไม่ต้องการเสียค่าจดทะเบียน และสำหรับผู้เข้ามาใหม่หลังปี 47 ที่ไม่มีเลขทะเบียนหรือ ทร. 38/1 นั้น อย่างไรก็ตามเสียก็ไม่สามารถขอจดทะเบียนได้ซึ่งหมายความว่าไม่สามารถทำบัตรประกันสุขภาพได้

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในประเทศไทยถึง 2-3 ล้านคนนั้นสร้างคุณูปการทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศไทยเป็นอย่างมาก ในรายงานฉบับภาษาอังกฤษเรื่อง “คุณูปการของแรงงานอพยพในประเทศไทย: เพื่อการพัฒนา นโยบาย” ที่เขียนโดยศาสตราจารย์ฟิลิป มาร์ติน เมื่อปี 2550 นั้น มีผลสรุปว่าจำนวนแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยจำนวน 1,773,349 คนในปี 2550 นั้นถือเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนแรงงานในประเทศไทย แรงงานจำนวนประมาณ 1.8 ล้านคนนี้คาดว่าจะทำงานได้รายได้ 2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อคนต่อปี 1,125 ดอลลาร์) ถ้าแรงงานข้ามชาติทำงานได้เต็มที่เท่ากับแรงงานไทย จะเพิ่มพูนผลผลิตเป็นมูลค่าถึง 11 พันล้านดอลลาร์สหรัฐหรือร้อยละ 6.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product) แต่ถ้าหากคิดจากพื้นฐานที่ว่าแรงงานเหล่านี้ทำงานไม่เต็มที่เท่าแรงงานไทยแล้ว ตัวเลขของการที่แรงงานช่วยเพิ่มพูนผลผลิตก็ยังเป็นมูลค่าถึง 8 พันล้านดอลลาร์สหรัฐหรือร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมฯ นอกจากนี้การที่แรงงานจำนวนมากไม่ได้จดทะเบียนแสดงให้เห็นว่าแรงงานจ่ายภาษี (ทางอ้อม) มากกว่าการได้ใช้บริการของรัฐที่จ่ายโดยภาษีที่เก็บได้ สำหรับแรงงานที่จดทะเบียน มูลค่าการจดทะเบียนสูงถึง 500 ล้านบาทในปี 2549¹⁰ อนึ่งเฉพาะแรงงานข้ามชาติที่ทำงานรับใช้ในบ้าน บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด ก็คาดว่า จำนวนที่ทำงานประเภทนี้มีอยู่ 150,000 คนในปี 2550 นั้น สร้างเม็ดเงินประมาณ 9,000 ล้านบาท (ประชาไท 21 เมษายน 2550)¹¹

ในทางเศรษฐกิจปัญหาที่พูดกันทั่วไปก็คือแรงงานข้ามชาติเข้ามาแย่งงานแรงงานไทยและทำให้ค่าแรงถูกลง ซึ่งเป็นประเด็นที่ไม่อาจยืนยันได้ด้วยหลักฐานที่ชัดเจน ผลการสำรวจความต้องการจ้างแรงงานอพยพต่างชาติในประเทศไทยในช่วงปี 2546-2548 ที่ดำเนินการโดยสถาบันเอเชียศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าตลาดแรงงานระดับล่างซึ่งอยู่ในข่ายจ้างแรงงานข้ามชาติอยู่ในภาวะตึงตัวจนถึงขาดแคลน (อดิศร เกิดมงคล 2550) ดร.กิริยา กุลกลการ ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์นั้นพบว่า การเข้ามาของแรงงานข้ามชาติไม่มีผลต่อการลดค่าจ้าง เพราะตามทฤษฎีแล้วถ้าแรงงานที่เข้ามามีทักษะเหมือนแรงงานไทย แรงงานก็จะมีมากขึ้นอุปทานมากขึ้น ค่าจ้างต่ำลง แต่ถ้าแรงงานไม่เหมือนกัน ค่าจ้างน่าจะสูงขึ้น อีกทั้ง เมื่อดูจากประสบการณ์ประเทศอเมริกาซึ่งมีสัดส่วนของแรงงานต่างชาติสูงมาก ไม่พบปัญหาว่าแรงงานข้ามชาติทำให้ค่าจ้างลดลง¹²

ในขณะที่คุณูปการด้านเศรษฐกิจที่แรงงานข้ามชาติมีต่อประเทศไทย ทำให้คนไทยที่ใช้แรงงานมีความมั่งคั่งขึ้นหรือสะดวกสบายมากขึ้นไม่ได้รับการกล่าวถึงมากนัก ภาพลักษณ์ของแรงงานข้ามชาติในด้านลบกลับมีการกล่าวถึงและตอกย้ำมากโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐและสื่อ โดยการสร้างวาทกรรม “การเป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ” ที่ปลูกฝังความรู้สึกที่หวาดระแวงแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศพม่า มีการอ้างอิงถึงประวัติศาสตร์ที่พม่าเคยเข้ามายึดกรุงศรีอยุธยาเมื่อสองร้อยกว่าปีที่ผ่านมา โดยไม่ได้อยู่บนพื้นฐานความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าแรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วเป็นแรงงานชนกลุ่มน้อยของพม่าที่เป็นปฏิปักษ์และเกลียดชังรัฐบาลทหารพม่า ต้องหลบหนีเข้ามาทั้งเพื่อหนีภัยการสู้รบและเพื่อแสวงหาหนทางที่จะทำให้อยู่รอดและมีชีวิตดีขึ้น การอยู่กระจัดกระจาย ทำงานหนักต่อเนื่อง หลายชั่วโมงในแต่ละวัน ได้ค่าแรงรายวันต่ำ ไม่มีสวัสดิการ ทำให้การปลื้มตัวไปพบปะและรวมตัวกันเป็นไปได้ยากและเสี่ยงต่อการถูกจับกุม

