

# HEALTH, HIV AND LABOUR MIGRATION IN THE GMS

Country in focus

Last updated

Thailand

March 2014

## ประเทศไทย:

### เอชไอวีและการย้ายถิ่นของแรงงานในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง (GMS) – สรุปนโยบายของ JUNIMA

ประเทศไทยคือประเทศปลายทางสำคัญสำหรับผู้ย้ายถิ่นร้อยละ 60 ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง (GMS) โดยมีผู้ย้ายถิ่นที่ลงทะเบียนไว้จำนวน 1.48 คน จากประเทศเมียนมาร์ (ร้อยละ 78.6) กัมพูชา (ร้อยละ 10.9) และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (ร้อยละ 10.5) ใน พ.ศ. 2554<sup>1</sup> ส่วนการย้ายถิ่นที่ผิดปรกตินั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ทั่วไป โดยมีผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ลงทะเบียนอย่างน้อย 1.5 ล้านคน รวมทั้งผู้ย้ายถิ่นระยะยาวและบุตรของผู้ย้ายถิ่นที่ถือกำเนิดในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้นั้นมาจากเมียนมาร์<sup>2</sup> ในประเทศไทย

ผู้ย้ายถิ่นเพศชายมักทำงานด้านการประมง ก่อสร้าง เกษตรกรรมและการผลิต ส่วนหญิงมักทำงานในด้านการก่อสร้าง โรงงานสิ่งทอ งานบ้าน อุตสาหกรรมแปรรูปจากการประมง บันเทิงและการเกษตร ทั้งนี้ ประชากรย้ายถิ่นเพศหญิงจำนวนมากทำงานแบบไม่เป็นทางการ ทำให้ได้รับความคุ้มครองด้านแรงงานและด้านสิทธิมนุษยชนน้อยกว่า และใน พ.ศ. 2553 มีบุตรที่เกิดจากประชากรย้ายถิ่นเพศหญิงประมาณ 98,000 คน<sup>3</sup> สำหรับการย้ายถิ่นภายในประเทศไทยนั้น

ส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นจากบริเวณชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและบริเวณที่มีความขัดแย้งทางภาคใต้เข้ามายังบริเวณกรุงเทพมหานคร

ผู้ย้ายถิ่นเพศหญิงทำงานในด้านการบันเทิง การขาย และสิ่งทอ ส่วนเพศชายทำงานประเภททำความสะอาด ชีบรถ และโรงงาน<sup>4</sup> ทั้งนี้

มีชาวไทยจำนวนเล็กน้อยที่เข้าไปทำงานในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและประเทศจีน

ประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยทั่วไป ในขณะที่ความชุกของเอชไอวีระดับประเทศลดลง เนื่องจากความสำเร็จในการดำเนินโครงการป้องกันซึ่งนำโดยกลุ่มประชาสังคม

## AT A GLANCE

HIV prevalence among injecting drug users

# 36%

HIV prevalence among sex workers

# 1.8%

HIV prevalence among men who have sex with men

# 29%

Total number of migrants

# 3,721,735

SUPPORTED BY



www.junima.org



Empowered lives. Resilient nations.



และรัฐบาลไทย ความชุกของเอชไอวีในผู้ใหญ่ลดลงเป็นร้อยละ 1.3

และความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศลดลงเป็นร้อยละ 1.8 ใน พ.ศ. 2554<sup>5</sup>

การติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากมาจากการติดเชื้อระหว่างเพศตรงข้าม

แต่การแพร่กระจายของเอชไอวีอย่างรวดเร็วระหว่างชายรักชาย การติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด

และอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศนั้นยังคงเป็นเรื่องที่น่ากังวลอยู่ ใน พ.ศ.

2554 มีผู้รับการรักษาเอชไอวีจำนวน 225,272 คน โดยคาดว่า ร้อยละ 65 ได้รับยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวี (ART)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้เกี่ยวกับความชุกของเอชไอวีในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง (GMS) นั้นมีอยู่จำกัด

แต่การศึกษาบางส่วนชี้ให้เห็นว่า ความเสี่ยงของเอชไอวีนั้นอาจเชื่อมโยงได้กับ : อาชีพที่มีการเคลื่อนที่สูง

รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศหรือยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ตำแหน่งทางภูมิศาสตร์บางแห่ง

รวมทั้งการเข้าถึงการป้องกันและการรักษาเอชไอวีที่มีอยู่จำกัด<sup>6</sup>

ประชากรย้ายถิ่นต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อเอชไอวีบางประการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดและอุปสรรคต่างๆในการเข้าถึงบริ

การสุขภาพและบริการด้านเอชไอวี สภาพการดำรงชีวิตและการทำงานที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ

นโยบายรัฐบาลซึ่งจำกัดให้ผู้ย้ายถิ่นอยู่ในสถานที่บางแห่งหรือผู้จ้างงานบางราย

รวมทั้งการตรวจหน้าและการเลือกปฏิบัติในระดับสูง<sup>7</sup> ใน พ.ศ. 2553 การสำรวจของ IBBS

ได้ประมาณเส้นฐานความชุกของเอชไอวีสำหรับแรงงานย้ายถิ่นในประเทศไทยไว้ที่ร้อยละ 0.8<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม

ประชากรย้ายถิ่นบางส่วนในประเทศไทยแสดงถึงค่าความชุกของเอชไอวีที่สูงกว่า รวมทั้งผู้ให้บริการทางเพศ ชาวประมง

คนงานในโรงงาน คนงานเพศชายในด้านการขนส่ง และผู้ย้ายถิ่นเพศหญิงในบางจังหวัด

ในจังหวัดชายแดนและจังหวัดชายฝั่งเจ็ดจังหวัดของประเทศไทย

พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชาวประมงนั้นสูงกว่าอัตราการติดเชื้อในระดับประเทศ (ร้อยละ 2.5 ใน พ.ศ. 2551)<sup>9</sup>

และสูงกว่าผู้ย้ายถิ่นเพศชายในอาชีพอื่น

(อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเพศชายในอุตสาหกรรมแปรรูปอาหารทะเล อยู่ที่ร้อยละ 2.34 ประมงทะเลเล็ก

ร้อยละ 1.96 เกษตรกรรม ร้อยละ 0.7%)<sup>10</sup> นอกจากนี้

ผู้ขับขีรถบรรทุกระยะยาวจากประเทศไทยและประเทศอื่นๆในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงยังถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเนื่อง

จากการที่คนเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์กับคนจำนวนมาก รวมทั้งผู้ให้บริการทางเพศ คู่นอนชั่วคราว และคู่สมรส

ทั้งยังไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัย<sup>11</sup> การสำรวจครั้งหนึ่งใน พ.ศ. 2553 แสดงให้เห็นว่า

ผู้อพยพเพศหญิงในหกจังหวัดทั้งชายฝั่งและในแผ่นดินใหญ่ มีอัตราความชุกของเอชไอวีสูงกว่า (ร้อยละ 2.1)

ผู้อพยพเพศชาย (ร้อยละ 1.7)<sup>12</sup> ประชากรอพยพเพศหญิงในประเทศไทย ซึ่งเป็นภรรยา

หรือคู่ของประชากรอพยพเพศชายที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูง

ยังแสดงถึงอัตราความชุกของเอชไอวีและโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ในระดับสูง

สิ่งที่น่ากังวลคือข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า ประชากรย้ายถิ่นเพศหญิงที่ตั้งครรภ์

มีอัตราความชุกของเอชไอวีสูงกว่าประชากรไทยเพศหญิงในจังหวัดชายแดน รวมทั้งทั้ง ตราด ระนอง และตาก ถึง 2-3 เท่า

ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549<sup>13</sup>

อัตราการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ย้ายถิ่นเพศหญิงจากลาวในจังหวัดมุกดาหารซึ่งอยู่บริเวณชายแดนระหว่าง

ไทย-ลาว เกือบจะเป็นสองเท่าของอัตราการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้หญิงชาวไทย ส่วนในจังหวัดตราด

อัตราการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ของผู้ย้ายถิ่นชาวกัมพูชานั้นสูงกว่าประชากรไทยถึงสิบเท่าใน พ.ศ. 2549<sup>14</sup>



ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ขายบริการทางเพศนั้นมีจำกัด อย่างไรก็ตาม การสำรวจใน พ.ศ. 2549 ได้แสดงให้เห็นว่า

ผู้ให้บริการทางเพศที่เป็นประชากรย้ายถิ่นมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ใช้บริการทางเพศชาวไทยในจังหวัดระนองซึ่งอยู่บริเวณชายแดนประเทศเมียนมาร์ และในจังหวัดตราดบริเวณชายแดนประเทศกัมพูชา<sup>15</sup>

ปัญหาต่างๆที่มีผลกระทบต่ออัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวี การไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำและข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา

การมีคู่นอนหลายคนสำหรับกลุ่มประชากรเคลื่อนที่บางกลุ่ม<sup>16</sup> นอกจากนี้

ยังพบว่าแรงงานย้ายถิ่นที่ทำงานในโรงงานในเขตชายฝั่งและชายแดนซึ่งได้สำรวจใน พ.ศ. 2547

ขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เพิ่งย้ายถิ่นเข้ามายังประเทศไทย<sup>17</sup>

สำหรับชายแดนระหว่างเมียนมาร์กับประเทศไทยนั้น ถือเป็นเขตที่มีความเสี่ยงสูงมาก

เนื่องจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในปริมาณสูงและประชากรมีการเคลื่อนย้ายมาก

### **นโยบายระดับประเทศ /โครงการริเริ่มเพื่อการพัฒนาในด้านการย้ายถิ่น สุขภาพ และเอชไอวี**

กฎหมายว่าด้วยการจ้างงานผู้ย้ายถิ่นมายังประเทศไทยนั้น อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

พระราชบัญญัติการจ้างงานคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 และข้อมติของคณะรัฐมนตรี รวมทั้งข้อตกลงทวิภาคีจำนวนหนึ่ง

แรงงานที่ย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทยนั้น จำเป็นจะต้องมีวีซ่า ใบอนุญาตทำงาน และต้องผ่านการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้

มิได้มีการกำหนดให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีสำหรับผู้ย้ายถิ่นในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง

และประเทศไทยก็ไม่มีข้อจำกัดในการเดินทางที่เกี่ยวกับเอชไอวี

ในขณะที่ผู้ย้ายถิ่นที่เดินทางออกไปยังประเทศปลายทางบางแห่ง จะต้องถูกกำหนดให้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี<sup>18</sup>

