



กรมอนามัย
Department of Health

สถานการณ์การเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ของประชาชนกลุ่มเปราะบางและ ด้อยโอกาสของสังคม

(กลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

HEALTH



กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ

Executive Summary

This research paper focuses on a project by the Health Center for Ethnic Group, Marginal People, and Migrant Workers under Thailand's Department of Health, Ministry of Public Health. The project aims to enhance access to health promotion services across age groups and improve environmental health for vulnerable and disadvantaged populations, including ethnic groups, marginalized individuals, and migrant workers. The initiative aligns with Thailand's 13th National Economic and Social Development Plan, focusing on reducing intergenerational poverty and ensuring adequate social protection for all age groups. The Department of Health's mission is to promote health across all age groups and reduce disparities in health promotion access for these vulnerable populations.

Methodology:

1. Access to Health Services: The study assesses the current state of access to health promotion services for vulnerable groups, focusing on barriers they face in utilizing available health benefits.

2. Data Analysis: It relies on secondary data from government reports, databases, and statistical sources. The analysis includes quantitative methods (frequency distribution and percentage) and qualitative comparisons with health standard criteria.

3. Health Promotion Gaps: The research identifies gaps in access to health services for marginalized populations and provides insights into improving health equity by addressing these disparities.

Key Findings:

This study conducted by the Department of Health in Thailand addresses the accessibility of health services for vulnerable and disadvantaged populations, including ethnic groups, migrant workers, and stateless people. It provides a detailed analysis of the current state of health promotion services in the country, with findings highlighting key areas of concern for both Thai nationals and non-Thai nationals.

1. Overall, Health Coverage:

- A total of 67,099,302 people are registered in Thailand's national health insurance system (UCINFO), divided into various categories: 69.8% under the national health insurance (UC), 19.1% under social security, and smaller percentages under civil servant/state enterprise rights, local government employee welfare, and rights for persons with status issues (STP).
- Despite these efforts, certain populations – such as migrant workers, stateless people, and some ethnic groups – remain underserved and face barriers in accessing healthcare.

2. Thai Nationals:

- Among ethnic groups in 20 highland provinces, only 49.28% of the total population (861,693 people) accessed health services under the benefit package.

- Elderly people showed the highest access (91.20%), while younger age groups such as adolescents and school-age children had significantly lower access rates.
 - The study concludes that except for the elderly, other age groups have not met the Ministry of Public Health's targets for accessing quality health services.
3. **Non-Thai Nationals:**
- There are 724,265 non-Thai individuals with status issues in nine main categories, including ethnic minorities, stateless persons, and migrant workers.
 - The largest groups include those registered as having no formal status and those living in Thailand without being surveyed.
 - Only 292,758 migrant workers and their dependents (out of approximately 3 million) have purchased health insurance, leaving a significant portion uncovered.
4. **Gaps in Healthcare Access:**
- Several groups, such as stateless people without identification, urban refugees, and illegal immigrants, are missing from Thailand's universal health insurance system.
 - Many migrant workers are also excluded due to non-registration by employers or a lack of knowledge about health insurance systems.

Recommendations:

1. **Improving Stateless Population Rights:**
 - The study calls for systematic monitoring of stateless people's human rights issues, including health rights for stateless children and youth. A coordinating committee is suggested to streamline efforts.
2. **Birth and Status Registration:**
 - It recommends improvements in birth certification and immediate registration for stateless children, along with legal recognition of their status within the timeframe stipulated by law.
3. **Expanding Health Coverage:**
 - The Ministry of Public Health is urged to expedite health protection initiatives for stateless populations who lack health insurance. This includes proposing policies that provide basic health rights for these groups.
4. **Educational Campaigns:**
 - Related agencies should campaign for education that addresses ethnic and cultural diversity, ensuring stateless children receive adequate educational opportunities to improve their quality of life.
5. **Data Integration:**
 - A central database system on stateless populations is recommended to help relevant agencies in policy formulation and service provision.

Conclusion:

The study emphasizes the need for enhanced health services and protection for vulnerable groups, particularly ethnic minorities, stateless populations, and migrant workers. The recommendations focus on strengthening policy coordination, improving legal status recognition, and expanding access to health services to ensure these populations are not left behind.

บทสรุปผู้บริหาร

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานโครงการสำคัญของกรมอนามัย : โครงการยกระดับการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม เป็นการดำเนินงานภายใต้แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 หมายความว่า 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และคนไทยทุกคน มีความคุ้มครองทางสังคม ที่เพียงพอ เหมาะสม มีเป้าหมายให้คนทุกช่วงวัยได้รับความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต กรมอนามัยมีภารกิจหลักในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และเพื่อลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงสิทธิด้านส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม จึงได้ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ของประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ คนชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ดำเนินการโดยศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานสถานการณ์ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานราชการ องค์กรของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ที่เผยแพร่ทั้งในรูปแบบระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และข้อมูลสถิติ รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องนั้น

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย ในภาพรวมพบว่าประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ UCINFO ทั้งหมดจำนวน 67,099,302 ราย แบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาลหลัก ได้แก่ 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UC จำนวน 46,860,921 ราย ร้อยละ 69.80 2) สิทธิประกันสังคม: SSS จำนวน 12,817,608 ราย ร้อยละ 19.10 3) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ: OFC จำนวน 5,399,981 ราย ร้อยละ 8.00 4) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น: LGO จำนวน 687,570 ราย ร้อยละ 1.00 และ 5) สิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ: STP จำนวน 715,945 ราย ร้อยละ 1.10 6) สิทธิอื่น ๆ จำนวน 433,392 ราย ร้อยละ 0.60 7) สิทธิว่าง (อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสิทธิ) 171,711 ราย ร้อยละ 0.30 และ 8) สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ: DIS จำนวน 12,075 ราย ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มบุคคลที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในระบบ UCNIFO และตกหล่นอยู่ เช่น กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามซึ่งไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย ที่เดินทางเข้าเมืองถูกและไม่ถูกกฎหมาย ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมซึ่งกลุ่มนี้นายจ้างจะขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมให้ตามกฎหมาย หรือกลุ่มที่ซื้อประกันสุขภาพกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข สามารถจำแนกได้เป็นสองกรณีตามหลักสัญชาติ ได้แก่ กรณีบุคคลสัญชาติไทย และกรณีไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย โดยกรณีบุคคลสัญชาติไทย คือ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัด จำนวน 861,693 คน เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 424,647 คน คิดเป็นร้อยละ 49.28 โดยกลุ่มวัยสูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ร้อยละ

51.80) กลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 43.99) และกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น (ร้อยละ 28.62) ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้านคุณภาพกับค่าเป้าหมายตัวชี้วัดย่อยกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงกลุ่มวัยสูงอายุเท่านั้นที่เข้าถึงและได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่กลุ่มวัยอื่น ๆ ยังเข้าไม่ถึงบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามเป้าหมาย จึงควรมีการศึกษาและวิเคราะห์เพิ่มเติมในเรื่อง “ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพฯ อย่างที่ควรเป็น” เพื่อเป็นชุดข้อมูลด้านสุขภาพ และเพื่อกำหนดมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่มประชากรต่อไป ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทั่วไป เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร ภาษา วัฒนธรรมความเชื่อ ข้อจำกัด ทัศนคติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ระยะเวลา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ยานพาหนะ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ปัจจัยด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น สถานะบุคคลและสิทธิด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิ ความตระหนักรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิและสุขภาพของตน ตลอดจนปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ข้อมูล กรณีไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย ได้แก่ กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน 724,265 คน แบ่งเป็น 9 ประเภทหลัก พบว่ากลุ่มที่มีจำนวนมากและเป็นปัญหาในปัจจุบันสามลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มเลข 0-89 คือกลุ่มที่ได้รับจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน จำนวน 239,045 คน (ร้อยละ 33), กลุ่มเลข 0-00 คือชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานและตกสำรวจ จำนวน 196,518 คน (ร้อยละ 27) และ กลุ่มเลข 6 คือ ต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แต่อยู่ชั่วคราว เช่น ชาวต่างชาติแต่งงานกับคนไทย และต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แต่อนุมัติให้อยู่ได้ เช่น ชนกลุ่มน้อยชายแดน-ชาวเขา จำนวน 191,828 คน (ร้อยละ 24) ตามลำดับ ประชาชนกลุ่มนี้ หากได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียน กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับการพิสูจน์ว่าเข้าหลักเกณฑ์ของกองทุน จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามเงื่อนไขของกองทุนดังกล่าวฯ และ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่เข้าเมืองถูกกฎหมายไม่รวมผู้ติดตาม จำนวน 3,072,220 คน แบ่งเป็น ประเภทแรงงาน ตามมติ ครม. จำนวน 2,406,322 คน (ร้อยละ 78.33), ประเภทนำเข้าตาม MoU จำนวน 624,227 คน (ร้อยละ 20.32) และประเภทไป-กลับ ตามฤดูกาล จำนวน 41,671 (ร้อยละ 1.36) และส่วนใหญ่เป็นสัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 2,297,458 คน (ร้อยละ 74.8) รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา จำนวน 491,898 คน (ร้อยละ 16), สัญชาติลาว จำนวน 279,189 คน (ร้อยละ 9) และสัญชาติเวียดนาม จำนวน 3,675 คน (ร้อยละ 0.2) และจากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2567 ทั้งหมดสี่สัญชาติ (เมียนมาร์ กัมพูชา ลาว และเวียดนาม) มีการขึ้นทะเบียนเพื่อซื้อประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว เพียง 292,758 คน แบ่งเป็น สัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 196,343 คน (ร้อยละ 67.1) รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา จำนวน 79,217 คน (ร้อยละ 27), สัญชาติลาว จำนวน 15,833 คน (ร้อยละ 5.4) สัญชาติอื่นๆ จำนวน 1,178 (ร้อยละ 0.4) และสัญชาติเวียดนาม จำนวน 187 คน (ร้อยละ 0.06) พบว่าแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามบางส่วน ที่มีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ติดตาม ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว จำนวน 292,758 คน แต่ยังเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งหมด (ซื้อประกันประมาณ 2.9 แสนคน จากจำนวนทั้งหมดประมาณ 3 ล้านคน) นอกจากนี้ยังพบว่ามี กลุ่มที่ยังคงตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ 5 กลุ่มดังต่อไปนี้ (1) คนไร้สัญชาติที่ไร้เอกสารแสดงตน (2) แรงงานข้ามชาติที่ได้รับ

อนุญาตทำงาน แต่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ อาจเพราะนายจ้างไม่ได้แจ้งขึ้นทะเบียน หรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคม แต่ไม่มีการจ่ายสมทบต่อ และแรงงานในภาคเกษตร (3) กลุ่มผู้ลี้ภัยในเมือง (Urban Refugee) (4) กลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ (5) กลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกต้อง และรัฐบาลจัดให้เป็นกลุ่มความมั่นคง เฉพาะพิเศษ อาทิ กลุ่มเมียนมาร์มุสลิม และ (6) นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ เช่นกลุ่มทัวร์ 0 เหรียญ เมื่อประชาชนกลุ่มเหล่านี้ เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล จะเกิดค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเงินเอง กรณีบางรายมีศักยภาพสามารถชำระเงินได้เอง และบางรายส่วนใหญ่ไม่สามารถชำระเงินค่ารักษาพยาบาลได้ จะมีสถานะค้างชำระไม่สามารถเรียกเก็บได้จากกองทุนใดๆ ถูกผลักเป็นค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์และหนี้เสียของโรงพยาบาล กลายเป็นภาระทางการเงินของรัฐบาลต่อไป รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการดำเนินการดังนี้