แรงงานข้ามชาติกับปัญหาสุขภาพ

การอยู่ในภาคส่วนการทำงานใช้แรงงานระดับล่างสุดทำให้แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าโดยรวมแล้วมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากกว่าคนในภาคส่วนอื่นๆ ที่เห็นได้ชัดคือการเป็นโรคติดต่อที่มีน้อยลงหรือไม่มีแล้วในประเทศไทย จากการตรวจสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเพื่อทำบัตรประกันสุขภาพในปี 2547-2550 พบโรคต้องห้ามไม่ให้ทำงานและโรคที่ต้องติดตามรักษาบางโรคดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนแรงงานที่ตรวจพบโรคที่ต้องติดตามรักษาและโรคต้องห้ามมิให้ทำงานปี 2547-2550

การจำแนกโรค	ปี			
	2547	2548	2549	2550
ผู้มาตรวจสุขภาพทั้งหมด	884,917	610,399	537,164	183,010
โรคต้องห้ามมิให้ทำงาน				
วัณโรคระยะติดต่อ	277	57	45	9
โรคเรื้อนระยะปรากฏอาการ	3	1	3	0
โรคเท้าช้างระยะปรากฏอาการ 3	3	1	2	0
โรคซิฟิลิสระยะที่ 3	44	5	4	1
โรคที่ต้องติดตามรักษา				
วัณโรค	6,177	4,118	3,314	880
เท้าช้าง	296	57	71	3
เรื้อน	3	4	4	0
ซิฟิลิส	3,828	2,057	1,757	414
มาลาเรีย	266	64	38	3

ที่มา: กลุ่มเทคนิคบริการและบริการเฉพาะ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

การที่มีปัญหาสุขภาพก่อนข้างรุนแรงเป็นผลจากการขาดความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคหรืออันตรายในสภาพแวดล้อมใหม่ที่แรงงานไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ปัญหาการต้องหลบซ่อนเนื่องจากไม่มีบัตรอนุญาตทำงานทำให้ไม่กล้าเดินทางไปใช้บริการการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกล เนื่องจากกลัวถูกจับกุม และปัญหาข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จำเป็นและไม่กล้าที่จะไปใช้บริการ จากการสำรวจแรงงานจำนวน 1,260 คนในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนของผู้เขียนเองในโครงการ “สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาแรงงานจากประเทศพม่าในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน”¹³ ในเรื่องของกรเจ็บป่วยและการไปรับบริการทางสาธารณสุขพบว่า ในรอบปี 2550 แรงงานระบุว่าป่วย 633 คน โดยมีอาการป่วยที่แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทได้แก่

1. ปัญหาความเจ็บป่วยจากการทำงาน

แรงงานส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่เชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนทำงานในภาคการเกษตร ก่อสร้างและงานรับใช้ในบ้าน โดยในจังหวัดเชียงใหม่ปี 2549 พบว่า ในจำนวนแรงงานที่ได้ใบอนุญาตทำงาน 47,386 คน ส่วนใหญ่ทำงานก่อสร้าง (34.55%) รองลงมารับจ้างในภาคเกษตร (30.59%) เป็นงานกรรมกรทั่วไป (20.62%) และทำงานบ้าน (10.96%) ส่วนแรงงานที่จดทะเบียนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีเพียง 1,897 คนในปี 2548 ส่วนใหญ่ทำงานภาคบริการเช่นในร้านอาหาร

ในงานก่อสร้างเนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวและการพัฒนาเศรษฐกิจอื่นๆ ในภูมิภาค ประกอบกับการที่รัฐทุ่มเทงบประมาณมาสร้างโครงการขนาดใหญ่ (เมกะโปรเจ็ค) ทำให้ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีงานก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน โรงแรม และตึกสูงอื่นๆ อีกจำนวนมาก ในส่วนของงานด้านการเกษตร เชียงใหม่มีส่วนล้มและสวนผลไม้เชิงเดี่ยวขนาดใหญ่ แปลงปลูกผักและดอกไม้เมืองหนาว เป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าใช้สารเคมีในการกำจัดแมลงหรือฆ่าหญ้าในปริมาณที่สูง¹⁴ ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานเกิดจาก

(1) อุบัติเหตุในขณะที่ทำงาน ดังกรณีของนายแก้ว อายุ 23 ปี ที่เข้ามาอยู่ในเมืองไทย 6 ปีแล้ว ทำงานรับจ้างทั่วไปในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปลายปี 2549 ได้รับจ้างร้อยสายไฟฟ้าในอาคารแห่งหนึ่งที่กำลังจะถูกรื้อถอน ขณะที่ถอนสายไฟอยู่บนชั้นสองของอาคาร ได้ก้าวพลาดและพลัดตกลงมาจากชั้นสอง ทำให้ขาหัก แรงงานคนอื่นๆ พบการตกจากนั่งร้าน ตะปูกระเด็นใส่ตา การได้รับอุบัติเหตุหน้าคาบาคตา เมื่อไปรับจ้างตัดหญ้าคา ซึ่งต่อมาทำให้ตาอีกเสบมองไม่ค่อยเห็น น้ำตาไหลตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่างกายอ่อนแอ

จำนวนแรงงานที่เกิดอุบัติเหตุในการทำงานมีเท่าไร ไม่มีการสำรวจแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียน หรือไม่ป่วยมาก อาจจะได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ได้แจ้งความเรียกร้องค่าเสียหายแต่อย่างใด แต่ในระยะหลังเริ่มมีกรณีการฟ้องร้องและทำให้เรื่องราวของแรงงานข้ามชาติเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงเป็นที่รับรู้กันมากขึ้น เช่น กรณี “นางหนูม” ที่ถูกแบบเทปูนตกลงมาจากที่สูงทับกระดูกสันหลังแตก ขณะทำงานก่อสร้างโรงแรมขนาดใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2550 ทำให้เป็นอัมพาตไม่สามารถเดินและทำงานได้ กรณีนี้แรงงานมีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งควรจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน แต่ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมซึ่งดูแลกองทุนเงินทดแทนอ้างว่าแรงงานไม่มีหนังสือเดินทางหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว ทำให้ไม่สามารถจ่ายเงินทดแทนจากกองทุนได้ แต่มีคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่แรงงาน ซึ่งทำให้แรงงานมีความยากลำบากในการติดตามเอาจากนายจ้าง¹³