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายเอชไอวีระดับชาติ อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญไทย

ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุผลของสถานะทางสุขภาพ และระเบียบปฏิบัติว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ ในองค์กร

ซึ่งไม่มีผลผูกพัน (พ.ศ. 2548) ห้ามมิให้บังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีและเลือกปฏิบัติด้วยเหตุจากเอชไอวีในการจ้างงาน

ประเทศไทยได้ก่อตั้งเขตเศรษฐกิจชายแดนในจุดข้ามแดนที่สำคัญระหว่างประเทศไทยกับเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา

ทั้งยังได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) เกี่ยวกับการย้ายถิ่นของแรงงานกับแต่ละประเทศ เพื่อรับประกันว่า

แรงงานที่เข้าสู่ประเทศที่มีการลงทะเบียนไว้แล้วนั้น จะสามารถเข้าถึงการประกันสุขภาพ ค่าแรงขั้นต่ำ

และสิทธิด้านแรงงานภายใต้กฎหมายไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 โครงการพิสูจน์สัญชาติ (Nationality Verification Program - NVP)

ในประเทศไทยได้ปรับปรุงการจัดทำเอกสารและทางเลือกในการย้ายถิ่นอย่างเป็นทางการสำหรับแรงงานย้ายถิ่นที่ไม่อยู่ในระบบจากประเทศลาว เมียนมาร์และกัมพูชา ทั้งนี้ ประเทศไทยได้ลงนามในบันทึกความเข้าใจของอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง

(พ.ศ. 2555) ว่าด้วยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเคลื่อนย้ายของประชากร

ซึ่งมุ่งไปที่การป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรย้ายถิ่น

รวมทั้งการปรับปรุงนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาร่วมกันในเขตอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง นอกจากนี้

ยังมีแผนที่จะให้ประเทศไทยและเมียนมาร์ได้ลงนามในบันทึกข้อตกลงอีกฉบับหนึ่งในเดือนกันยายน พ.ศ. 2556

สำหรับการส่งตัวผู้ป่วยข้ามเขตแดนสำหรับผู้ย้ายถิ่นนั้น จะกระทำระหว่างสถานพยาบาลของรัฐบาลบางแห่ง



และในโครงการประชาสังคมที่ดำเนินการบริเวณชายแดนที่ติดกับเมียนมาร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชา

ประเทศไทยมีโครงการที่ครอบคลุมการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานย้ายถิ่นอยู่สองโครงการ ผู้ย้ายถิ่นที่ทำงานอยู่ในภาคแรงงานอย่างเป็นทางการ สามารถลงทะเบียนเพื่อรับประโยชน์จากโครงการประกันสังคม (SSS) ได้ในกรณีที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว และมีหนังสือเดินทาง หรือเอกสารแสดงตัวที่เหมาะสม รวมทั้งมีใบอนุญาตทำงาน<sup>19</sup> ทั้งนี้ โครงการประกันสังคม กำหนดให้ผู้จ้างงานหักค่าประกันสังคมเป็นรายเดือน และให้สิทธิประโยชน์เจ็ดประเภท

ซึ่งรวมถึงการรักษาสุขภาพและการดูแลสุขภาพของสตรีมีครรภ์ในโรงพยาบาลและคลินิกของรัฐในประเทศไทย นอกจากนี้ ประเทศไทยยังวางแผนที่จะขยายโครงการที่สอง ได้แก่ โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับผู้ย้ายถิ่น (Compulsory Migrant Health Insurance Scheme -CMHI) ซึ่งมุ่งไปที่ผู้ย้ายถิ่นชั่วคราวจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2552 โครงการ CMHI นั้น ครอบคลุมเฉพาะ 'ผู้ย้ายถิ่นที่ลงทะเบียน' ซึ่งมีใบอนุญาตทำงานเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 โครงการนี้จะขยายออกไป เพื่อให้ผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้ลงทะเบียนและผู้ติดตามมีสิทธิรับการประกันสุขภาพและรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ART) รวมทั้งบริการสุขภาพอื่นๆ โดยจ่ายค่าธรรมเนียมต่อปี (2200 บาท)

เพื่อช่วยให้ผู้ย้ายถิ่นเข้าถึงการดูแลสุขภาพถ้วนหน้าได้ดียิ่งขึ้น โดยผู้ย้ายถิ่นจะต้องผ่านการตรวจสุขภาพเพื่อสมัครเข้าร่วมโครงการนี้ ทั้งนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ต้องเสียค่าธรรมเนียม 365 บาท และผู้ที่อายุเกิน 7 ปี ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 2200 บาท นอกจากนี้ ผู้ที่อายุเกิน 15 ปี จะต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีในราคา 600 บาท ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายต่อปีทั้งหมดเป็น 2800 บาท ในขณะที่ก่อนถูกส่งกลับประเทศ

แรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนสามารถเข้ารับการรักษาฉุกเฉินและพื้นฐานได้ด้วยกองทุนการกุศลของโรงพยาบาล หรือจากโครงการขององค์กรพัฒนาเอกชน แต่จะต้องจ่ายเงินสำหรับการรักษาที่นอกเหนือจากนี้