1) พัฒนากลไกติดตามสถานการณ์และการแก้ไขด้านสิทธิมนุษยชนของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยรัฐบาลควรจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการดำเนินการแก้ไขปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติเพื่อเป็นกลไกประสานงาน ติดตามการดำเนินงานทั้งระบบและพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายการขับเคลื่อนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของกลไกด้านสุขภาพ

2) ร่วมดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง มาตรการ หลักเกณฑ์ และแนวปฏิบัติการรับรองการเกิด และการจดทะเบียนทันทีหลังการเกิดและการรับรองสิทธิ มีการพัฒนาระบบกระบวนการพัฒนาสิทธิในสัญชาติของเด็กไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทยให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กฎหมายกำหนด

3) กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่บุคคลที่ไร้รัฐไร้สัญชาติยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงกลุ่มบุคคลที่กฎหมายถือว่าไม่มีรากเหง้า โดยเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาให้กับบุคคลและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมที่ยั่งยืนและถาวร

4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาและการรับรองสถานะบุคคลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่จัดการศึกษาในพื้นที่และองค์กรภาคประชาสังคม ผนึกความร่วมมือถึงประโยชน์ของการศึกษาและจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมในพื้นที่โดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ เพื่อให้เด็กเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติสามารถเข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในระบบ/นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยได้ตลอดหลักสูตรขั้นพื้นฐานและสร้างฐานข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการคืนสิทธิและสถานะสัญชาติต่อไป

5) สนับสนุนการพัฒนากระบวนการฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติในทุกมิติ สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตลอดจนดำเนินการรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลขับเคลื่อนในเชิงยุทธศาสตร์และแผนงาน ตลอดจนเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไป

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน	13
บทที่ 4 สรุปผลการดำเนินงาน	15
บทที่ 5 วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	32
อ้างอิง	40

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขมาตั้งแต่อดีต คณะรัฐบาลในยุคนั้นได้เสนอต่อสภาให้มีการจัดตั้ง กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2485 เป็นต้นมา ระยะเวลาเกือบร้อยปีระบบสาธารณสุขไทย ได้พัฒนาตามยุคสมัยและสถานการณ์จนถึงปัจจุบัน กรอบการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ดำเนินงานภายใต้เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนในเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยเรื่องสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วย ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้ระบุลงในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) และมีความเชื่อมโยงกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ฉบับปัจจุบัน ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพไว้ในมาตรา 47 ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงก่อนและหลังการคลอดย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของสังคม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง และแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขฉบับปัจจุบัน ประกอบด้วยประเด็นสำคัญทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องสิทธิทางสุขภาพของประชาชน อีกทั้งยังมีแผนยุทธศาสตร์ชาติ ที่ครอบคลุมด้านสาธารณสุขเป็นตัวสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อสร้างประโยชน์สุขให้แก่ประชาชนนั้น

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย ข้อมูลจากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (กันยายน 2565) ความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั่วประเทศเขตสุขภาพที่ 1-12 ไม่รวมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งหมด 39,290,382 คน พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) 23,294,605 คน (ร้อยละ 59.29), รองมาใช้สิทธิประกันสังคม 7,852,050 คน (ร้อยละ 19.98), ชำระเงินเอง/ต่างด้าว 5,308,231 คน (ร้อยละ 13.51), ใช้สิทธิข้าราชการรัฐวิสาหกิจ 2,785,693 คน (ร้อยละ 7.09) และ อื่นๆ (บันทึกรหัสสิทธิไม่ตรงรหัสมาตรฐาน) 49,803 คน (ร้อยละ 0.13) ตามลำดับ ด้านบริการสุขภาพได้แก่ จำนวนเตียงต่อประชากร 1,000 คนทั่วประเทศ 2.17 เตียงต่อประชากร 1,000 คน (รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, 2559) อัตราการครองเตียงประเทศไทย ร้อยละ 76 ขณะที่ค่าเฉลี่ย OECD ร้อยละ 77.30 จำนวนวันนอนเฉลี่ย ประเทศไทย 4.08 วัน ขณะที่ค่าเฉลี่ย OECD 7.7 วัน การดูแลก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ ครบ 4 ครั้ง ประเทศไทยร้อยละ 93 ขณะที่

ค่าเฉลี่ย OECD ร้อยละ 95 การดูแลทารกแรกคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเทศไทยร้อยละ 99.60 ขณะที่ค่าเฉลี่ย OECD ร้อยละ 93.08 (Health at Glance Thailand 2017) และในด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of Health) จากการเปลี่ยนผ่านไปสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้ปัจจัยหลายอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้รูปแบบการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ เด็กคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงการเข้าถึงบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประเด็น น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและความเป็นเมือง โดยข้อมูลรายงาน Health at Glance Thailand 2017 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสัดส่วนประชากรที่เข้าถึงการดื่มน้ำสะอาด ปี 2558 ประเทศไทยเข้าถึงร้อยละ 98 ขณะที่ทั่วโลกเข้าถึง ร้อยละ 91 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ที่มีสาเหตุจากน้ำและสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัยและขาดสุขอนามัยในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราตาย (1.9 ต่อประชากร 100,000 คน) สูงกว่ามาเลเซีย (0.4 ต่อประชากร 100,000 คน) และสิงคโปร์ (0.1 ต่อประชากร 100,000 คน) ร้อยละของประชากรที่เข้าถึงการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ปี 2558 ประเทศไทยเข้าถึงร้อยละ 93 ขณะที่ทั่วโลกเข้าถึงร้อยละ 68 ข้อมูล Pollution Index ประเทศไทยอยู่ที่ 72.83 ติดอันดับ 6 ประเทศที่มีค่า Pollution Index สูง (อยู่ระหว่าง 0-100 : ยิ่งตัวเลขเลขสูงค่ามลพิษยิ่งสูง) (World Health Statistic 2016) ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนในประเทศไทย ปี 2559 กรมควบคุมมลพิษ พบว่าปริมาณขยะมูลฝอย 27.06 ล้านตัน กำจัดไม่ถูกต้อง 11.68 ล้านตัน กำจัดถูกต้อง 9.5 ล้านตัน และนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้เพียง 5.81 ล้านตัน เท่านั้น จากข้อมูลข้างต้นภาพรวมของประเทศไทย ทั้งด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยระบบสุขภาพของประเทศไทยดีเป็นอันดับต้นๆ ในภูมิภาคเอเชีย เห็นได้จากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการบริหารจัดการสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี แต่กลับพบว่าการให้บริการทางสาธารณสุขของไทยยังไม่ครอบคลุมกับทุกกลุ่มคน การเข้าถึงสิทธิทางสาธารณสุขของประชาชนมีข้อจำกัดโดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบางทางสังคมจนเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งกลุ่มเปราะบางในที่นี้จะมุ่งเน้นไปที่ กลุ่มประชากรเฉพาะที่มีความแตกต่างจากประชากรในเขตเมือง เป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและภาษา เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ชายแดน และประชากรกลุ่มนี้ยังมีปัญหาทางด้านสถานะทางกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการจากภาครัฐได้อย่างครอบคลุม รวมถึงยังขาดฐานข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากรที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ วางแผนพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเป้าหมาย ทำให้เกิดแนวโน้มและความเสี่ยง จากข้อจำกัดด้านสิทธิพื้นฐาน ด้านสถานะบุคคล ประชากรกลุ่มนี้ มีช่องว่างด้านข้อมูล และมักไม่ปรากฏตัวตนในการวิเคราะห์ แนวโน้มและสถานการณ์ต่างๆ จากการวิเคราะห์สถานการณ์สำคัญของกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับสถานการณ์ทั้งในระดับโลกและภายในประเทศ กลุ่มเหล่านี้ คาดว่าจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีความมั่นคงน้อยที่สุดใน 10 ปี ข้างหน้า

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจหลักในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความแตกต่างด้านการเข้าถึง สิทธิด้านส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม จึงได้ศึกษาสถานการณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ของประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาส ของสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ คนชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลทางสาธารณสุขต่อไป

บทที่ 2

ข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐไทยได้จัดบริการให้แก่ประชาชนทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ โดยได้ค้นคว้า ศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 ความหมายและแนวคิดการเข้าถึงบริการ
- 2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 2.3 การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 2.4 ชุติสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “5 กลุ่มวัย” สำหรับคนไทยทุกคน
- 2.5 กลุ่มประชากรเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม
 - 2.5.1 กลุ่มชาติพันธุ์
 - 2.5.2 คนชายขอบ
 - 2.5.3 แรงงานข้ามชาติ

2.1 ความหมายและแนวคิดการเข้าถึงบริการ

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster, 1988:7) ให้ความหมาย การเข้าถึงบริการว่าหมายถึง การกระทำที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย วิธีทางที่นำไปสู่จุดมุ่งหมาย และสิทธิการเข้าถึง (The right to enter, approach, or use; admittance)

วารี ปัญจะพลินกุล (2543:37) ให้ความหมายการเข้าถึง ไว้ว่า หมายถึง วิธีทาง หนทาง หรือ วิธีการในการเข้าหา การได้มาหรือการใช้หนทางในการใช้ประโยชน์สื่ออำนวยความสะดวกต่างๆ การจัด สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อที่จะลดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เท่าเทียม ทัวถึง และเป็นธรรม

อุบลพันธุ์ วัฒนา (2547: 17) ให้ความหมายการเข้าถึงบริการว่าหมายถึงวิธีทาง หนทางที่ ผู้ใช้บริการจะได้รับความสะดวกในการเข้าถึงประโยชน์ตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น การเข้าถึงบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอาคารสถานที่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านสาธารณูปการ เพื่อให้ ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ทัวถึงและเท่าเทียม

Machanic (1972, อ้างถึงใน อมราภรณ์ จรจันทร์, 2550: 13) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการทาง สุขภาพ คือความพอเพียงของการบริการและแหล่งประโยชน์ของระบบบริการสุขภาพ และต้องพิจารณาถึง ศักยภาพ และความพยายามในการแสวงหาวิธีการรักษาของผู้รับบริการร่วมด้วย ซึ่งความพยายามของ ผู้รับบริการขึ้นอยู่กับเจตคติ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการคือ ความสะดวกและความสามารถของผู้ใช้บริการ ในการหาช่องทาง รับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของ WHO (as cited in Jantara, 2007) ที่กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นการบริการดูแลประชาชนแบบปฐมภูมิ ซึ่งขึ้นอยู่กับ 1) ด้านภูมิศาสตร์ ที่จะพิจารณาถึงระยะทางระยะเวลาในการเดินทางทาง และความสะดวกในการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการสุขภาพ 2) ด้านการเงิน หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ 3) ด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริหารสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบและวัฒนธรรมของชุมชนและผู้ให้บริการ และ 4) ด้านหน้าที่หมายถึง การให้บริการสุขภาพตามพื้นฐาน อันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง และ Penchansky & Thomas (1981) ยังได้เพิ่มมิติในเรื่องของ การยอมรับ ซึ่งเป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการด้านสุขภาพ ในการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับในเชิงวัฒนธรรม ภาษา และศาสนา เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการปฏิบัติของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น การปฏิบัติตนของผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกมีกำแพงขวางกั้นเมื่อต้องมาใช้บริการ ผู้ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารในการให้บริการที่ดี นอกจากนี้ Obrist (2007) เสนอว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยในระดับมหภาคและปัจจัยในระดับจุลภาคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดย ปัจจัยระดับมหภาคได้แก่ (1) นโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับองค์กร ลักษณะองค์กรและกระบวนการดำเนินงาน(2) สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ที่มี เช่น สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลของเอกชน ร้านยา การแพทย์ทางเลือกต่างๆ รวมทั้งบุคลากรในการจัดการบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยระดับจุลภาค ได้แก่ องค์ประกอบของการดำรงชีพ (หมายถึง ต้นทุนด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ต้นทุนทางสังคม ต้นทุนทางธรรมชาติ ต้นทุนทางมนุษย์ ต้นทุนทางการเงิน และต้นทุนทางกายภาพ ซึ่งต้นทุนต่างๆ เหล่านี้อยู่ภายใต้อิทธิพลของภาวะเศรษฐกิจ การเมือง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สภาพดินฟ้าอากาศ โรค) และความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้งความต้องการบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้จะผลักดันให้เกิดการแสวงหาบริการสุขภาพ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการตามแนวคิด ของเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) จะเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในส่วนบุคคลและระบบบริการ ส่วนมิติองค์การอนามัยโลก (WHO, 1978) เป็นมิติที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิ

องค์ประกอบด้านการเข้าถึงบริการ เฟดเดอร์ริก เอ. เดย์ และ บุญเลิศ เลียวประไพ (Frederick A. Day and Boonlert Leoprapai, 1977: 66-86) อธิบายถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ชนิดใดก็ตาม ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่มีอยู่ เวลา ประสบการณ์ในอดีต ความสนิทสนมคุ้นเคย ผู้ให้บริการ' การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปที่อื่นๆ เศรษฐฐานะ ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม
2. ลักษณะของสถานบริการ คือ คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือ หรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอย

3. ปัจจัยแทรกซ้อน หมายถึง ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับการเดินทาง สภาพ ถนนหรือทางเข้าออก ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้

2.3 การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ

เป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาบริการ การประเมินสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถทำได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ตัวอย่าง เครื่องมือเชิงประจักษ์ ที่สามารถใช้ประเมินความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ (insurance coverage) และอัตราการใช้บริการ (utilization rate) เครื่องมือเชิงคุณภาพ ที่พบมีการใช้เพื่อประเมินความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือ ความคิดเห็นของประชาชนหรือผู้รับบริการ ต่อคุณภาพการบริการ หรือต่อการปฏิบัติจากบุคลากรในสถานบริการ

การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ หรือความต้องการนำผลการประเมินไปใช้ อย่างไรก็ตาม มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่พบมีการอ้างถึงในหลายงานวิจัยคือ มิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เสนอโดย Penchansky and Thomas (1981) ซึ่งเสนอว่า การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรประเมินจาก 5 มิติ หรือ “5A” ดังต่อไปนี้

บริการที่มี (Availability) ซึ่งพิจารณาจากความเหมาะสมของสัดส่วนของการมีอยู่ของสถานบริการ (ซึ่งในที่นี้ หมายถึงสถานบริการที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) ต่อจำนวนของผู้ที่ต้องการรับบริการ ตลอดจนความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่ตรงตามความต้องการของประชาชน

การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) พิจารณาการเข้าถึงทางกายภาพ (Physical accessibility) จากความเหมาะสมทางด้านภูมิศาสตร์ของสถานบริการว่าเอื้อต่อการใช้บริการหรือไม่ โดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบคือ

- (1) ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ
- (2) ระยะเวลาในการเดินทาง
- (3) วิธีการเดินทางที่สะดวก

ความเพียงพอ (Adequacy) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการที่อำนวยความสะดวกให้ประชาชนได้มาใช้บริการ ประเมินจากความไว้วางใจและเชื่อมั่นของประชาชนต่อความสามารถของสถานบริการ ความพึงพอใจต่อลักษณะการจัดบริการ เช่น ช่วงเวลาให้บริการมากเพียงพอที่ประชาชนจะได้ใช้บริการ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่มีความยุ่งยากหรือ ซับซ้อนจนเกินไป

ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็นการพิจารณาราคาของบริการเทียบกับความสามารถในการจ่ายของผู้ต้องการบริการ โดยพิจารณาทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่นค่าเดินทาง ที่ใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ รวมทั้งอัตราความครอบคลุมของประกันสุขภาพ ประเภทของโรค หรือยาที่ครอบคลุมในประกันสุขภาพ

การยอมรับ (Acceptability) เป็นการพิจารณาความสามารถของสถานบริการในการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับในเชิงวัฒนธรรม ภาษาและศาสนา เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อการปฏิบัติของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น การปฏิบัติตนของผู้ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการที่ไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกมีกำแพงขวางกั้นเมื่อต้องมาใช้บริการ ผู้ให้บริการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารในการให้บริการที่ดี วิธีการประเมินแต่ละมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีทั้งส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และ

ส่วนที่เป็นเชิงคุณภาพ อันได้แก่ ความคิดเห็น มุมมองของบุคคล โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการในแต่ละมิติของการเข้าถึงบริการ นอกจากจะใช้เพื่อประเมินคุณภาพการบริการแล้ว ยังสามารถใช้เพื่อวิเคราะห์ว่ามีมิติใดใน 5A ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงมากที่สุด (Maxwell, 1992)

2.4 ชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “5 กลุ่มวัย” สำหรับคนไทยทุกคน

บริการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นบริการหรือกิจกรรมที่ให้โดยตรงแก่บุคคลครอบครัวหรือกลุ่มบุคคล เพื่อสร้างความตระหนักและขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง

บริการป้องกันโรค เป็นบริการหรือกิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล ครอบครัวหรือกลุ่มบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ทั้งนี้ไม่รวมถึงการเฝ้าระวังโรค และการป้องกันไม่ให้ผู้ที่ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหรือการชะลอความรุนแรงของการป่วย โดยให้ถือว่าบริการดังกล่าวเป็นกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เป็นบริการที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณรายปีให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนคนไทยทุกสิทธิหลักประกัน ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ลดอัตราการป่วย-เสียชีวิต และประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลในระยะยาวได้ โดยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ให้ความสำคัญนอกจากการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่มวัย ได้แก่

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด มีสิทธิประโยชน์ทดสอบการตั้งครรภ์ ตรวจครรภ์และประเมินความเสี่ยง ตรวจครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ ตรวจเลือดคัดกรองภาวะโลหิตจาง ซีฟิลิส เอชไอวี ตับอักเสบ บี ธาลัสซีเมียและดาวน์ ตรวจปัสสาวะ ฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยักและวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก โฟลิกและไอโอดีน การให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ตรวจช่องปากและฟัน ขัดและทำความสะอาดฟันรวมถึงการขูดหินน้ำลาย ประเมินสุขภาพจิต ตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสมุดบันทึกสุขภาพ และในปีนี้ได้เพิ่มเติมสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองซีฟิลิสและธาลัสซีเมียในสามีหรือคู่ของหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-5 ปี มีสิทธิประโยชน์ ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค ตับอักเสบ บี บาดทะยัก คอตีบ ไอกรณ โปลิโอ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อูจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า หัด หัดเยอรมัน คางทูม ไข้หวัดใหญ่ และใช้สมองอักเสบเจอี ตรวจเลือดคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ (โรคเอ๋อ) ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อเอชไอวี ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเพื่อติดตามการเจริญเติบโต ตรวจคัดกรองพัฒนาการ ตรวจช่องปากและฟัน เคลือบฟลูออไรด์ การให้ยาไทรอกซินป้องกันภาวะพร่องไทรอยด์ ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก ยาด้านไวรัสเอชไอวี สมุดบันทึกสุขภาพ/บันทึกพัฒนาการ และแว่นตาหากมีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ

กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6-24 ปี มีสิทธิประโยชน์ฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก วัคซีนเอชพีวี ป้องกันมะเร็งปากมดลูก (สำหรับนักเรียนหญิง ป.5) ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเพื่อติดตามการเจริญเติบโต ตรวจเลือดคัดกรองภาวะโลหิตจาง เอชไอวี ตรวจช่องปากและฟัน ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจคัดกรองสายตาและการได้ยิน คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ สุรา และสารเสพติด เคลือบฟลูออไรด์และหลุมร่องฟัน การให้

ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก แวนตาหากมีภาวะสายตาสั้นผิดปกติ การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การคุมกำเนิด การให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ

กลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี มีสิทธิประโยชน์ ฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน เอชไอวี คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ สุราและสารเสพติด คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (50-70 ปี) เคลือบฟลูออไรด์ การให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การคุมกำเนิด ให้ความรู้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิประโยชน์บริการ ดังนี้ ฉีดวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก ตรวจประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตรวจ วัดดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ตรวจเลือดคัดกรองเบาหวาน เอชไอวี คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง คัดกรองโรคซึมเศร้า ตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ (50-70 ปี) การเคลือบฟลูออไรด์ ให้ความรู้ออกกำลังกาย และฝึกสมองป้องกันโรคสมองเสื่อม ให้ความรู้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ (คู่มือการใช้สิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ธันวาคม 2564)

2.5 กลุ่มประชากรเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม

2.5.1 กลุ่มชาติพันธุ์

ตามคำนิยามของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านต่างๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกัน มีลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์ พัฒนาและสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษ และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนสู่คนรุ่นอนาคต (แผนแม่บทการพัฒนาชนกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2558-2560) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) รวมไปถึงการสืบทอดทางสายโลหิต เชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อ วิธีการดำรงชีวิต วัฒนธรรมประเพณี ของกลุ่มชนใดกลุ่มชนหนึ่ง ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยทั่วไปใช้คำว่า “เผ่า” เพื่อแยกกลุ่มชนที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ออกจากกัน

กลุ่มชาติพันธุ์ เมื่อแบ่งตามลักษณะทางภาษา ในประเทศไทย เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม (Multicultural Society) มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ประวัติศาสตร์ ภาษา วิถีชีวิต วัฒนธรรม และอัตลักษณ์ ของประชาชนในชาติ ซึ่งรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าต่าง ๆ ที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกันไป โดยแบ่งได้เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ภาษาทั้งสิ้นถึง 70 กลุ่ม กระจายอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของประเทศ แบ่งออกเป็นสองลักษณะ คือ 1) ความสัมพันธ์เชิงเชื้อสายหรือตระกูลภาษา ซึ่งแบ่งเป็นตระกูลใหญ่ๆ ได้ 5 ตระกูล ได้แก่ ตระกูลไท (24 กลุ่ม), ตระกูลออสโตรเอเชียติก (23 กลุ่ม), ตระกูลออสโตรเนเซียน (3 กลุ่ม), ตระกูลจีน-ทิเบต (21 กลุ่ม) และตระกูลม้งเมี่ยน (2 กลุ่ม) และ 2) ความสัมพันธ์เชิงสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ภาษา กลุ่มชาติพันธุ์ทั้งกว่า 70 กลุ่ม จากตระกูล ภาษาต่าง ๆ นั้น มีสถานภาพทางสังคมหรือมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันไป ในระดับประเทศ ระดับท้องถิ่นภูมิภาค และระดับชุมชน โดยมีภาษาไทยมาตรฐานเป็นภาษาที่ใช้เชื่อมโยงกลุ่มชาติพันธุ์ภาษาต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ได้จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์

ในประเทศไทยขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 มีการแนะนำกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสิ้น 36 กลุ่ม โดยจำแนกกลุ่มชาติพันธุ์ตามตระกูลภาษา 5 ตระกูล คือ กลุ่มตระกูลภาษาไท-กะได กลุ่มตระกูลภาษาออสโตรเอเชียติก กลุ่มตระกูลภาษาจีน-ทิเบต กลุ่มตระกูลภาษาออสโตรเนเซียน และกลุ่มตระกูลภาษาม้ง-เมี่ยน