(2) ผลกระทบของการใช้สารเคมี การปลูกพืชเชิงเดี่ยวเพื่อการค้าในแปลงพืชหรือสวนผลไม้ มีการใช้สารเคมีในทุกขั้นตอนของการปลูก อาจต่างกันในเรื่องของปริมาณการใช้ และวิธีการใช้ตามแต่ขนาดและลักษณะของกิจการ เช่น ในสวนส้มขนาดใหญ่ การพ่นสารเคมีต่างๆ อาจใช้รถบรรทุกสารเคมีที่ผสมแล้ว พร้อมคนงานบนรถ ทำการฉีดพ่น ในขณะที่แปลงเกษตรขนาดเล็ก ใช้คนแบกถังบรรจุสารเคมีทำการฉีดพ่น บางกิจการจัดหาเครื่องป้องกันให้แรงงานสำหรับสวมใส่เวลาฉีดพ่นสารเคมี บางกิจการไม่ได้จัดหา แรงงานเองก็มีวิธีการป้องกันผลกระทบจากการใช้สารเคมีที่ต่างกัน อันเป็นผลจากความแตกต่างกันทางด้านความรู้ ความตระหนัก และความสามารถในการจัดหาเครื่องป้องกัน

อย่างไรก็ดี แม้จะมีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้นโดยหน่วยงานต่างๆ ผลกระทบจากการใช้สารเคมีต่อสุขภาพของแรงงานก็ยังไม่ปรากฏ เป็นอาการป่วยต่างๆ เช่น เป็นผื่นตามผิวหนัง ปวดหัว เป็นไข้ ฯลฯ

ในกรณีสวนส้มหรือแปลงเกษตรขนาดเล็ก มักจะมีการจ้างแรงงานเป็นครอบครัวและเด็กจะต้องช่วยงานทุกอย่างรวมทั้งงานฉีดพ่นสารเคมี ดังกรณีศึกษานายชาย ปัจจุบันอายุ 18 ปี เข้ามาประเทศไทยได้ 6 ปีแล้ว ทั้งครอบครัวคือ พ่อ แม่ น้องชาย (13 ปี) น้องสาว (11 ปี) ถูกจ้างให้ดูแลสวนส้มขนาดเล็กขนาดประมาณ 25 ไร่ในพื้นที่อำเภอฝาง โดยนางจ้างทำที่พักอาศัยภายในสวนให้ แต่ครอบครัวต้องจ่ายค่าน้ำ ไฟ และอาหารเอง เมื่อเริ่มเข้ามาทำงานในสวนส้มขณะที่อายุได้ 12 ปี นั้น นายชายได้ค่าแรงเริ่มต้นวันละ 60 บาท ทำทุกอย่างเหมือนผู้ใหญ่ เริ่มงานตั้งแต่ 8.00 น. หยุดพัก 17.00 น. หยุดเฉพาะวันที่ 1 ของแต่ละเดือน สำหรับพ่อได้ค่าแรงประมาณวันละ 150 บาทมากกว่าค่าแรงของแม่ สำหรับน้องชายและน้องสาวซึ่งขณะนั้นอายุ 8 และ 5 ขวบ ช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น เก็บส้มหรือดายหญ้า เป็นต้น ปัจจุบันนายชายได้ค่าแรงเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 100 บาท น้องชายเมื่ออายุได้ 12 ปี ก็เริ่มทำงานทุกอย่างเหมือนผู้ใหญ่รวมทั้งการพ่นสารเคมี เก็บส้ม ถางหญ้า ส่วนน้องสาวปัจจุบันช่วยงานถางหญ้าในสวน แต่ไม่มีค่าแรง ทั้งสามคนพี่น้องไม่ได้เรียนหนังสือ ในการฉีดพ่นสารเคมี นายจ้างไม่มีอุปกรณ์ให้ นายชายและครอบครัวหาวิธีป้องกันตนเองโดยการใส่เสื้อแขนยาว ผ่าคลุมหน้า และหมวก เป็นต้น ครอบครัวนี้ยังไม่มีอาการป่วยหนัก มีอาการผิวหนังเป็นผื่นเมื่อสัมผัสสารเคมี มีไข้ และปวดเมื่อยบางครั้ง ซึ่งพยายามรักษาด้วยตนเอง

(3) การใช้บางส่วนของร่างกายหนักเกินไปและไม่ถูกวิธีในการสำรวจพบ ว่า อาการป่วยที่แรงงานเป็นมากอันดับที่ 2 คือ อาการปวดเมื่อย ในกรณีศึกษานายวัน อายุ 61 ปี อาศัยอยู่ในบริเวณอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เช้าที่เดินทางไปทำการเกษตร และรับจ้างทำงานก่อสร้างไปด้วย มีอาการปวดเอว ปวดแขน และเจ็บตาจากการทำงานเชื่อมเหล็กอย่างต่อเนื่อง แม่นายวันจะบอกว่าใช้หน้ากากป้องกันแล้วก็ตาม เมื่อมีอาการเจ็บตา ตาแดง ก็ใช้วิธีหยุดงานเชื่อมเหล็กประมาณ 5-6 วัน อาการก็จะดีขึ้น