ประเทศไทยเป็นเพียงประเทศเดียวในอนุภูมิภาคสุมาตราที่มีโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ โดยมุ่งเป้าหมายไปที่ประชากรย้ายถิ่น และมีนโยบายที่ชัดเจนในการให้การรักษาด้านไวรัสเอชไอวีแก่แรงงานย้ายถิ่น ทั้งนี้ การป้องกันการเอชไอวีสำหรับผู้ย้ายถิ่นนั้น ได้จัดทำภายใต้โครงการกองทุนระดับโลก PHAMIT (Global Fund PHAMIT Project) พร้อมทั้งมีองค์กรระดับชุมชนซึ่งได้ช่วยในการแจกจ่ายถุงยางอนามัย ช่วยให้การศึกษากับเอชไอวี การตรวจคัดกรอง VCT และ STI ใน 22 จังหวัด ส่วนโครงการรักษาวัณโรคและเอชไอวีนั้น จะมุ่งไปที่ผู้ย้ายถิ่นและประชากรพลัดถิ่นในเขตชายแดนไทย-เมียนมาร์ นอกจากนี้ โครงการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (The National Access to Antiretroviral Program for People Living with HIV -NAPHA) ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนระดับโลกตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ยังได้ให้บริการยาด้านไวรัสเอชไอวี (ART) แก่แรงงานย้ายถิ่นทั้งที่มีทะเบียนและไม่มีทะเบียนจำนวนหนึ่ง โดยผ่านทางโรงพยาบาลและคลินิกของรัฐ และยังมีโครงการ PMTCT ซึ่งได้รวมอยู่ในบริการสุขภาพสำหรับสตรีมีครรภ์และเด็กของรัฐ



แผนเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Plan) พ.ศ. 2554-2558 มีเป้าหมายที่แรงงานย้ายถิ่น โดยให้การป้องกันเอชไอวีผ่านโครงการ PHAMIT แผนการนี้ มุ่งไปที่จังหวัดสำคัญ 31 จังหวัด เพื่อให้โครงการป้องกันเอชไอวี รวมทั้งจังหวัดปลายทางสำคัญสำหรับผู้ย้ายถิ่น และมีเป้าหมายให้มีการเข้าถึง ART และ PMTCT อย่างถ้วนหน้า นอกจากนี้ ยังมีแผนการตรวจติดตามและประเมินผลระดับชาติ (National Monitoring and Evaluation Plan) ซึ่งมุ่งไปที่แรงงานย้ายถิ่น เยาวชนย้ายถิ่น (อายุ 15-24 ปี) เพื่อให้การป้องกันและรักษาเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพทุกระดับในการแทรกแซง รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัย การแจกเข็มฉีดยา การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) การรักษาด้วย VCT, ART, PMTCT สำหรับผู้หญิงที่มีได้ถือสัญชาติไทย การเฝ้าระวัง BCC และ IBBS สำหรับผลเอชไอวีในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นในจังหวัดเป้าหมาย แผนนี้ได้ใช้แนวทางที่อิงสิทธิ และมุ่งที่จะเสริมสร้างกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติ และทบทวนอุปสรรคทางกฎหมายสำหรับแรงงานย้ายถิ่นและกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ส่วนแผนพัฒนาสุขภาพชายแดน (Border Health Development Plan) พ.ศ. 2555-2559 มุ่งไปที่การปรับปรุงบริการด้านสุขภาพใน 31 จังหวัดชายแดน โดยมีประชากรย้ายถิ่นทั้งที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียนเป็นประชากรหลักในการป้องกันเอชไอวีและในการให้บริการสุขภาพ การเจริญพันธุ์ ทั้งยังมุ่งที่จะเพิ่มการเข้าถึงประกันสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในบริเวณชายแดน ภาคประชาสังคม เป็นภาคส่วนที่แข็งแกร่งและสำคัญในการดำเนินการต่อต้านเอชไอวีในประเทศไทยด้วยโครงการป้องกันเอชไอวีที่นำโดยชุมชน สำหรับกลุ่มประชากรสำคัญทั้งหมดรวมทั้งประชากรย้ายถิ่น นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมยังดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับรัฐบาลในกลุ่มปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับชาติ รวมทั้งในการพัฒนาโครงการและนโยบายด้านเอชไอวี

### โครงการปฏิบัติที่ดีและโครงการริเริ่มเพื่อให้ความสนับสนุนสุขภาพผู้ย้ายถิ่น / เอชไอวี

**โครงการป้องกันเอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นในประเทศไทย (The Prevention of HIV and AIDS among Migrant Workers in Thailand (PHAMIT) Project)** เป็นโครงการป้องกันเอชไอวีระดับชาติสำหรับผู้ย้ายถิ่น ซึ่งได้ครอบคลุมผู้ย้ายถิ่นจำนวน 480,000 คน ใน 22 จังหวัด ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โครงการนี้ได้ใช้รูปแบบการป้องกันเอชไอวีอย่างครบวงจร เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อผู้ย้ายถิ่น โดยใช้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่เป็นประชากรย้ายถิ่น และโดยพยายามเข้าถึงสถานที่ทำงานและที่อยู่อาศัยของผู้ย้ายถิ่น รวมทั้งศูนย์ป้องกันเอชไอวีที่ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้ารับบริการได้ โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อเอชไอวี/เอดส์ (Global Fund for HIV/AIDS) และมีองค์กรในภาคประชาสังคมเจ็ดองค์กรเป็นผู้ดำเนินการ