กลุ่มชาติพันธุ์ เมื่อแบ่งตามลักษณะขนบธรรมเนียมประเพณี หมายถึง กลุ่มคนที่มีจุดกำเนิดร่วมกัน มีขนบธรรมเนียมประเพณีแบบแผนเดียวกัน รวมถึงเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ และสัญชาติ สอดคล้องกัน มีความรู้สึกผูกพันทางสายเลือดและทางวัฒนธรรม พร้อมกับเป็นความรู้สึกผูกพันที่ช่วยสร้างเสริมอัตลักษณ์ของบุคคลและชาติพันธุ์ โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์นั้น หากนับถือศาสนาเดียวกันหรือได้รับอิทธิพลจากกระบวนการกล่อมเกลாத่างสังคมาเดียวกัน กลุ่มชาติพันธุ์นั้นจะรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างมาก (ทีมา อมรา พงศาพิชญ์. (2537). วัฒนธรรมศาสนาและชาติพันธุ์วิเคราะห์สังคมไทยแบบมนุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีกำหนดการรับรองสิทธิและเสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคลภายใต้รัฐธรรมนูญนี้ ไว้ มาตรา 27 กำหนดว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน และห้ามมิให้เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง นอกจากกำหนดให้บุคคลมีสถานะที่เท่าเทียมกันแล้ว รัฐธรรมนูญยังกำหนดไว้เป็นบทบัญญัติเฉพาะในมาตรา 70 ให้เป็นภาระหน้าที่สำคัญของรัฐ ที่จะต้องส่งเสริมและให้ความคุ้มครองชาวไทยกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ให้มีสิทธิดำรงชีวิตตามวัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตดั้งเดิมตามความสมัครใจได้อย่างสงบสุข ไม่ถูกรบกวน เท่าที่ไม่เป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐหรือสุขภาพอนามัย รัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายสูงสุดที่บัญญัติคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลและพลเมืองไว้ ถือได้ว่าเป็นหลักประกันที่สำคัญให้การคุ้มครองและให้เกิดกลไกต่าง ๆ ที่เป็นภาระหน้าที่ในรัฐต้องดำเนินการ ๆ เป็นสำคัญด้วย

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย มีอยู่จำนวนมาก อาทิ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง กลุ่มชาติพันธุ์มอญ กลุ่มชาติพันธุ์ชาวกู เป็นต้น กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยตั้งถิ่นฐานกระจายตัวกันอยู่ทั่วทุกภูมิภาคทั่วประเทศจำนวนกว่า 70 กลุ่ม โดยมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีเป็นของตนเอง กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีจำนวนกว่า 6,100,000 คน หรือร้อยละ 9.68 ของประชากรทั้งประเทศ จำแนกตั้งถิ่นฐานออกได้เป็นลักษณะดังนี้ กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูงหรือชนชาวเขา กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ กลุ่มชาวเลและกลุ่มอาศัยอยู่ในป่า กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่หลากหลาย แตกต่างไปตามเศรษฐกิจ สังคม จารีต ประเพณี สภาพภูมิสังคมในการตั้งถิ่นฐานที่อยู่ โดยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือชนชาวเขา จะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูงจำนวนมากทางภาคเหนือ เป็นสังคมเกษตรกรรมที่พึ่งพิงอาศัยป่าเป็นหลักกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่ราบ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่มีวิถีการดำรงชีวิตกลมกลืนกับคนไทยทั่วไปมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ทั้งยังมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น กลุ่มชาติพันธุ์ชาวเลเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานริมชายฝั่งทะเลหรือตามหมู่เกาะต่าง ๆ มีอาชีพทำประมงเป็นหลัก (ทีมา: รายงานความก้าวหน้าการติดตามการปฏิรูปประเทศด้านสังคม เรื่อง การคุ้มครองกลุ่มชาติพันธุ์และการจัดทำร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมและอนุรักษ์กลุ่มชาติพันธุ์ ฯ สำนักเลขาธิการวุฒิสภา)

พื้นที่สูง ชุมชนบนพื้นที่สูง หมายถึง พื้นที่ที่เป็นที่อยู่อาศัย ที่ตั้งบ้านเรือนและที่ทำกินของ ชาวเขาเผ่าต่างๆ และชนกลุ่มน้อย ที่มีความลาดชันเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 35 หรือมีความสูงเหนือระดับน้ำทะเล 500 เมตร ขึ้นไปในจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือและภาคตะวันตก 20 จังหวัด โดยมีชุมชนบนพื้นที่สูง ตั้งถิ่นฐาน เป็นแหล่งอาศัยทำกินของชนชาวเขาเผ่าต่างๆ รวมทั้งชนกลุ่มน้อยอื่นๆ และ คนไทยพื้นราบขึ้นไปอยู่อาศัยทำ กินปะปนกับชาวเขา

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หมายถึง ประชาชนคนไทยที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ อาศัยอยู่และ ทำกินที่อยู่ในพื้นที่ ที่มีความลาดชันโดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 35 หรือมีความสูงกว่าระดับน้ำทะเล 500 เมตร ขึ้นไป ในจังหวัดต่างๆ 20 จังหวัด คือจังหวัดกาญจนบุรี กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน ประจวบคีรีขันธ์ พะเยา พิษณุโลก เพชรบุรี เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน ราชบุรี เลย ลำปาง ลำพูน สุโขทัย สุพรรณบุรี และอุทัยธานี (ระเบียบสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการพิจารณาลงรายการสถานะบุคคลในทะเบียนราษฎร ให้แก่บุคคลบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2543) กลุ่มชาติ พันธุ์ส่วนใหญ่ จะตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง ใน 20 จังหวัด 113 อำเภอ 374 ตำบล 3,704 หมู่บ้าน/กลุ่มบ้าน 310,079 หลังคาเรือน จำนวน 13 กลุ่ม (1,125,525คน) จำแนกเป็น 1)กะเหรี่ยง 2)ม้ง (แม้ว) 3)เย้า (เมี่ยน) 4)ลีซู (ลีซอ) 5)ลาหู่ (มูเซอ) 6)อาข่า (อีเก้อ) 7)ลัวะ 8)ถิ่น 9)ขมุ 10)จีนฮ่อ 11)ตองซุ 12)คะฉิ่น และ13)ปะหล่อง (ดาลาอั้ง) เรียงลำดับประชากร จากมากไปหาน้อย 5 อันดับแรก ได้แก่ 1. กะเหรี่ยง (548,195 คน) 2. ม้ง (207,151 คน) 3. ลาหู่ (มูเซอ) (116,126 คน) 4. อาข่า (อีเก้อ) (87,429 คน) 5. ลัวะ (58,803 คน) อ้างอิงจากแผน แม่บทการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2558-2560) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ และทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ครอบคลุมพื้นที่ 20 จังหวัด ของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559 กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์

2.5.2 คนชายขอบ

“คนชายขอบ” หมายถึง บุคคล หรือ กลุ่มคนส่วนน้อย ที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์กลาง ไม่ได้รับการ ยอมรับให้รวมเข้าเป็นพวกเดียวกับคนในกระแสวัฒนธรรมหลัก ขาดการให้ความสำคัญ จึงไม่อยู่ในข่ายที่จะ ได้รับสิทธิพื้นฐาน และไม่สามารถเข้าถึงความเป็นธรรมที่รัฐจัดสรรให้ โดยอ้างอิงตาม มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ มีความ ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติ ได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพนั้น ในที่นี้ได้กำหนดคำนิยาม ของ “คนชายขอบ” คือ “กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ประกอบด้วยบุคคล

- 1) กลุ่มที่คณะรัฐมนตรีรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวร ได้แก่
 - 1.1) ผู้ที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 3 และ 4 ที่เข้าเมืองโดยชอบได้ สิทธิอาศัยถาวร ตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2552 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.14
 - 1.2) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำ ตัวบุคคลเป็นเลข 5 และ 8 เป็นคนต่างด้าวที่ เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายมีสิทธิอาศัยถาวร ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.14

2) กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา

2.1) กลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับซึ่งได้รับการสำรวจทำทะเบียนประวัติ และบัตรสี/บัตรประจำตัวผู้ไม่ใช่สัญชาติไทยเพื่อการควบคุมและอยู่ระหว่างการแก้ปัญหา (1) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 6 เป็นคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว ตามมาตรา 12,13,34,35 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ตามมาตรา 17 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.13 (2) กลุ่มที่มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 7 เป็นบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราวที่เกิดในประเทศไทย ตามมาตรา 12,13,34,35 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และบุตรคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายที่เกิดในประเทศไทย ตามมาตรา 17 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.13

2.2) กลุ่มที่ได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล เฉพาะกลุ่มต่อไปนี้ (1) กลุ่มนักเรียนในสถานศึกษาที่รับสวัสดิการจากรัฐบาลด้านการศึกษา มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก (2) กลุ่มไร้รากเหง้า มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก (3) กลุ่มคนที่ทำประโยชน์ให้กับประเทศ มีเลขขึ้นต้นในบัตรประจำตัวบุคคลเป็นเลข 0 ประเภททะเบียนราษฎร ท.ร.38 ก

2. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 ประกอบด้วยบุคคล

1) กลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา

1.1) กลุ่มที่ได้รับการสำรวจเพื่อจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรประจำตัวบุคคลผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ตามแบบสำรวจเพื่อจัดทำทะเบียนสำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน (แบบ 89) ภายใต้ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย (1) ชนกลุ่มน้อยที่อพยพเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งเป็นบุคคลเป้าหมาย กลุ่มที่ 1 ของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล หลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (2) บุตรของบุคคลตามกลุ่มเป้าหมายของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล (3) บุคคลกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลในโครงการเฉพาะ เช่น บุคคลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา

2.5.3 แรงงานข้ามชาติ

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ให้คำนิยามศัพท์เฉพาะคำว่า “แรงงานข้ามชาติ” หมายถึง คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย ตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับ 2) พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

คนต่างด้าวมาตรา 59 (ประเภทนำเข้าตาม MoU) ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่เข้ามาทำงานตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทย กับรัฐบาลประเทศคู่ภาคี

คนต่างด้าวมาตรา 64 ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงาน บริเวณชายแดนในลักษณะไป – กลับ หรือตามฤดูกาลในพื้นที่ความตกลงว่าด้วยการสัญจรข้ามแดนระหว่าง ราชอาณาจักรไทย กับประเทศที่ติดกับราชอาณาจักรไทย

คนต่างด้าวมาตรา 63/2 ได้แก่ แรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและอนุญาตให้ทำงานเป็นการชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้แก่ กลุ่มคนต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 และตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566