2. ปัญหาโรคติดต่อสำคัญ

ตามที่ปรากฏในตารางที่ 2 ข้างต้น ผลการตรวจสุขภาพแรงงานระดับประเทศ พบว่าแรงงานเป็นโรคติดต่อและจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในระยะติดต่อหรือปรากฏอาการเช่น วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน ในการสำรวจของผู้เขียนจากแรงงานที่บอกว่าป่วยในปี 2550 จำนวน 633 คน ระบุว่า เป็นวัณโรค 4 คน โรคหืดหอบหรือโรคปอด (ซึ่งไม่แน่ใจว่ามีเชื้อวัณโรคด้วยหรือไม่) 27 คน และมาเลเรีย 4 คน ผู้ป่วยโรคติดต่อเหล่านี้บางคนติดเชื้อก่อนที่จะเข้ามาในประเทศไทย แต่ไม่ได้รับการดูแลรักษาเพราะการขาดแคลนทั้งปริมาณและคุณภาพของสถานบริการด้านสาธารณสุขในประเทศพม่า¹⁶ เมื่อแรงงานเข้ามาในประเทศไทย พบสภาพแวดล้อมของการทำงานและที่อยู่อาศัยที่มีปัญหาด้านสุขาภิบาล ได้แก่ การใช้ส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การขาดแคลนน้ำสะอาด การกำจัดขยะที่ไม่ถูกต้อง และการอยู่อย่างแออัด มีผลทำให้การแพร่กระจายของเชื้อโรคเป็นไปอย่างง่ายดายและรวดเร็ว การที่แรงงานเข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุข ทำให้การวินิจฉัยและควบคุมโรคทำได้ยากหรือทำได้ช้าก็อาจจะส่งผลต่อการแพร่กระจายของโรค เมื่อแรงงานเดินทางกลับไปเยี่ยมบ้านในเขตประเทศพม่า ทำให้เชื้อโรคมีโอกาสรักษาแพร่กระจายให้กับผู้คนที่อยู่ในประเทศพม่าอีกด้วย

สำหรับแรงงานข้ามชาติหญิงที่ทำงานด้านบริการทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานและไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทำให้อยู่ในภาวะที่ต้องหลบซ่อน และด้วยความจำเป็นต้องหาเงินให้ได้จำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิเสธการให้บริการลูกค้าที่ไม่ใช่งานอย่างอนามัยได้ หรือไม่สามารถเจรจาต่อรองในการใช้แรงงานอย่างอนามัยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงบริการบางคนมีความเชื่อว่าตนเองจะไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือลูกค้าประจำ ดังนั้นจึงไม่ใช่งานอย่างอนามัยกับแฟนหรือคู่นอนประจำ นามิสี จะตะเตะ เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้แรงงานชาติพันธุ์กล่าว ในการสัมภาษณ์เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2551¹⁷ ว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี มีปัญหาเรื่องการไม่กล้าเปิดเผย การไม่ได้รับคำปรึกษาเพราะปัญหาการสื่อสาร การไม่ได้รับยาต้านไวรัส การไม่มีเงินไปตรวจเลือด และแรงงานที่ทำอาชีพประมงไม่ได้ใช้แรงงานอย่างอนามัย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี

3. ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอนามัยแม่และเด็ก การขาด

โอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตลอดจนขาดความรู้ที่ถูกต้องและมีปัญหาด้านการสื่อสาร ทำให้มีการตายของเด็กทารก และมารดาหลังคลอด ขาดการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีบุตรโดยยังไม่ต้องการ ประกอบกับความเป็นไปได้ของการถูกเลิกจ้างงานถ้าพบว่าตั้งครรภ์¹⁸ ทำให้แรงงานหญิงจำนวนหนึ่งต้องไปทำแท้งกับหมอเถื่อน ซึ่งทำให้ล้มป่วยและกระทั่งเสียชีวิต ดังตัวเลขที่เปิดเผยโดยผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในที่ประชุมสัมมนาที่กล่าวไปแล้ว พบว่ามีแรงงานหญิงเสียชีวิตเพราะการทำแท้งปีละ 200 คน

4. ปัญหาการเจ็บป่วยอื่นๆ

ปัญหาการเจ็บป่วยทางร่างกายอื่นๆ ที่พบจากการสำรวจแรงงานการเจ็บป่วยในปี 2550 พบว่า แรงงานส่วนใหญ่ บอกว่าเป็นไข้ (318 คน) ปวดหัว (80 คน) เป็นโรคกระเพาะอาหาร (71 คน) มีอาการท้องเสีย (23 คน) และมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน หู และตา (34 คน) อาการเหล่านี้เกี่ยวพันกับสภาพของการทำงาน และการอยู่อาศัย เช่นพบว่าแรงงานที่รับจ้างในเขตเมืองนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปที่ราคาถูกแต่อาจจะไม่สะอาดหรือปนเปื้อนสารพิษ ทำให้ท้องเสียได้

ปัญหาปวดหัว หรือเป็นโรคกระเพาะ เป็นปัญหาทางกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาความเครียดที่เกิดจากการทำงาน การทำงานที่แทบจะไม่มีวันหยุดและอาจถูกข่มเหงจากนายจ้างในรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวอย่างของงานในบ้านของสุรียพร พันพืงและคณะ (2548) แสดงให้เห็นว่าแรงงานส่วนใหญ่ (67.1%) ต้องทำงานเกินวันละ 12 ชั่วโมง โดยหนึ่งในสี่ (24.6%) ของคนกลุ่มนี้ทำงานให้นายจ้างวันละ 17 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวนกว่าครึ่ง (54%) ทำงานไม่มีวันหยุด และส่วนใหญ่จะไม่ได้รับค่าล่วงเวลาหรือค่าชดเชย เคยถูกข่มขู่ (45%) ถูกสัมผัสตรงที่ไม่ต้องการ (14.5%) ถูกล่วงเกินทางเพศ (4.1%) และ ถูกข่มขืน (.8%)¹⁹

ปัญหาทางด้านจิตใจอาจนำไปสู่พฤติกรรมการเสพยาและยาเสพติด งานศึกษาแรงงานวัย 15-24 ปีจำนวน 177 คนที่ทำงานประมง แถบจังหวัด