**โรงพยาบาลเชียงแสน** ตั้งอยู่ในจังหวัดชายแดนที่ติดกับลาวและเมียนมาร์ โรงพยาบาลแห่งนี้ ได้ให้การรักษาด้านไวรัสเอดส์ (ART) อย่างครบวงจร แบบองค์รวม และมีประสิทธิภาพด้านต้นทุนแก่ประชากรชายขอบที่อาศัยอยู่ในบริเวณชายแดน ตั้งแต่ พ.ศ. 2547-2552 โครงการนี้ได้ให้การรักษามากกว่า 100 ราย ที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเป็นทางการได้ ทั้งในสาธารณรัฐประชาชนลาวและในประเทศไทย ทั้งยังได้ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย กลุ่มประชาสังคมต่างๆ กลุ่มสนับสนุน PLHA ในท้องถิ่น



Empowered lives. Resilient nations.



องค์กรพัฒนาสังคมและโรงพยาบาลต่างๆใน สปป ลาว  
 เพื่อช่วยให้เกิดความสะดวกร่วมมือข้ามเขตแดนอย่างมีประสิทธิภาพ

**มูลนิธิเอ็มพาวเวอร์ (Empower Foundation)** คือองค์กรสำหรับผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งครอบคลุมผู้ให้บริการทางเพศกว่า 30,000 คนต่อปี รวมทั้งผู้ให้บริการทางเพศที่เป็นประชากรย้ายถิ่นจากเมียนมาร์และลาว ประชากรย้ายถิ่นที่ให้บริการทางเพศเหล่านี้ ทำหน้าที่เป็นผู้นำชุมชนและดำเนินโครงการป้องกันเอชไอวีในเขตชายแดนสำคัญสามแห่ง ด้วยวิธีออกไปหาผู้ติดเชื้อ ด้วยการให้การศึกษากับเอชไอวี รวมทั้งให้ความสนับสนุนทางกฎหมายและสิทธิมนุษยชน และให้การฝึกอบรมทักษะต่างๆ

**รัฐบาลไทย: โครงการประกันสังคมและโครงการประกันสุขภาพประชากรย้ายถิ่น :**

โครงการประกันสังคมได้ขยายการให้ความคุ้มครองของการประกันสังคมสำหรับแรงงานย้ายถิ่น เพื่อให้แรงงานเหล่านี้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองสุขภาพถ้วนหน้าและได้รับการรักษาเอชไอวีในมาตรฐานเดียวกันกับแรงงานสัญชาติไทย และสามารถเข้าถึงการคุ้มครองเหล่านี้ได้ในโรงพยาบาลของรัฐ ความเคลื่อนไหวล่าสุดเพื่อขยายการครอบคลุมและเข้าถึงโครงการประกันสุขภาพประชากรย้ายถิ่นภาคบังคับนั้น มุ่งที่การปรับปรุงการรักษาสุขภาพและการรักษาเอชไอวีแก่ประชากรย้ายถิ่นที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้

**ความไม่เชื่อมโยงของนโยบายปัจจุบันและช่องว่างในด้านสุขภาพและเอชไอวีของประชากรย้ายถิ่น**

**ช่องว่างในการป้องกันและรักษาเอชไอวี :** ในขณะนี้ การให้บริการที่ครอบคลุม การผลิต

และการแจกจ่ายยาต้านไวรัสเอ็ดส์ (ART)

นั้นยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการรักษาสำหรับประชากรท้องถิ่นหรือประชากรเคลื่อนที่ได้

จึงมีแรงงานย้ายถิ่นชั่วคราวจำนวนถึง 3,000 คน อยู่ในรายชื่อรอรับการรักษาด้านไวรัสเอ็ดส์ในประเทศไทยใน พ.ศ. 2555<sup>20</sup> แผนที่จะยกระดับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการนำการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็วมาใช้กับสาธารณชน<sup>21</sup>

โดยที่ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้การรักษาด้านไวรัสเอ็ดส์ (ART) อย่างเพียงพอ

ทำให้ผู้ที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวีแต่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้เกิดความกังวลอย่างมาก

การที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์อย่างครบวงจรสำหรับผู้ย้ายถิ่นเพศหญิงเป็นปัญหาสำคัญ เมื่อพิจารณาถึงสิ่งบ่งชี้ความเสี่ยงในระดับสูงของประชากรกลุ่มนี้<sup>22</sup>

การป้องกันและรักษาเอชไอวีสำหรับประชากรย้ายถิ่นนั้น ส่วนใหญ่จะได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการ PHAMIT

ของกองทุนโลก ส่วนองค์กรของผู้ย้ายถิ่นที่ให้บริการทางเพศนั้นได้ถูกนำออกจากโครงการตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ดังนั้น

การให้ทุนสนับสนุนระยะยาวจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญซึ่งจะรับประกันว่าจะมีโครงการป้องกันและรักษาอย่างต่อเนื่อง ในราคาที่จ่ายได้ และเป็นโครงการที่ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้าถึงได้

**การประกันสุขภาพ :** ในขณะนี้

นโยบายประกันสุขภาพและประกันสังคมของประเทศไทยยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นได้

โครงการประกันสังคมไม่รวมถึงแรงงานที่ไม่จดทะเบียนและแรงงานที่ไม่เป็นทางการ นอกจากนี้