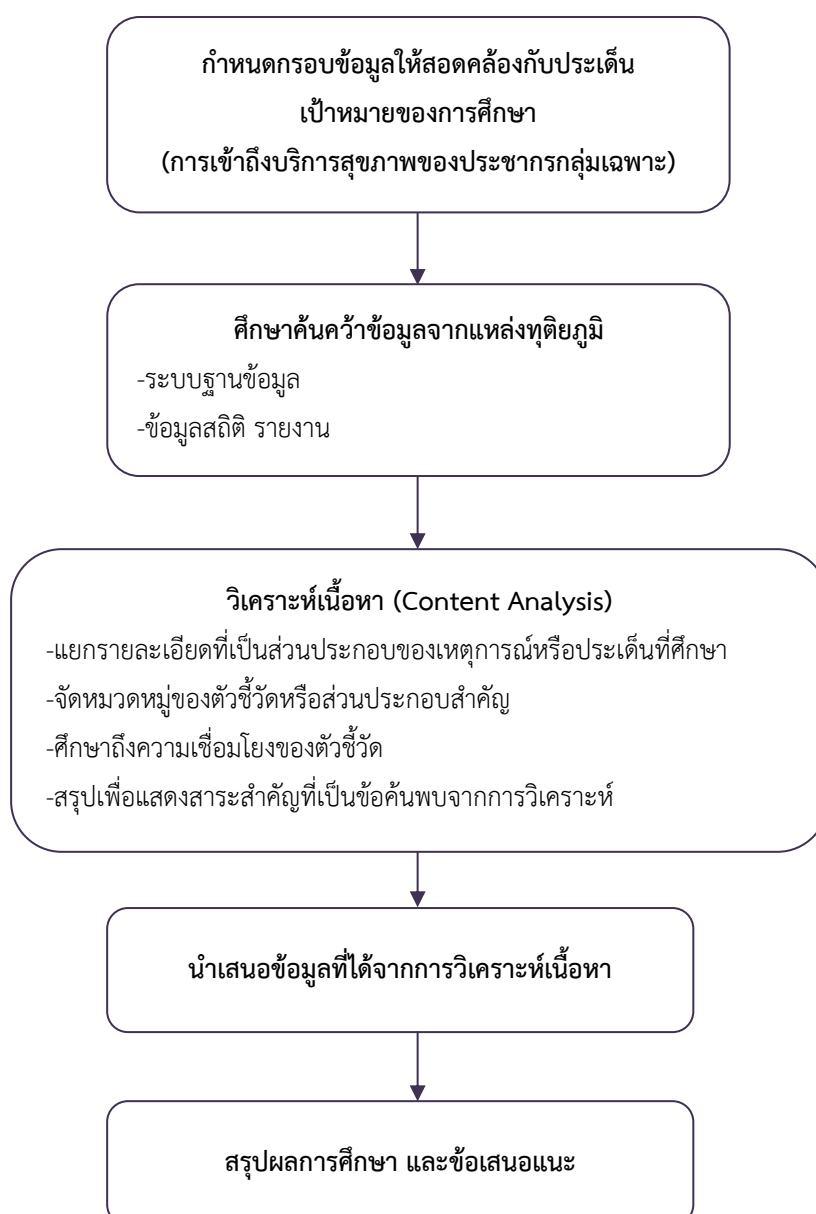
บทที่ 3

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ดำเนินงานโดยการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลประเภททุติยภูมิ รายงานสถานการณ์ข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยงานราชการและองค์การของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ที่เผยแพร่ทั้งในรูปแบบทางระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และข้อมูลสถิติ รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

3.1 วางกรอบแนวคิด

โดยการกำหนดกรอบข้อมูลให้สอดคล้องกับประเด็น เป้าหมายของการศึกษา



3.2 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลประเภททุติยภูมิ ได้แก่ รายงานสถานการณ์ข้อมูล ต่างๆ ของหน่วยงานราชการและองค์การของรัฐบาลที่เกี่ยวข้อง ที่เผยแพร่ทั้งในรูปแบบทางระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และข้อมูลสถิติ รายงานประจำเดือน รายงานประจำปี จากแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

3.2.1 ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย

3.2.2 ระบบฐานข้อมูล UCINFO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2.3 รายงานสถิติการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3.2.4 รายงานสถานการณ์ข้อมูลแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

3.2.5 รายงานข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3.3 วิเคราะห์ข้อมูล

โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมด โดยแยกให้เห็นถึงส่วนประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบเหล่านั้น มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 แยกรายละเอียดที่เป็นส่วนประกอบของเหตุการณ์หรือประเด็นที่ศึกษา

3.3.2 จัดหมวดหมู่ของตัวชี้วัดหรือส่วนประกอบสำคัญ

3.3.3 ศึกษาถึงความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดหรือส่วนประกอบเหล่านั้น

3.3.4 สรุปเพื่อแสดงสาระสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากการวิเคราะห์

3.4 นำเสนอข้อมูล

นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แสดงผลของชุดข้อมูลต่างๆ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ แสดงในรูปแบบตารางข้อมูล แผนภูมิประกอบ เพื่อสื่อให้เห็นลักษณะการกระจายของข้อมูล สัดส่วน แนวโน้มในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

3.5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

เขียนรายงานผลการศึกษาเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานว่าได้ค้นพบข้อเท็จจริง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือตัวชี้วัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

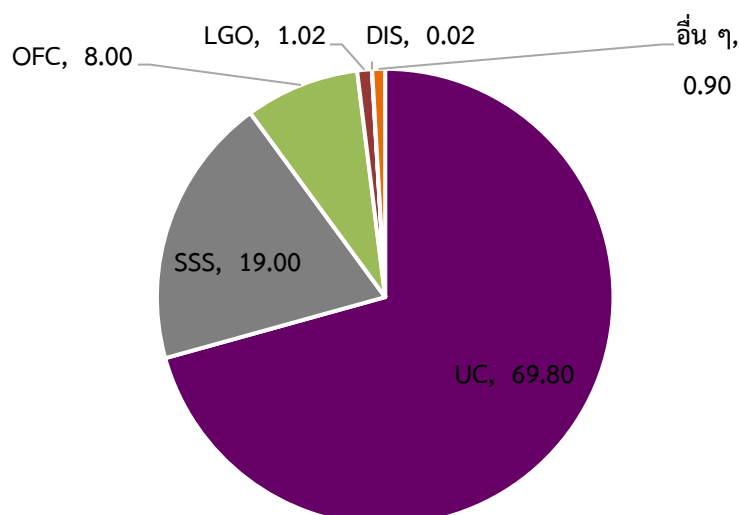
บทที่ 4

สรุปผลการดำเนินงาน

4.1 สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาพรวมประเทศไทย ปี 2567

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย ข้อมูลจากระบบ UCINFO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กันยายน 2567) จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย 67,099,302 ราย แบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาลหลัก ได้แก่ 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: UC จำนวน 46,860,921 ราย ร้อยละ 69.80 2) สิทธิประกันสังคม: SSS จำนวน 12,817,608 ราย ร้อยละ 19.10 3) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ: OFC จำนวน 5,399,981 ราย ร้อยละ 8.00 4) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น: LGO จำนวน 687,570 ราย ร้อยละ 1.00 และ 5) สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ: DIS จำนวน 12,075 ราย ร้อยละ 0.02 6) สิทธิ STP จำนวน 715,945 ราย ร้อยละ 1.10 7) สิทธิอื่น ๆ จำนวน 433,392 ราย ร้อยละ 0.60 และ 8) สิทธิว่าง 171,711 ราย ร้อยละ 0.30

กราฟที่ 1 แสดงสัดส่วนประเภทสิทธิรักษาพยาบาล ประเทศไทย ปี 2567 จำแนกตามประเภทสิทธิหลัก



ข้อมูล : เดือนกันยายน 2567 ระบบ UCINFO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ <https://ucinfo.nhso.go.th/>

คำอธิบายชื่อย่อสิทธิประชากร

สิทธิ UC : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท/บัตรทอง)

สิทธิ DIS : สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ

สิทธิ SSS : สิทธิประกันสังคม

สิทธิ STP : บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (Stateless)

สิทธิ OFC : สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

สิทธิว่าง : บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนตามมาตรา 6 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิ LGO : สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนการลงทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาล ประเทศไทย ปี 2567 จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนประชากรสิทธิ UC (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิ OFC (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิ SSS (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิ LGO (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิ DIS (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิ STP (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิว่าง (ราย)	จำนวนประชากรสิทธิอื่นๆ (ราย)	รวม (ราย)
เขต 1 เชียงใหม่	3,916,777	542,394	780,407	77,856	538	325,022	33,938	56,176	5,733,108
เขต 2 พิษณุโลก	2,498,940	283,470	254,037	38,210	310	138,226	7,449	35,612	3,256,254
เขต 3 นครสวรรค์	2,096,200	215,893	203,595	29,945	195	2,157	2,420	5,165	2,555,570
เขต 4 สระบุรี	3,524,486	525,124	1,654,941	45,493	1,345	11,528	15,635	26,125	5,804,677
เขต 5 ราชบุรี	3,754,594	439,779	1,025,312	54,447	1,161	121,628	7,076	67,923	5,471,920
เขต 6 ระยอง	4,268,341	394,336	2,955,760	44,723	1,894	27,533	16,096	50,994	7,759,677
เขต 7 ขอนแก่น	3,561,165	404,662	344,320	73,388	354	1,269	3,464	7,663	4,396,285
เขต 8 อุดรธานี	4,132,205	346,094	296,453	64,455	284	12,668	4,529	13,209	4,869,897
เขต 9 นครราชสีมา	4,822,846	458,832	536,789	71,253	567	2,995	8,585	9,496	5,911,363
เขต 10 อุบลราชธานี	3,306,927	326,115	230,453	57,923	243	10,087	3,531	7,729	3,943,008
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	3,452,105	378,074	608,310	53,383	543	34,390	5,819	35,686	4,568,310
เขต 12 สงขลา	3,966,079	458,898	426,255	69,212	434	5,402	4,686	25,255	4,956,221
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	3,560,256	626,310	3,500,976	7,282	4,207	23,040	58,483	92,359	7,872,913
รวม	46,860,921	5,399,981	12,817,608	687,570	12,075	715,945	171,711	433,392	67,099,203

ข้อมูล : เดือนกันยายน 2567 ระบบ UCINFO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo/registration_pop

คำอธิบายชื่อย่อสิทธิประชากร

สิทธิ UC : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท/บัตรทอง)

สิทธิ SSS : สิทธิประกันสังคม

สิทธิ OFC : สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

สิทธิ LGO : สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

สิทธิ DIS : สิทธิผู้ประกันตนคนพิการฯ

สิทธิ STP : บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

สิทธิว่าง : บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนตามมาตรา 6 พรบ.หลักประกันสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละการลงทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล ประเทศไทย ปี 2567 จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	สิทธิ UC	สิทธิ OFC	สิทธิ SSS	สิทธิ LGO	สิทธิ DIS	สิทธิ STP	สิทธิว่าง	สิทธิอื่นๆ
เขต 1 เชียงใหม่	68.3	9.5	13.6	1.4	0.01	5.7	0.6	1.0
เขต 2 พิษณุโลก	76.7	8.7	7.8	1.2	0.01	4.2	0.2	1.1
เขต 3 นครสวรรค์	82.0	8.4	8.0	1.2	0.01	0.1	0.1	0.2
เขต 4 สระบุรี	60.8	9.1	28.5	0.8	0.02	0.2	0.3	0.5
เขต 5 ราชบุรี	68.6	8.0	18.7	1.0	0.02	2.2	0.1	1.2
เขต 6 ระยอง	55.1	5.1	38.1	0.6	0.02	0.4	0.2	0.7
เขต 7 ขอนแก่น	80.9	9.2	7.8	1.7	0.01	0.0	0.1	0.2
เขต 8 อุดรธานี	84.8	7.1	6.1	1.3	0.01	0.3	0.1	0.3
เขต 9 นครราชสีมา	81.5	7.8	9.1	1.2	0.01	0.1	0.1	0.2
เขต 10 อุบลราชธานี	83.8	8.3	5.8	1.5	0.01	0.3	0.1	0.2
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	75.6	8.3	13.3	1.2	0.01	0.8	0.1	0.8
เขต 12 สงขลา	80.0	9.3	8.6	1.4	0.01	0.1	0.1	0.5
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	45.2	8.0	44.5	0.1	0.05	0.3	0.7	1.2
รวม	69.8	8.0	19.1	1.0	0.02	1.1	0.3	0.6

ข้อมูล : เดือนกันยายน 2567 ระบบ UCINFO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo/registration_pop

คำอธิบายชื่อย่อสิทธิประชากร

สิทธิ UC : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท/บัตรทอง)