สมุทรสาคร พบว่าหนึ่งในสี่ (25.4%) ต่ำเหล้าเป็นประจำ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องความเครียดในงานอันเกิดจากเจ้านายหรือผู้คุมงาน (Howteerakul N, Suwannapong N, Than M. 2005) การรวมกลุ่มดื่มสุราเมามายอาจนำไปสู่การทะเลาะวิวาททั้งในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเอง และกับกลุ่มเยาวชนอื่นๆ ที่อยู่ในบริเวณเดียวกัน ทำให้ชุมชนมีความไม่สงบสุข

ปัญหาอื่นๆ ที่สำคัญอีกปัญหาที่ผู้เขียนได้รับฟังมาเสมอ คือการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร เนื่องจากไม่มีทักษะในการขับรถตามวัฒนธรรมการขับขี่ในสังคมไทย รวมทั้งการไม่เข้าใจระเบียบและสัญญาณการจราจร แม้จำนวนอาจจะไม่มากนัก แต่การเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้ง มีค่าใช้จ่ายที่สูงและทำให้พิการไปตลอดชีวิต ในการสำรวจพบกรณีขับรถมอเตอร์ไซด์แล้วเกิดอุบัติเหตุ เสียเงินค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 10,000 บาทอยู่ 2 ราย และกรณีแรงงานอายุ 61 ปี ถูกรถชนมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึง 50,000 บาท 1 ราย

การประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนสุขภาพเป็นหน่วยงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยประสานความร่วมมือการจัดบริการสุขภาพกับหน่วยงานในระดับภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน และเอกชน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) สถานีอนามัย และ โรงพยาบาลเอกชนในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพ มีการกำหนดแผน ที่เน้นให้แรงงานข้ามชาติได้รับบริการสาธารณสุขครอบคลุมอย่างมีคุณภาพ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยรูปแบบบริการเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพคนไทย เช่น สถานพยาบาล ต้องเป็นสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น โดยจำนวนเงินประกันสุขภาพ 1,900 บาทนั้น แบ่งเป็นค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพเป็น 1300 บาท (จัดสรรเป็นค่าบริหารจัดการ 130 บาท ค่าส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาท และค่าบริการทางแพทย์ 964 บาท) และในการเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อครั้ง แรงงานจะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทเท่านั้น

อย่างไรก็ดีการเข้ามาตรวจสุขภาพเพื่อทำประกันสุขภาพของแรงงานมีจำนวนน้อยลงทุกปี ดังปรากฏในตารางที่ 2 ทำให้แรงงานที่ไม่มีการประกันสุขภาพมีจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจแรงงาน จำนวน 1,260 คนในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอนในปี 2551 พบว่า แรงงานไม่มีบัตรประกันสุขภาพประเภทใดเลย 386 คน แต่ในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพ 874 คนนั้น พบว่า บัตรประกันสุขภาพมีหลายประเภท ได้แก่ บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ ซึ่งถือเป็นส่วนใหญ่ (659 คน) ที่เหลือเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (165 คน) และบัตรอื่นๆ เช่น บัตรผู้สูงอายุ (50 คน) กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เป็นกลุ่มที่ทำงานค่อนข้างประจำ ง่ายต่อการที่เจ้าหน้าที่จะเข้ามาตรวจสุขภาพ และนายจ้างพร้อมที่จะจ่ายเงินให้ เช่น กลุ่มที่ทำงานในสวน ส้มขนาดใหญ่ แรงงานก่อสร้าง แรงงานในบ้าน (แม่บ้าน) เป็นต้น สำหรับบัตรทอง จะเป็นกรณีที่อยู่บริเวณชายแดน ที่แรงงานที่อพยพเข้ามานานจำนวนหนึ่งจะได้รับบัตรบุคคลบนพื้นที่สูง ซึ่งก่อนปี 2550 มีสิทธิที่จะได้รับบัตรทอง หลังปี 2550 มีการเปลี่ยนนโยบายให้บัตรทองเฉพาะคนที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้ที่มีบัตรทองบางคนถูกถอนบัตรคืน ในขณะที่สถานพยาบาลบางแห่งอนุโลมให้ใช้จนบัตรหมดอายุ สำหรับการให้บัตรผู้สูงอายุ เป็นนโยบายเฉพาะของกรณีศึกษาอำเภอชายแดนบางอำเภอ ซึ่งตอบสนองสถานการณ์เฉพาะ เนื่องจากจำนวนผู้ที่ไม่มีสัญชาติมีถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากร การให้บัตรผู้สูงอายุแก่ผู้ไม่มีสัญชาติไทยด้วยนั้นเป็นความจำเป็น เพื่อให้การดูแลสุขภาพโรคและการสร้างเสริมสุขภาพจะให้แก่คนในท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในเรื่องของการรักษาพยาบาลจากการสำรวจพบว่าแรงงานใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด โดยแยกเป็นโรงพยาบาล (213 ครั้ง) และสถานเอนามัยหรือศูนย์สุขภาพต่างๆ (165 ครั้ง) รองลงมาคือ การซื้อยาที่ร้านขายยา กินเอง (286 ครั้ง) ใช้บริการคลินิกเอกชน (143 ครั้ง) และบ้านหรือสำนักของหมอพื้นบ้าน (52 ครั้ง) ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพแบบใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ อาการของโรครวมทั้งความหนักเบา ความใกล้เคียงของสถานพยาบาลจากที่อยู่อาศัย และความคุ้นเคยและความสามารถในการสื่อสารภาษาให้กับบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

การไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐมีทั้งผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพและผู้ที่ไม่มียบัตร การมีบัตรประกันสุขภาพ ช่วยให้แรงงานเข้าไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐได้โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทหรือไม่ต้องจ่ายเลย ซึ่งพบว่ามีปัญหาชนมากในกรณีที่ป่วยหนักและค่าใช้จ่ายสูง เช่นกรณีของนายแก้วที่ตกลงมาจากตึกในขณะที่รับจ้างถอดสายไฟออก นายแก้วมีบัตรประกันสุขภาพแรงงาน เมื่อเกิดเหตุนายจ้างพาไปเข้าห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งต่อมาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่นายแก้วลงทะเบียนไว้ นายแก้วได้พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแห่งนั้นเป็นเวลา 12 วัน โดยเสียค่ารักษาเพียง 30 บาท (แต่มีค่าใช้จ่ายสำหรับไม้เท้าอีก 230 บาท) จากนั้นจึงกลับมาพักรักษาตัวที่บ้านอีก 4 เดือนจึงหายดีขึ้น และเริ่มทำงานอื่นๆ ที่ไม่หนักมาก ในกรณีอื่นพบแรงงานที่ป่วยเป็นเนื้องอกในจมูก ซึ่งจากการวินิจฉัยของหมอบอกว่าเป็นหัวดมานานและกินยาแก้แสบบ่อยเกินไป โรงพยาบาลอำเภอส่งให้ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลจังหวัด โดยมีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเป็นเงิน 20,000 บาท แต่แรงงานซึ่งมีบัตรประกันสุขภาพแรงงานจ่ายเพียง 30 บาท

สำหรับคนที่ไม่มียบัตรประกันสุขภาพของแรงงาน ในความเป็นจริงก็สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐได้ เพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองยืนยันหลักมนุษยชนที่ให้การรักษาคอนป่วยทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ เพศและชนชั้น แต่แรงงานต้องเสียค่าใช้จ่ายเต็ม ซึ่งในการรักษาการป่วยบางโรคเช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง ในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าผ่าตัดเต็มจำนวน 15,000 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายจำนวนนี้ถือว่าสูงสำหรับแรงงานที่ส่วนใหญ่ทำงานรับจ้างรายวันด้วยค่าจ้างที่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ

การมีหลักประกันสุขภาพทำให้แรงงานมีความมั่นใจในการไปใช้บริการของรัฐ เพราะไม่ต้องเสียเงินมากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันและมีอาการที่รุนแรง ในด้านของผู้ให้บริการแล้วการทำการประกันสุขภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้รัฐยังสามารถจัดการด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการที่แรงงานมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าประกัน

แต่ระบบการให้การประกันสุขภาพที่มีอยู่ยังมีปัญหาที่ทำให้แรงงานทั้งไม่สามารถเข้าสู่ระบบได้และทั้งไม่ต้องการที่จะเข้าสู่ระบบ การไม่สามารถเข้าสู่ระบบได้ เนื่องจากการที่รัฐกำหนดว่าแรงงานที่จะทำการประกันสุขภาพได้ต้องได้รับการจดทะเบียนหรือมี ทร.38/1 เท่านั้น ในขณะที่แรงงานจำนวนมากที่ไม่ได้จดทะเบียนเพราะพลาดโอกาสในช่วงที่มีการเปิดให้จดทะเบียนหรือเพราะเข้ามาภายหลัง สำหรับแรงงานที่มี ทร.38/1 แต่ไม่ต้องการที่จะเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพ ก็มีเหตุผลหลายประการ เป็นต้นว่า ค่าประกันที่สูงเมื่อต้องจ่ายเองในขณะที่ไม่คิดว่าจะได้ใช้บริการด้านสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐอย่างเต็มที่ เช่นกรณีที่แรงงานย้ายที่ทำงาน แรงงานจะไม่สามารถไปใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลจาก สถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร การที่มีบัตรประกันสุขภาพแต่ยังไม่กล้าเดินทางไปไหนเพราะกลัวถูกตำรวจจับ การที่สถานพยาบาลอยู่ไกลต้องเสียเวลาเดินทางและการไปรักษาก็ทำให้ต้องเสียเวลาและรายได้จากการทำงาน ฯลฯ

ดังนั้น การให้แรงงานมีหลักประกันสุขภาพจึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานและสังคมรอบข้าง แต่ระบบการประกันสุขภาพอาจต้องมีการพัฒนาให้หลากหลาย เหมาะสมกับสถานการณ์ที่หลากหลายของแรงงานและพื้นที่ เพื่อให้แรงงานเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างแท้จริง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่การเคลื่อนย้ายคนและสิ่งของข้ามแดนเป็นไปได้สะดวกและรวดเร็ว แรงงานข้ามชาติจึงเป็นปรากฏการณ์ที่เห็นได้ในเกือบทุกประเทศ โดยมีการเคลื่อนย้ายไปในทุกที่ที่คนเห็นว่าสามารถยกระดับความเป็นอยู่ได้ดีกว่าและได้ประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ ได้ดีกว่าการอยู่ที่เดิม ประเด็นอยู่ที่ว่าแต่ละประเทศจะต้องมีมาตรการที่เหมาะสม เพื่อสามารถใช้ประโยชน์จากแรงงานที่เข้ามาเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในขณะเดียวกันก็ต้องมีหลักประกันทางสุขภาพและสังคมให้แก่แรงงานเหล่านี้ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีให้แก่ทั้งคนที่เข้ามา คนที่อยู่ และเพื่อความสงบสุขและน่าอยู่ของสังคม

กรณีของประเทศไทยได้เริ่มให้มีระบบการประกันสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติพร้อมไปกับระบบการจดทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานในปี 2547 ซึ่งถือเป็นการดำเนินการที่เริ่มมาไม่นานนัก ยังมีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญหลายประการ ที่สำคัญคือแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก คาดกว่ากว่าล้านคน ไม่ได้จดทะเบียนและไม่มีหลักประกันสุขภาพ แรงงานกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการไปใช้บริการสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ เมื่อไม่ได้รักษาแต่เนิ่นๆ ก็อาจเจ็บป่วยหนักและมีการแพร่กระจายของโรค ทำให้รัฐต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในแต่ละปี ในการรักษาแรงงานที่ไม่ได้ประกันและไม่มีเงินจ่ายสำหรับแรงงานที่มีหลักประกันสุขภาพก็ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการอย่างเต็มที่ ด้วยขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิ ความไม่สะดวกของการไปใช้บริการ ปัญหาการสื่อสาร และปัญหาอื่นๆ