ผู้ย้ายถิ่นยังมีการใช้โครงการประกันสังคมน้อย เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับผู้จ้างงานซึ่งมักจะไม่ปฏิบัติตามโครงการ โดยเมื่อเร็ว ๆ นี้ กระทรวงแรงงานได้เสนอให้ลดสิทธิในปัจจุบันของผู้ย้ายถิ่น (การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533) ซึ่งเป็นเรื่องน่ากังวล เนื่องจากมีการเสนอให้ยกเว้นผลประโยชน์ในการตั้งครอบครัว เด็ก และการว่างงาน ทั้งยังขัดแย้งกับพันธะในการไม่เลือกปฏิบัติภายใต้ข้อตกลง CEDAW<sup>23</sup> ส่วนการประกันสุขภาพของ CHMI ยังมีสถานที่ให้การรักษาที่จำกัด โดยมีผู้ย้ายถิ่นเข้ารับการรักษาเพียง 880,614 คน ใน พ.ศ. 2553<sup>24</sup> ทั้งนี้ ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ได้มีการพัฒนาแผนที่จะยกระดับ CHMI และเพิ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ART) สำหรับผู้ย้ายถิ่นที่ไม่ได้จดทะเบียน

**อุปสรรคต่อสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย :** ความไม่แน่นอนของนโยบายด้านคนเข้าเมืองของประเทศไทยนั้น

นำไปสู่การย้ายถิ่นแบบไม่เป็นไปตามช่องทางปกติในระดับสูง ซึ่งเป็นการคุกคามอย่างร้ายแรงต่อการป้องกันเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยและในภูมิภาค นอกจากนี้ บันที่ความตกลงระดับทวิภาคีและกลไก NVP ร่วมกับประเทศเพื่อนบ้านในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงยังมีค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามาก และสร้างความสับสนให้แก่ผู้ย้ายถิ่น ส่วนการใช้ข้อมูลของคณะรัฐมนตรีเพื่อจัดการกระบวนการจดทะเบียนทำให้ผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทยอยู่ในสถานะทางกฎหมายอย่างชั่วคราวและไม่มั่นคง<sup>25</sup> ดังนั้น ผู้ย้ายถิ่นจำนวนมากจึงเลือกใช้วิธีย้ายถิ่นอย่างไม่ปกติหรือโดยผิดกฎหมาย และในฐานะที่เป็นผู้ย้ายถิ่นที่ไม่มีการจดทะเบียน จึงต้องอยู่นอกระบบสาธารณสุขและต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากสถานะที่ผิดกฎหมายและความเสี่ยงที่จะถูกแสวงผลประโยชน์ ข้อจำกัดที่มีต่อเสรีภาพในการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการผูกมัดผู้ย้ายถิ่นไว้กับนายจ้างเฉพาะรายหรือสถานที่เฉพาะแห่ง รวมทั้งการที่นายจ้างยึดเอกสารของผู้ย้ายถิ่น ทำให้เกิดอุปสรรคมากขึ้นต่อการเข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี<sup>26</sup> นอกจากนี้ ความแตกต่างทางด้านภาษา ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมต่างๆ และการเลือกปฏิบัติจากคณะทำงานด้านสุขภาพ ยังกีดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นทั้งชายและหญิง<sup>27</sup>

ผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประชากรเคลื่อนที่ที่สำคัญในประเทศไทยนั้น ได้รับผลกระทบในเชิงลบจากกฎหมายและนโยบายว่าด้วยการค้าประเวณีและการใช้ยาเสพติด การขายบริการทางเพศนั้นถือว่าเป็นอาชญากรรมภายใต้กฎหมายอาญาของประเทศไทย รวมทั้งพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี และมาตราที่ 8 ของพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง ทั้งนี้ องค์การพัฒนาเอกชนและผู้จ้างงานได้กำหนดให้ผู้ขายบริการทางเพศต้องเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ส่วนผู้ที่ทำงานในภาพบันเทิง (รวมทั้งผู้ขายบริการทางเพศที่เป็นผู้ย้ายถิ่น) ไม่สามารถเข้าถึงทะเบียนได้อย่างแท้จริง ดังนั้น จึงมีปัญหาในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีหากตรวจพบเชื้อเอชไอวีภายใต้กฎหมายต่อต้านการค้ามนุษย์ของประเทศไทยนั้น การเข้าจู่โจมสถานค้าบริการทางเพศส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน และทำให้ผู้ค้าบริการทางเพศต้องถูกส่งกลับประเทศ นอกจากนี้ ตำรวจยังใช้ถุงยางอนามัยเป็นหลักฐานเพื่อจับกุมในข้อหาการค้าประเวณี<sup>28</sup> กฎหมายของประเทศไทยว่าด้วยการควบคุมยาเสพติด (รวมทั้งบทลงโทษจำคุกตั้งแต่ 20 ปี จนถึงตลอดชีวิต สำหรับผู้ค้ายาเสพติดชนิดฉีด บทลงโทษประหารชีวิตสำหรับผู้ค้ายาเสพติด



และพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

ยังได้กำหนดให้มีการรักษาการติดยาเสพติดทั้งในศูนย์รักษายาเสพติดที่ควบคุมโดยชุมชนหรือโดยรัฐจนถึงสามปี<sup>29</sup> ระบบกฎหมายเหล่านี้