สิทธิ SSS : สิทธิประกันสังคม

สิทธิ OFC : สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

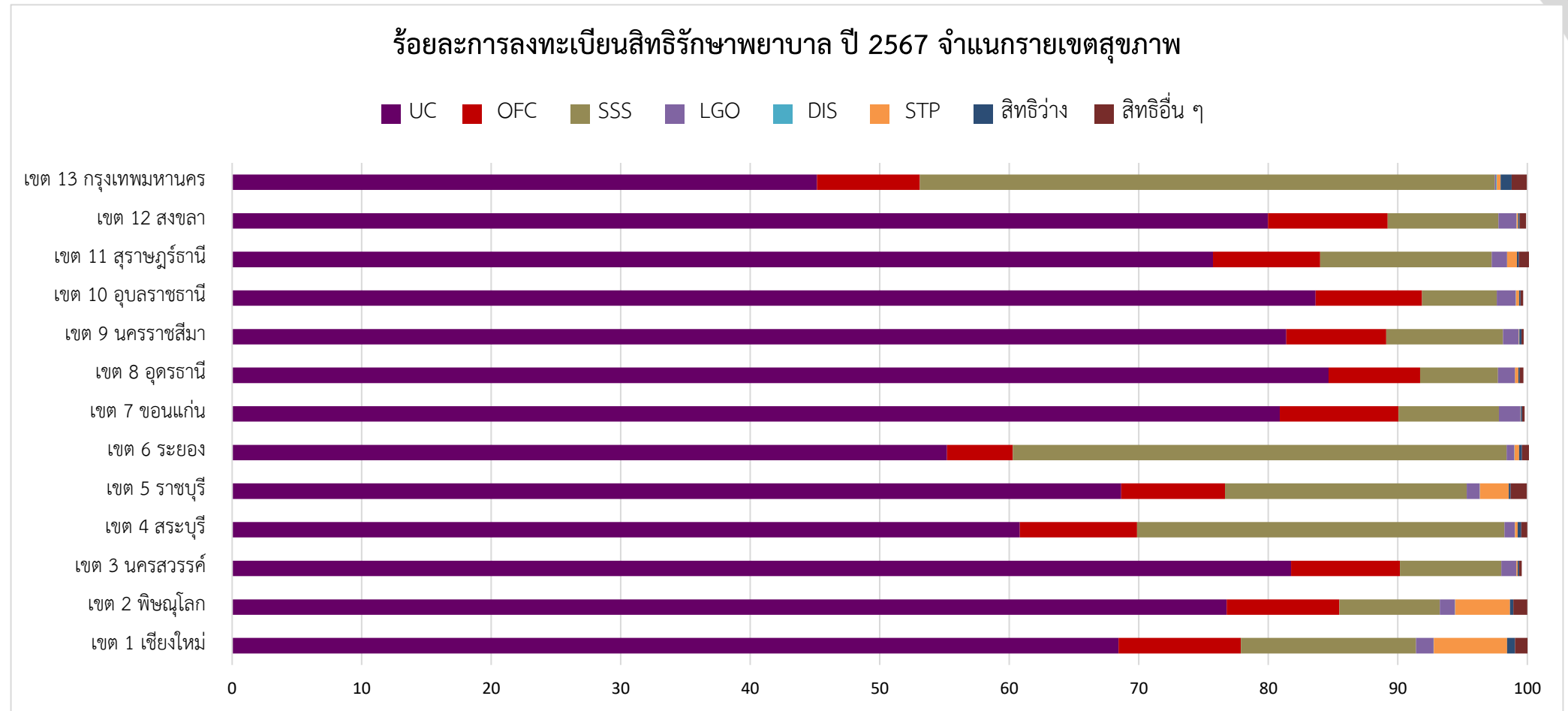
สิทธิ LGO : สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

สิทธิ DIS : สิทธิผู้ประกันตนคนพิการฯ

สิทธิ STP : บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

สิทธิว่าง : บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนตามมาตรา 6 พรบ.หลักประกันสุขภาพ

กราฟที่ 2 แสดงร้อยละของประชากรลงทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาล ประเทศไทย ปี 2567 จำแนกรายเขตสุขภาพ



คำอธิบายชื่อย่อสิทธิประชากร

- สิทธิ UC : สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาท/บัตรทอง)
- สิทธิ SSS : สิทธิประกันสังคม
- สิทธิ OFC : สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- สิทธิ LGO : สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น

- สิทธิ DIS : สิทธิผู้ประกันตนคนพิการฯ
- สิทธิ STP : บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- สิทธิว่าง : บุคคลที่ยังไม่ลงทะเบียนตามมาตรา 6 พรบ.หลักประกันสุขภาพ

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ
กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

4.2 สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

4.2.1 จำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงประเทศไทย

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ได้ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม โดยได้พัฒนาระบบ HHDC Dashboard ที่เชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังสถานการณ์ วางแผน วิเคราะห์ เปรียบเทียบ การเฝ้าระวังสถานการณ์ แนวโน้มสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งข้อมูลของประชากรกลุ่มนี้มักไม่ปรากฏในระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยข้อมูลนี้จะช่วยในการวางแผน และตัดสินใจในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงตามพื้นที่ และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมของประชากรกลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาสของสังคม กลุ่มประชากรเข้าถึงยาก ประชากรที่มีข้อจำกัด คนชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกำหนด คำนิยาม: ประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม ในที่นี้หมายถึง “ประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 20 จังหวัดทั่วประเทศไทย ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน ตาก สุโขทัย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เลย”

ในปีงบประมาณ 2567 ที่ผ่านมาได้ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นบริการสุขภาพดังกล่าว เป็นบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดบริการให้แก่ประชาชน ทั้งคนไทยและคนต่างชาติ ให้ได้รับบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพตามหลักมนุษยธรรม โดยไม่เลือกปฏิบัติ โดยมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง ใน 20 จังหวัด 113 อำเภอ 374 ตำบล 3,704 หมู่บ้าน/กลุ่มบ้าน 310,079 หลังคาเรือน จำนวน 13 กลุ่ม (1,125,525 คน) จำแนกเป็น กะเหรี่ยง, ม้ง (แม้ว), เย้า (เมี่ยน), ลีซู (ลีซอ), ลาหู่ (มูเซอ), อาข่า (อิก้อ), ลัวะ, ถิ่น, ขมุ, จีนฮ่อ, ตองซู่, คะฉิ่น และปะหล่อง (ดะลาอั้ง) เรียงลำดับจำนวนประชากรจากมากไปน้อย 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) กะเหรี่ยง (548,195 คน) 2) ม้ง (207,151 คน) 3) ลาหู่ (มูเซอ) (116,126 คน) 4) อาข่า (อิก้อ) (87,429 คน) และ 5) ลัวะ (58,803 คน) อ้างอิงจากแผนแม่บทการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2558 - 2560) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ครอบคลุมพื้นที่ 20 จังหวัด ของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559 กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกตามเขตสุขภาพ

ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์รายเขตสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพ									
เขตสุขภาพ	จำนวน			ประชากร					
	หมู่บ้าน	ครัวเรือน	ครอบครัว	ชาย	หญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง	รวม	ร้อยละ (1)
เขต 1	2,719	168,064	183,723	290,129	287,751	112,072	110,555	800,507	69.72
เขต 2	547	42,365	53,284	84,442	85,171	38,674	38,046	246,333	21.45
เขต 5	200	17,844	19,176	29,327	29,358	11,098	10,061	79,844	6.95
เขต 3	57	4,442	5,279	6,855	6,976	2,905	2,922	19,658	1.71
เขต 8	3	416	406	928	919	0	0	1,847	0.16
รวมทั้งหมด	3,526	233,131	261,868	411,681	410,175	164,749	161,584	1,148,189	100

หมายเหตุ : ร้อยละ (1) = จำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ (รายเขตสุขภาพ) × 100 / จำนวนประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด (ประเทศ)

ที่มา : ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดในประเทศไทย พ.ศ.2559 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากตารางที่ 4 พบว่า ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1 และเขตสุขภาพที่ 2 มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงอาศัยอยู่ ทั้งหมด 1,046,840 คน คิดเป็นร้อยละ 91.17 ของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงทั้งหมดในประเทศไทยที่มีอยู่ 1,148,189 คน โดยมีข้อสังเกตว่ามีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นมากกว่า 100,000 คน ต่อเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 800,507 คน และเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 246,333 คน ตามลำดับ

4.2.2 สถานการณ์การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 4 กลุ่มวัยของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัด

ตารางที่ 5 แสดงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

บริการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	เข้าถึงบริการ (คน)	สถานการณ์ (ร้อยละ)	ค่าเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุข
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	8,655	6,487	74.95	≥75
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	8,529	5,656	66.31	≥65
3. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	9,216	5,635	61.14	≥65
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	13,453	11,484	85.36	100
5. เด็ก อายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	280,269	136,575	48.73	≥63
รวม	320,122	165,837		

ตารางที่ 6 แสดงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น

บริการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	เข้าถึง บริการ (คน)	สถานการณ์ (ร้อยละ)	เป้าหมาย กระทรวง สาธารณสุข
1. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	381	66	17.32	≤8
2. เด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ (caries free) และเด็กอายุ 12 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	76,929	40,328	52.42	≥74
3. เด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) มีภาวะเตี้ย	146,051	23,526	16.11	≤10
รวม	223,361	63,920		

ตารางที่ 7 แสดงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน

บริการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	เข้าถึง บริการ (คน)	สถานการณ์ (ร้อยละ)	เป้าหมาย กระทรวง สาธารณสุข
1. ประชากรวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	201,881	88,799	43.99	≥58
รวม	201,881	88,799		

ตารางที่ 8 แสดงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ

บริการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (คน)	เข้าถึง บริการ (คน)	สถานการณ์ (ร้อยละ)	เป้าหมาย กระทรวง สาธารณสุข
1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	92,504	90,120	97.57	≥96.75
2. ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ	23,825	15,971	68.03	≥44
รวม	116,329	106,091		

ตารางที่ 9 แสดงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

บริการสุขภาพ	ประชากร (คน)	เข้าถึงบริการ (คน)	ร้อยละ
1.กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	320,122	165,837	51.80
2.กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น	223,361	63,920	28.62
3.กลุ่มวัยทำงาน	201,881	88,799	43.99
4.กลุ่มวัยสูงอายุ	116,329	106,091	91.20
รวม	861,693	424,647	49.28

แหล่งข้อมูล : วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ; ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง
<https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/>

ประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม (กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง 20 จังหวัด) ทั้งหมด จำนวน 861,693 คน เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 424,647 คน คิดเป็นร้อยละ 49.28 โดยกลุ่มวัยสูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 51.80) กลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 43.99) และกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น (ร้อยละ 28.62) ตามลำดับ

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพคนชายขอบ
(ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)