การดำเนินงานด้านการให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการที่สำคัญหลายประการภายใต้ความพยายามที่จะป้องกันควบคุมโรคและการให้บริการอย่างดีที่สุดภายใต้หลักการด้านมนุษยธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าแรงงานเหล่านี้เป็นคนไทยหรือไม่ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กร เพื่อทำให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงบริการสุขภาพ และแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสาร อย่างไรก็ตามความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขยังมีอุปสรรคและข้อจำกัด เนื่องจากแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานด้านความมั่นคงของชาติที่ยังผูกติดหลักประกันสุขภาพกับการที่ต้องมีสัญชาติหรือมีเลขทะเบียนประจำตัวใน ทร.38/1 ซึ่งทำให้ผู้ที่ไม่มีสัญชาติหรือมีเลขทะเบียนไม่มีหลักประกันสุขภาพและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของรัฐ อันเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นได้ในสังคมไทย

การจัดการให้แรงงานข้ามชาติซึ่งมีจำนวนมากถึง 2-3 ล้านคน มีหลักประกันสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น ด้วยเหตุผลอย่างน้อย 3 ประการคือ การที่ทำให้แรงงานมีสุขภาพที่ดี ทำงานได้เต็มที่ มีคุณภาพการต่อกรพัฒนาเศรษฐกิจของไทยได้มากขึ้น ประการที่สอง ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐ สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ติดตาม ดูแล ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประการที่สาม ทำให้การจัดการด้านงบประมาณทั้งในระดับพื้นที่

และในระดับชาติเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยการมีส่วนร่วมของแรงงาน
และนายจ้าง

การที่แรงงานข้ามชาติอยู่กระจัดกระจายในทุกจังหวัดจำนวนมากไม่มีการจดทะเบียน มีลักษณะการจ้างงานการอยู่อาศัย และความสัมพันธ์กับคนท้องถิ่นในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปอย่างมาก ทำให้การสร้างระบบการประกันสุขภาพต้องมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น แตกต่างกันไปตามกลุ่มอาชีพ ตามพื้นที่ที่อยู่อาศัย ตามพื้นที่และความสามารถในการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุข ตามระดับการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ฯลฯ ซึ่งการจะพัฒนาระบบได้ต้องมีการศึกษาทำความเข้าใจสถานการณ์การใช้และการให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ให้ลึกซึ้ง ทดลองและขยายการใช้รูปแบบที่เหมาะสม บนพื้นฐานที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งตัวแรงงานเอง นายจ้างและสถานประกอบการ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และหน่วยงานของรัฐ เพราะสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีของแรงงานข้ามชาติ ย่อมมีผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีของคนในชาติ

เชิงอรรถ

¹ ข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่อง “สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาแรงงานจากประเทศพม่าในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน” ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.)ให้ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2550 ถึงเดือนสิงหาคม 2551 ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนมา ณ ที่นี้

² อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ ดูรายละเอียดใน www.irrawaddy.org

⁴ ดูจำนวนและปัญหาแรงงานไทยที่ไปทำงานต่างประเทศในเอเชียและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงปี 2539-2540 ใน Supang Chantavanich, Andreas Germershausen and Allan Beesey eds. (2000)

⁵ ภาษาอังกฤษใช้คำว่างาน 3D คือ Dangerous หรือเสี่ยงอันตราย Dirty คืองานที่อยู่กับสิ่งสกปรก และ Difcult คืองานที่ยากลำบาก

⁶ แบ่งเป็นพรมแดนทางบก 1,664 กิโลเมตร ทางลำน้ำ 538 กิโลเมตร และทางทะเล ประมาณ 330 กิโลเมตร (สมโชค สวัสดิรักษ์ 2540: 2)

⁷ ในงานของดาบตำรวจวิทยา สิงห์มณี (2549: 98) พบว่าการเดินทางหลบหนีเข้าเมืองต้องมีค่าใช้จ่ายหลายช่วง ช่วงแรกต้องจ้างคนนำทาง เดินทางจากหมู่บ้านในประเทศพม่ามาถึงชายแดนไทยเพื่อหลบเลี่ยงทหารพม่า เมื่อถึงชายแดนแล้วจะมีกลุ่มผู้นำพม่าคอยรับ จากนั้นก็มีกลุ่มบุคคลหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐนำมาเข้ามาในพื้นที่ชั้นใน โดยอาจมีการจัดการตกลงราคากับเจ้าของรถยนต์ที่จะนำเข้ามาส่ง

⁸ ดร. กิริยา กุลกลการ กล่าวในงานเสวนาวิชาการ จัดโดยคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เมื่อวันที่ 26 พ.ย. 2550 ว่า ตัวเลขจากสภาพความ

มั่นคงแห่งชาติอยู่ที่ 2 ล้าน (ดูรายละเอียดในประชาไท 11 ธันวาคม 2550) ในขณะที่นายวสันต์ สาทรร ผู้อำนวยการสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กล่าวในที่ประชุมสัมมนาเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2550 ว่าตัวเลขแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยมีจำนวนอย่างน้อย 2.5 ล้านคน (<http://www.newspnn.com>)

⁹ ข้อมูลจากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน จากเว็บไซต์ HYPERLINK “<http://www.doe.go.th/workpermit/index>” <http://www.doe.go.th/workpermit/index> สืบค้น 5 เมษายน 2551

¹⁰ ดูสรุปข้อค้นพบของรายงานซึ่งสรุปไว้ ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2550 ใน http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/download/yr2007/fact_migrant07.pdf