ได้บั่นทอนกลยุทธ์ในการลดอันตรายและแนวทางป้องกันเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรเคลื่อนที่และกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะ	หน่วยงานที่เป็นผู้นำ
<p>1. ทบทวนและปรับนโยบายด้านคนเข้าเมืองและสุขภาพระดับชาติให้เข้ากัน เพื่อจัดสรรชุดบริการสุขภาพทางเพศและสุขภาพการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม รวมทั้งบริการป้องกันและรักษาเอชไอวีสำหรับผู้ย้ายถิ่นทุกคนไม่ว่าจะมีสถานะทางกฎหมายอย่างไรก็ตาม โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และให้บริการคุณภาพเช่นเดียวกับพลเมืองของประเทศไทย</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย/ คณะกรรมการเอชไอวีแห่งชาติ</p>
<p>2. ปรับปรุงการเก็บข้อมูลในบริเวณที่มีความเสี่ยงสูงและบริเวณชายแดน เพื่อบ่งชี้ถึงช่องว่างในการให้บริการสำหรับประชากรย้ายถิ่น รวมทั้ง การจัดทำแผนที่การให้บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ลี้ภัย ประวัติด้านเอชไอวี สุขภาพ สถิติประชากร และพฤติกรรมทางเพศของผู้ย้ายถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการให้บริการ</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย กระทรวงแรงงาน</p>
<p>3. ให้ผู้ย้ายถิ่นมีส่วนร่วมในการป้องกันเอชไอวีมากขึ้น โดยอาศัยรูปแบบที่อิงชุมชนและการให้บริการเชิงรุกโดยมีทุนสนับสนุนสำหรับการวางโครงสร้างระยะยาว</p>	<p>คณะกรรมการเอชไอวีแห่งชาติ ประเทศไทย</p>
<p>4. สร้างความมั่นใจว่าผู้ย้ายถิ่นจะยังคงรักษาสิทธิที่มีอยู่ปัจจุบันในระบบประกันสังคม และพิจารณามาตรการต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ย้ายถิ่นสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพระดับชาติได้ดียิ่งขึ้น</p>	<p>กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย</p>
<p>5. ทบทวนและแก้ไขกฎหมายและนโยบายซึ่งทำให้งานบริการทางเพศและการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเป็นอาชญากรรม รวมทั้งใช้มาตรการเพื่อมิให้นำถุงยางอนามัยมาใช้เป็นหลักฐานในการประกอบอาชญากรรม</p>	<p>กระทรวงยุติธรรม ประเทศไทย</p>
<p>6. พัฒนาการตอบโต้เชิงนโยบายอย่างครบวงจร ยั่งยืน และมีผลในหลายภาคส่วน ต่อเอชไอวีและการย้ายถิ่นในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง เพื่อกำหนด: สิทธิบางประการสำหรับแรงงานย้ายถิ่นทุกคนที่มีต่อการป้องกัน การดูแลสุขภาพ และการดูแลด้านเอชไอวี กลไกให้บริการในระดับรองจากระดับชาติ ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยแหล่งทรัพยากรด้านเทคนิคและด้านการเงินต่างๆ การรับประกันว่าจะรักษาความลับและป้องกันมิให้มีการลงโทษผู้ย้ายถิ่นโดยผิดกฎหมายซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพ รวมทั้งประกาศที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ย้ายถิ่นและกลไกในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี (ART)</p>	<p>คณะกรรมการเอชไอวีแห่งชาติ ประเทศไทย / กระทรวงสาธารณสุข / การย้ายถิ่นของแรงงาน</p>



<p>7. พัฒนากลไกความร่วมมือภายในภูมิภาคและรูปแบบที่มีประสิทธิผลในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยเชื้อเอชไอวี การรักษา และการประกันสุขภาพสำหรับผู้ย้ายถิ่นในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ทั้งในประเทศต้นทาง ประเทศผ่านทาง และประเทศปลายทาง</p>	<p>กระทรวงแรงงาน ประเทศไทย/ กองตรวจคนเข้าเมือง / สาธารณสุข/ ผู้ร่วมงานในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง</p>
<p>8. ปรับปรุงการเข้าถึงกลไกการย้ายถิ่นอย่างเป็นทางการ ซึ่งรับประกันถึงงานที่ดี สิทธิแรงงาน และสิทธิด้านสุขภาพอย่างครบวงจรสำหรับผู้ย้ายถิ่นทุกคน และเสริมสร้างการนำกลไกการย้ายถิ่นทวิภาคอย่างเป็นทางการ (MOU และ NVP) มาปฏิบัติเพื่อลดต้นทุนและความซับซ้อน</p>	<p>น้ำโขง</p>