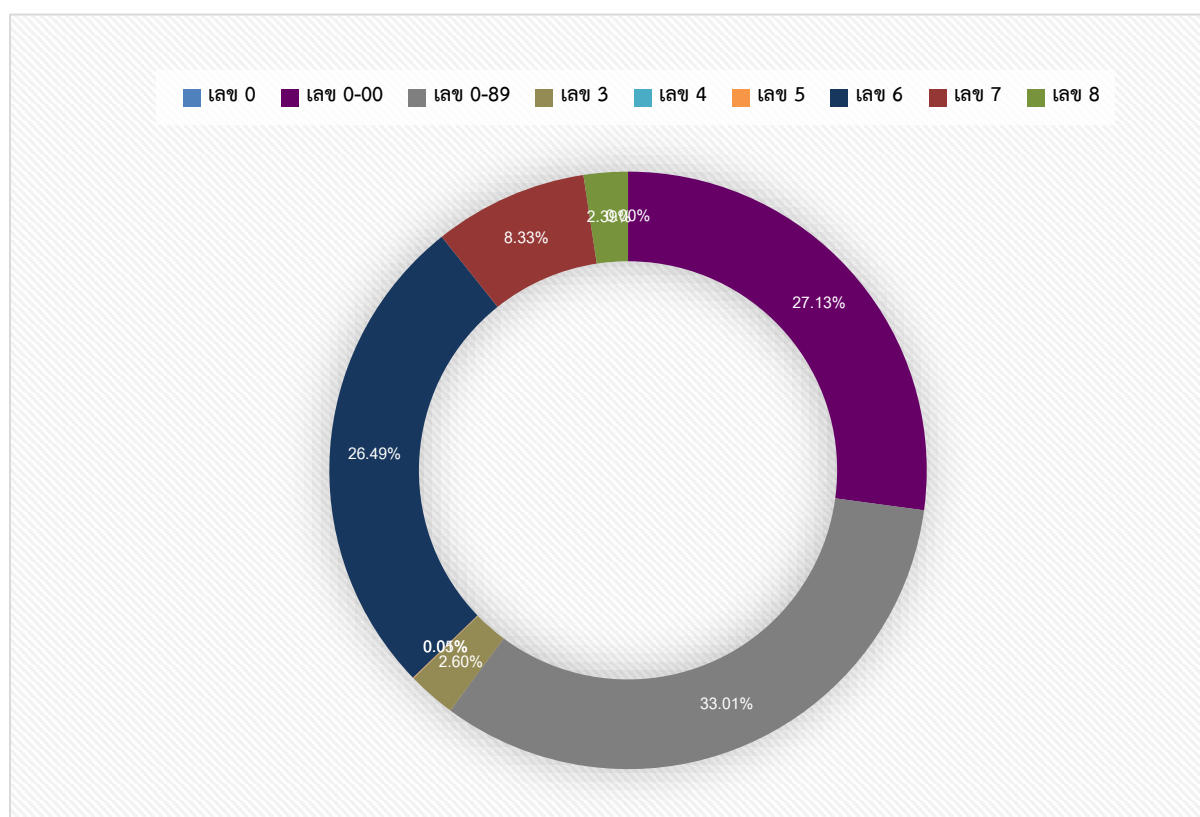
4.3 สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพคนชายขอบ (ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ลำดับ	ประเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เลข 0	7	0.001
2	เลข 0-00	196,518	27.133
3	เลข 0-89	239,045	33.005
4	เลข 3	18,839	2.601
5	เลข 4	77	0.011
6	เลข 5	327	0.045
7	เลข 6	191,828	26.486
8	เลข 7	60,332	8.330
9	เลข 8	17,292	2.388
	รวม	724,265	100

แหล่งข้อมูล : รายงานสถิติการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566, กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ <https://state.moph.go.th/>
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กราฟที่ 3 แสดงร้อยละของคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ



***ประเภทของบุคคล ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ**

- เลข 1 = คนไทย/สัญชาติไทย แง้เกิดภายใน 15 วัน (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2527)
- เลข 2 = คนไทย/สัญชาติไทย แง้เกิดเกินกำหนด 15 วัน
- เลข 3 = คนไทย/ต่างด้าว ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน (ก่อน 31 พฤษภาคม 2527)
- เลข 4 = คนไทย/ต่างด้าว ที่ย้ายเข้าในทะเบียนบ้าน ขณะยังไม่มีเลขบัตรประชาชน ระหว่าง 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2527
- เลข 5 = คนไทย/ต่างด้าว ที่ได้อนุมัติให้เพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ในกรณีตักสำรวจหรืออื่น ๆ
- เลข 6 = ต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แต่อยู่ชั่วคราว เช่น ชาวต่างชาติแต่งงานกับคนไทย และต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แต่อนุมัติให้อยู่ได้ เช่น ชนกลุ่มน้อยชายแดน-ชาวเขา
- เลข 7 = บุตรของบุคคลประเภทที่ 6 ที่เกิดในไทย
- เลข 8 = ต่างด้าวที่ได้รับสัญชาติไทย
- เลข 0 = ผู้ที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน
- เลข 00 = แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียน (ตั้งแต่ พ.ศ. 2547)
- เลข 0-00 = กลุ่มย่อย 00 ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานและตักสำรวจ
- เลข 0-89 = กลุ่มย่อย 89 มาจากการได้รับจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน

สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ
กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

4.4 สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

4.4.1 จำนวนแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ให้คำนิยามศัพท์เฉพาะคำว่า “แรงงานข้ามชาติ” หมายถึง คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย ตามพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับ 2) พ.ศ. 2561 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

คนต่างด้าวมาตรา 59 (ประเภทนำเข้าตาม MoU) ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่เข้ามาทำงานตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทย กับรัฐบาลประเทศคู่ภาคี

คนต่างด้าวมาตรา 64 ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานบริเวณชายแดนในลักษณะไป – กลับ หรือตามฤดูกาลในพื้นที่ความตกลงว่าด้วยการสัญจรข้ามแดนระหว่างราชอาณาจักรไทย กับประเทศที่ติดกับราชอาณาจักรไทย

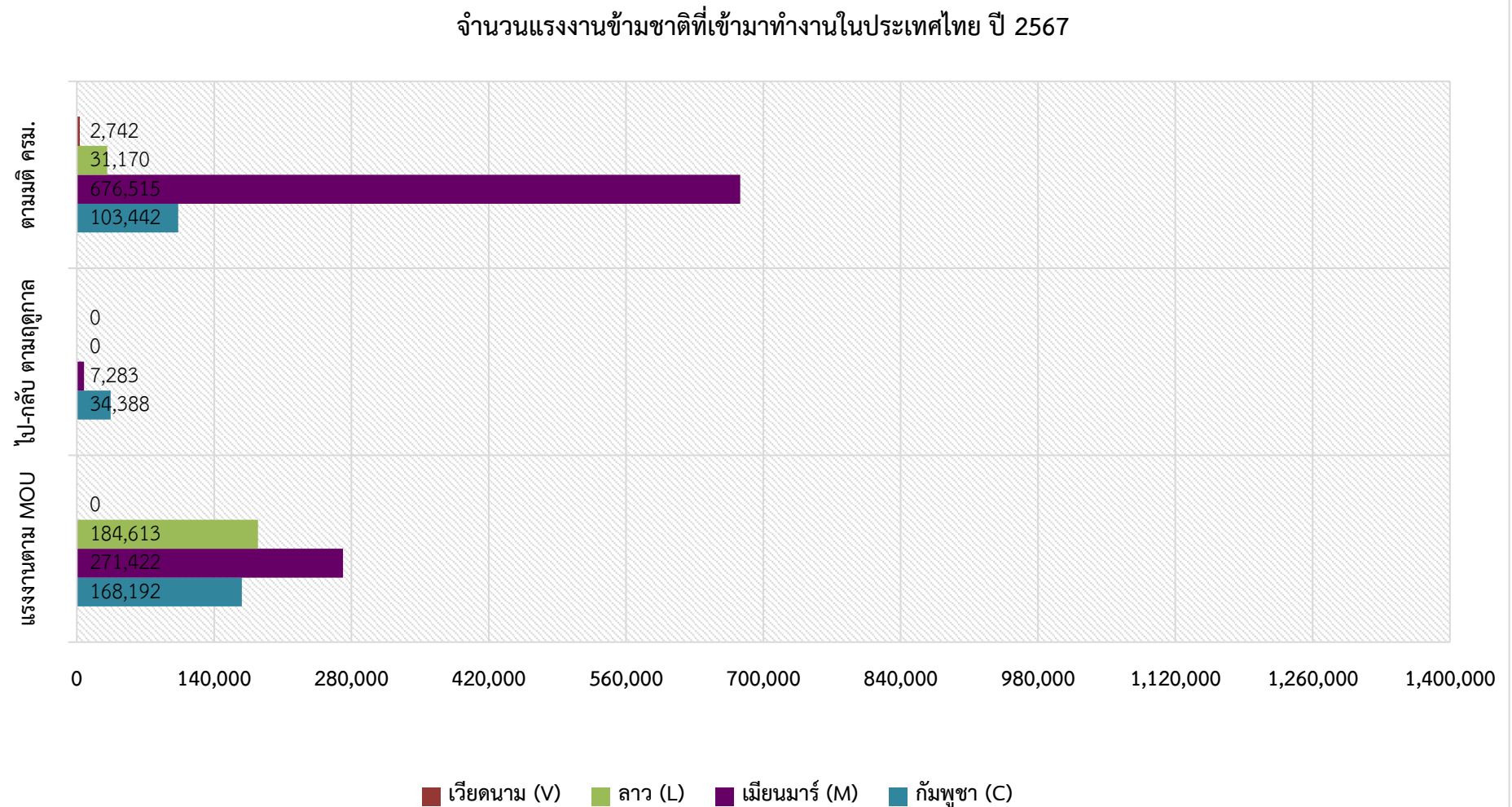
คนต่างด้าวมาตรา 63/2 ได้แก่ แรงงานต่างด้าวสัญชาติกัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและอนุญาตให้ทำงานเป็นการชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้แก่ กลุ่มคนต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 และตามมติคณะรัฐมนตรี 3 ตุลาคม 2566

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ปี 2567

ประเภทแรงงาน		กัมพูชา (C)	เมียนมาร์ (M)	ลาว (L)	เวียดนาม (V)	รวม (คน)	ร้อยละ
1	แรงงานตาม MOU	168,192	271,422	184,613	0	624,227	20.32
2	ไป-กลับ ตามฤดูกาล	34,388	7,283	0	0	41,671	1.36
3	ตามมติ ครม.	103,442	676,515	31,170	2,742	2,406,322	78.33
รวม		491,898	2,297,458	279,189	3,675	3,072,220	100

ข้อมูลแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ประจำเดือน สิงหาคม 2567, สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน <https://www.doe.go.th/prd/alien?page=home>

กราฟที่ 4 แสดงจำนวนแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ปี 2567



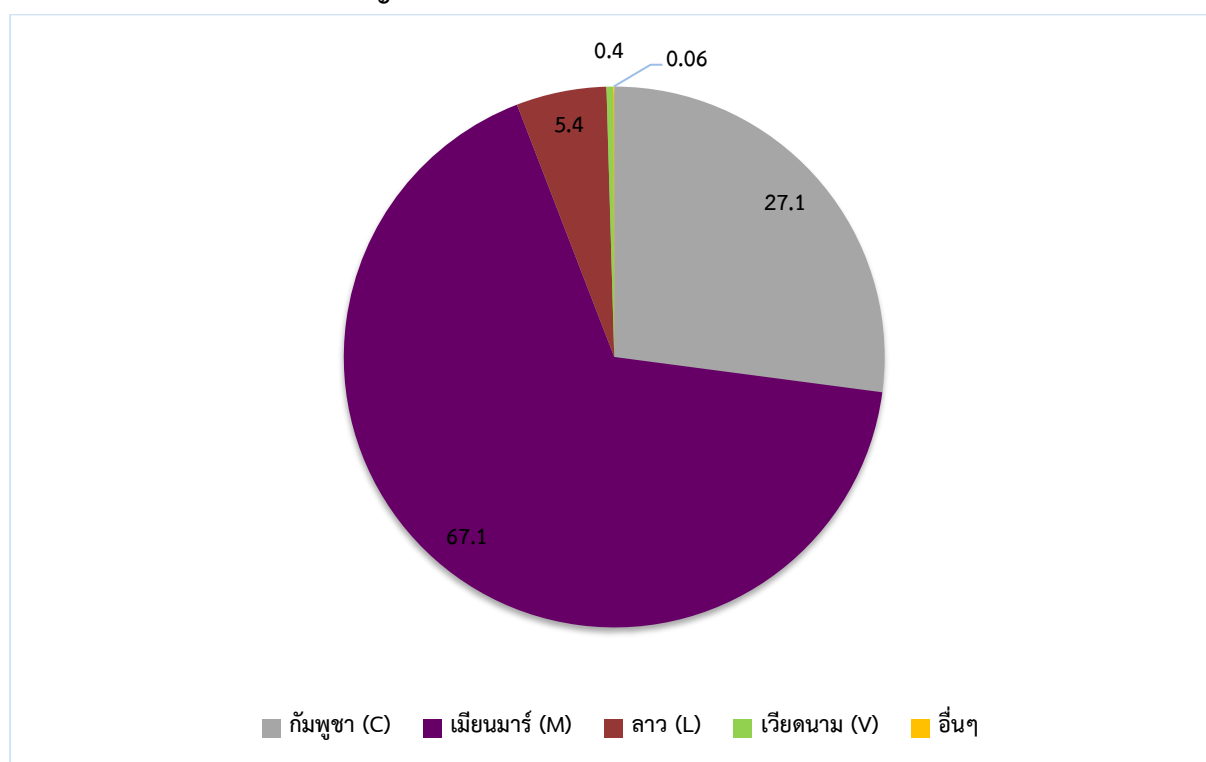
4.4.2 ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2567