¹¹ ดูใน www.prachathai.com

¹² ดูรายงานการเสวนาวิชาการใน ประชาไท 11 ธันวาคม 2550

¹³ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยปีงบประมาณ 2550 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

¹⁴ มีการประมาณการว่าการผลิตส้มส่วนใหญ่ในเนื้อที่หนึ่งไร่ ในหนึ่งปีจะใช้สารกำจัดแมลงและกำจัดโรคมากกว่า 40 ครั้งหรือมากกว่า 40 ลิตร (ข้อมูลจากสถาบันชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน)

¹⁵ แรงงานหญิงกรณีนี้เข้ามาทำงานในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2545 โดยจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวตั้งแต่ปี 2547 ทำงานก่อสร้างได้ค่าจ้างวันละ 130 บาท (ค่าจ้างขั้นต่ำเชียงใหม่วันละ 155 บาท) และเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2549 ขณะที่กำลังทำงานอยู่ในสถานที่ก่อสร้าง ปรากฏว่าแบบเทปูนขนาดใหญ่ได้ตกลงมาจากชั้น 12 ของตึกทับตนจนได้รับบาดเจ็บสาหัสกระดูกสันหลังแตก และได้เข้ารักษาตัวโดยใช้ค่ารักษาจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สุดท้าย อยู่ในสภาพที่เป็นอัมพาต 70% (มติชน 24 ตุลาคม 2550)

¹⁶ สถานการณ์โรคติดต่อในประเทศพม่าที่รัฐบาลพม่ายังไม่มีมาตรการป้องกันแก้ไขได้เพียงพอ ทำให้มีองค์กรนานาชาติหลายองค์กรเสนอตัวเข้าไปช่วย สุดท้ายก็ต้องถอนตัวออกมาเพราะเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงประชาชนอื่นเนื่องจากกฎเกณฑ์ที่รัฐตั้งขึ้น (Beyrer et.al. 2006: 5-7)

¹⁷ การประชุมสัมมนาเรื่อง “ชีวิต สุขภาพ แรงงาน ของคนข้ามแดน: ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ” จัดขึ้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2551 ณ หอศิลป์วัฒนธรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹⁸ คูงานของกฤตยา (2550) ที่กล่าวถึงมาตรการหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2547-2549 ระบุให้มีการตรวจครรภ์และแจ้งผลให้กับสำนักงานจัดหางานจังหวัด ซึ่งพบว่าแรงงานหญิงบางคนตัดสินใจทำแท้งก่อนเข้ารับการตรวจ ต่อมามาตรการนี้ได้ถูกยกเลิกไป ด้วยเห็นว่าเป็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง

¹⁹ งานศึกษาทำที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ได้สำรวจคนรับใช้ชาวไทยใหญ่จำนวน 242 คน

บรรณานุกรม

กฤตยา อาชวนิจกุล 2548 “การจัดการแรงงานต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ในช่วง พ.ศ. 2539-2548” ประชากรและสังคม 2548. กฤตยา อาชวนิจกุล, ปราโมทย์ ประสาทกุล บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

กฤตยา อาชวนิจกุล บก. 2550. รัฐไทยกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขวัญชีวัน บัวแดงและคณะ 2549. รายงานการวิจัยโครงการ “การศึกษาและพัฒนาการสื่อสารสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษากลุ่มแรงงานไทใหญ่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่” (1 กุมภาพันธ์-30 กันยายน 2549) เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดาบตำรวจ วิทยา สิงห์หมื่น 2549 “กระบวนการหลบหนีเข้าเมืองของคนต่างด้าวจากประเทศพม่าและการจัดการปัญหาของภาครัฐ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่”วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประชาไท 21 เมษายน 2550, 11 ธันวาคม 2550

มติชนรายวัน 24 ตุลาคม 2550

สมโชค สวัสดิวัตร 2540 ความสัมพันธ์ระหว่างไทย-พม่า-กะเหรี่ยง กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2548. รายงานการศึกษาความร่วมมือในการพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-พม่า ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐและองค์กรเอกชน

สุภางค์ จันทวานิช “ห่าสิบสี่ศพที่ระนอง” มติชนรายวัน 29 เมษายน 2551

สุริย์พร พันพื้ง และคณะ. 2548. คนรับใช้ในบ้าน: แรงงานอพยพจากพม่ามาไทย นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

องค์การ PATH 2548. รายงานผลการศึกษาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
(เชียงใหม่ ตาก ระยอง ชลบุรี สมุทรสาคร ระนอง ปัตตานี) โครงการฟ้า
มิตร ระยะที่ 1 (2547-2547)

อดิสร เกิดมงคล 2550 “มายาคติชาติพันธุ์: ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ข้ามมา
ทำไม” บทความมหาวิทยาลัยเที่ยงคืนลำดับที่ 1383 เผยแพร่ใน
HYPERLINK “<http://www.midnightuniv.org>” www.midnightuniv.org ครั้ง
แรกเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2550

Bayrer, Chris. et. al. 2006. “Responding to AIDS, TB, Malaria and
Emerging Infectious Diseases in Burma: Dilemmas of Policy and Practice
March 2006” A report by the Center for Public Health and Human Rights and
the Bill and Melinda Gates Population and Family Health Institute.

Howteerakul N, Suwannapong N, Than M. 2005. “Cigarette, alcohol
use and physical activity among Myanmar youth workers, Samut Sakhon
Province, Thailand” in HYPERLINK “<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16124457>” <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16124457>

เว็บไซต์

[http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/download/yr2007/
fact_migrant07.pdf](http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/download/yr2007/fact_migrant07.pdf)

<http://www.newspnn.com>

Irrawaddy 24 April 08

Supang Chantavanich, Andreas Germershausen and Allan Beesey eds.
2000. Thai Migrant Workers in East and Southeast Asia 1996-1997. Bangkok:
The Asian Research Center for Migration Institute of Asian Studies,
Chulalongkorn University.