- <sup>1</sup> Ministry of Public Health (2012) Saonum P. Policy Initiatives and Proposed Action for HIV/AIDS and Mobility: Thailand Experiences. Cited in Mandoza A (2013) *HIV Among Migrant Workers Policy and Program Issues*, UN Development Program, Asia Pacific Resource Center
- <sup>2</sup> Huguet J, Chamrathirong A, (2008) *Migration and Development in Thailand. A Desk Review of Migrant Labour Sectors*. International Organization for Migration, Bangkok, Thailand
- <sup>3</sup> Prasatkul et al (2010) cited in Chalernpol Chamchan Kanya Apipornchaisakul, *A Situation Analysis on Health System Strengthening for Migrants in Thailand*, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- <sup>4</sup> Asian Development Bank (2013) *Facilitating Safe Labor Migration in the Greater Mekong Subregion: challenges, and forward-looking interventions*. Mandaluyong City, Philippines
- <sup>5</sup> Thailand AIDS Response Progress Report 2012: Status at a glance (31 Mar 2012) From: <http://www.aidsdatahub.org> Accessed at 18 July 2012
- <sup>6</sup> Chantavanich S (2000), *Mobility and HIV/AIDS in the Greater Mekong Subregion*, Asian Development Bank, United Nations Development Program
- <sup>7</sup> Mekong Migration Network (MMN) and Asian Migrant Centre (AMC) (2013) *Migration in the Greater Mekong Subregion, In-depth study on border economic zones and migration*, Thailand
- <sup>8</sup> National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS THAILAND, 2012-2016, National Aids Committee Thailand
- <sup>9</sup> UNGASS County Progress report Thailand Reporting Period January 2008- December 2009 From: <http://www.aidsdatahub.org>. Accessed at 11 July 2012
- <sup>10</sup> Thailand 2010 IBBS Survey: Thailand AIDS Response Progress Report 2012: Status at a glance (31 Mar 2012) From: <http://www.aidsdatahub.org> Accessed at 18 July 2012
- <sup>11</sup> ESCAP (2007) Health Without Borders: Improving health and reducing HIV/AIDS vulnerability among long-distance road transport workers through a multisectoral approach. From: [www.unescap.org/publications/detail.asp?id=1217](http://www.unescap.org/publications/detail.asp?id=1217)
- <sup>12</sup> IBBS Survey (2010) Ministry of Public Health, Thailand, National AIDS Management Center. Cited in Mandoza A (2013) *HIV Among Migrant Workers Policy and Program Issues*, UN Development Program, Asia Pacific Resource Center
- <sup>13</sup> IOM (2010) Provincial Health Offices. Prenatal HIV intervention monitoring system database. Cited in Mandoza A (2013) *HIV Among Migrant Workers Policy and Program Issues*, UN Development Program, Asia Pacific Resource Center
- <sup>14</sup> IOM (2010), Ministry of Public Health, UNAIDS, and The Canada South East Asia Regional HIV/AIDS Project Migration and HIV/AIDS in Thailand: Triangulation of Biological, Behavioural and Programmatic Response Data in Selected Provinces , Bangkok 2010
- <sup>15</sup> IOM (2010) HIV sero-prevalence sentinel surveys, Thailand Ministry of Health. Cited in Mandoza A (2013) *HIV Among Migrant Workers Policy and Program Issues*, UN Development Program, Asia Pacific Resource Center
- <sup>16</sup> Ministry of Public Health, Thailand, 2010 National AIDS Management Center. Cited in Mandoza A (2013) *HIV Among Migrant Workers Policy and Program Issues*, UN Development Program, Asia Pacific Resource Center
- <sup>17</sup> IOM (2008) *Migration and Development in Thailand. A Desk Review of Migrant Labour Sectors*. International Organization for Migration, Bangkok, Thailand
- <sup>18</sup> ILO (2009) Mandatory HIV testing for employment of migrant workers in eight countries of South-East Asia: From discrimination to social dialogue, International Labour Office and International organization for Migration, Bangkok, Thailand
- <sup>19</sup> Thai Ministry of Public Health, Border Health Development Master Plan 2012-2016 page 9 Bureau of Policy and Strategy
- <sup>20</sup> Brahm Press, Raks Thai Foundation. PHAMIT Program Making “Migrant Friendly” Health Services a Reality in Thailand. Accessed at [www.phamit.org](http://www.phamit.org), 13 July 2013
- <sup>21</sup> <http://bk.asia-city.com/city-living/news/bangkok-shopping-malls-mobile-HIV-test-units> accessed 3 Aug 2013
- <sup>22</sup> Regional Workshop on Reviewing of the GMS countries’ Existing RH Legislations, policies and services for women and female migrant workers, 24-28 September 2012, Raks Thai Foundation



---

<sup>23</sup> MAP Foundation (2013) *Social Insecurity for Migrants legally in Thailand*. Accessed at <http://prachatai.com/english/> 2<sup>nd</sup> August 2013

<sup>24</sup> ILO (2013) Social protection assessment based national dialogue: towards a nationally defined social protection floor in Thailand, International Labour Organization and United Nations Country Team, Thailand

<sup>25</sup> Mekong Migration Network (MMN) and Asian Migrant Centre (AMC) *Migration in the Greater Mekong Subregion, In-depth study on border economic zones and migration*, April 2013, Thailand

<sup>26</sup> Mekong Migration Network, *Arrest, Detention and Deportation, Policies, Issues and experiences of Migrants*, Mekong Migration Network, Thailand, 2013

<sup>27</sup> Mekong Migration Network and Asian Migrant Centre, *Migration in the Greater Mekong Subregion Resource Book: In-depth Study: Arrest, Detention and Deportation*, Hong Kong: Mekong Migration Network and Asian Migrant Centre, 2008

<sup>28</sup> Empower Foundation 2012 *Hit and Run: Sex Worker's Research on Anti trafficking in Thailand*, Empower Foundation, Thailand International Organization for Migration, Bangkok, Thailand

<sup>29</sup> Patients, not criminals? An assessment of Thailand's compulsory drug dependence treatment system, From: [www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1483](http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1483)  
Accessed 23 July 2013