ตารางที่ 12 ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

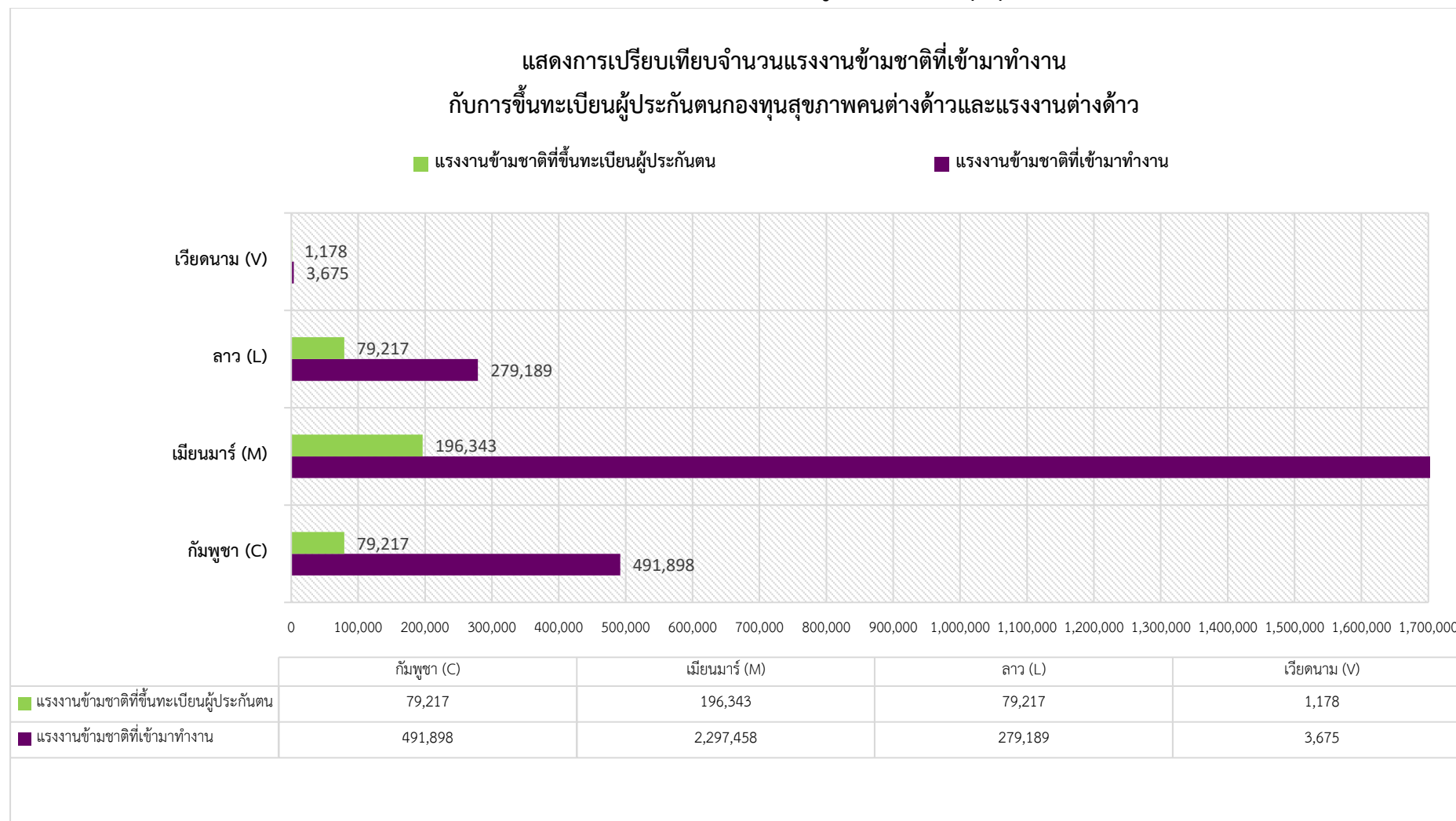
สัญชาติของแรงงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กัมพูชา (C)	79,217	27.1
เมียนมาร์ (M)	196,343	67.1
ลาว (L)	15,833	5.4
อื่นๆ	1,178	0.4
เวียดนาม (V)	187	0.06
รวม	292,758	100

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว (ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2567), กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข https://dhes.moph.go.th/?page_id=9645

กราฟที่ 5 แสดงสัดส่วนการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวจำแนกตามสัญชาติ



กราฟที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานกับการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนกองทุนสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว



บทที่ 5

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

5.1 วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

การเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทย ในภาพรวมพบว่าประชากรที่ขึ้นทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ UCINFO ทั้งหมดจำนวน 67,099,302 ราย แบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาลหลัก ได้แก่ 1) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : UC จำนวน 46,860,921 ราย ร้อยละ 69.8 2) สิทธิประกันสังคม : SSS จำนวน 12,817,608 ราย ร้อยละ 19.1 3) สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ : OFC จำนวน 5,399,981 ราย ร้อยละ 8.00 4) สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น : LGO จำนวน 687,570 ราย ร้อยละ 1.00 และ 5) สิทธิบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ : STP จำนวน 715,945 ราย ร้อยละ 1.1 6) สิทธิอื่นๆ จำนวน 433,392 ราย ร้อยละ 0.6 7) สิทธิว่าง(อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงสิทธิ) 171,711 ราย ร้อยละ 0.3 และ 8) สิทธิผู้ประกันตนคนพิการ : DIS จำนวน 12,075 ราย ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มบุคคลที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในระบบ UCINFO และตกหล่นอยู่ เช่น กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ กลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามซึ่งไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย ที่เดินทางเข้ามาเมืองถูกและไม่ถูกกฎหมาย ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมซึ่งกลุ่มนี้นายจ้างจะขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคมให้ตามกฎหมาย หรือกลุ่มที่ซื้อประกันสุขภาพกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุข นั้น

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านส่งผลให้ประเทศไทยเป็นทั้งประเทศต้นทาง ทางผ่านและปลายทางของการโยกย้ายถิ่นฐาน ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาเพื่อทำงาน ซึ่งมีทั้งวัยทำงาน เด็กและผู้ติดตาม ผู้ลี้ภัย รวมถึงกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะด้านสิทธิต่างพำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งที่มีเอกสารถูกต้องและไม่ถูกต้อง หากประชาชนกลุ่มไม่ได้รับบริการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีโอกาสติดเชื้อ เจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง รวมไปถึงเป็นพาหนะนำโรค เกิดการระบาดและแพร่กระจายโรคติดต่ออันตรายในประเทศไทย อาจทำให้เกิดความสูญเสียต่อระบบสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ คณะผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโดยจำแนกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

5.1.1 กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

จากสรุปผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม (กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง 20 จังหวัด) ทั้งหมด จำนวน 861,693 คน เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 424,647 คน คิดเป็นร้อยละ 49.28 โดยกลุ่มวัยสูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 51.80) กลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 43.99) และกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น (ร้อยละ 28.62) ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพ การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ทุกกลุ่มวัยของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการให้บริการ ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัดย่อยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า **1) กลุ่มวัยสูงอายุ** เข้าถึงบริการได้ตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข โดยตัวชี้วัดผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 97.57) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 96.75 , ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ (ร้อยละ 68.03) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 44 **2) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย** พบว่าตัวชี้วัดหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ (ร้อยละ 66.31) เป็นไปตามค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 65 , ในขณะที่ตัวชี้วัดย่อยอื่น ๆ ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 74.95) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 75 , หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 61.14) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 65 , หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก และกรดโฟลิก (ร้อยละ 85.36) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ 100, เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 48.73) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 63 **3) กลุ่มวัยทำงาน** พบว่าประชากรวัยทำงาน อายุ 18 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 43.99) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 58 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายกระทรวงฯ และ **4) กลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น** จากข้อมูลเชิงปริมาณและด้านคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการให้บริการตามค่าเป้าหมายตัวชี้วัดย่อยกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีสัดส่วนการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด โดยพบว่า มีการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 17.32) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≤ 8 , เด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ (caries free) และเด็กอายุ 12 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ (ร้อยละ 52.42) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≥ 74 และเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี) มีภาวะเตี้ย (ร้อยละ 16.11) ค่าเป้าหมายกระทรวงฯ ≤ 10

5.1.2 กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

จากรายงานสถิติการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566, กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทั่วประเทศ จำนวน 724,265 คน แบ่งเป็น 9 ประเภทหลัก พบว่ากลุ่มที่มีจำนวนมากและเป็นปัญหาในปัจจุบันสามลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มเลข 0-89 คือกลุ่มที่ได้รับจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน จำนวน 239,045 คน (ร้อยละ 33), กลุ่มเลข 0-00 คือชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานและตกสำรวจ จำนวน 196,518 คน (ร้อยละ 27) และ กลุ่มเลข 6 คือ ต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แต่อยู่ชั่วคราว เช่น ชาวต่างชาติแต่งงานกับคนไทย และต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แต่อนุมัติให้อยู่ได้ เช่น ชนกลุ่มน้อยชายแดน-ชาวเขา จำนวน 191,828 คน (ร้อยละ 24) ตามลำดับ

ประชาชนกลุ่มนี้ หากได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียนกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เมื่อได้รับการพิสูจน์ว่าเข้าหลักเกณฑ์ของกองทุน จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยมีเงื่อนไขดังนี้ (1) ใช้บริการ ณ หน่วยบริการที่ลงทะเบียนไว้ (ตามทะเบียนบ้าน) (2) กรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลข้ามเขตภายในจังหวัดหรือข้ามจังหวัด ณ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น (3) ในกรณีข้ามเขตจังหวัดต้องมีใบอนุญาตออกนอกพื้นที่ของกรมการปกครอง (กรณีประสบภัยจากรถสามารถใช้สิทธิต่อเนื่องจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถหรือบริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่าย) และ

(4) ในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถเข้ารับการรักษายาบาล ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี เท่านั้น

ถึงแม้ว่าประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ ตามหลักมนุษยธรรม มากกว่ากลุ่มไร้รัฐไร้สัญชาติ และแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ พบว่าประชาชนกลุ่มนี้มีแนวโน้มได้รับสำรวจขึ้นทะเบียนเพิ่มมากขึ้น จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่เมื่อมีจำนวนเพิ่มขึ้นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะตกอยู่กับ กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้น จึงเป็นโจทย์ที่ภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือเพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป

5.1.3 กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

สำหรับศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดคำนิยามเฉพาะของ “แรงงานข้ามชาติ” หมายถึง คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย ตามพระราชกำหนด การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับ 2) พ.ศ. 2561 ได้แก่ คนต่างด้าวมาตรา 59 (ประเภทนำเข้าตาม MoU) ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่เข้ามาทำงานตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทย กับ รัฐบาลประเทศคู่ภาคี, คนต่างด้าวมาตรา 64 ได้แก่ คนต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานบริเวณชายแดน ในลักษณะไป – กลับ หรือตามฤดูกาลในพื้นที่ความตกลงว่าด้วยการสัญจรข้ามแดนระหว่างราชอาณาจักรไทย กับประเทศที่ติดกับราชอาณาจักรไทย และ คนต่างด้าวมาตรา 63/2 ได้แก่แรงงานต่างด้าวสัญชาติ กัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรและอนุญาตให้ทำงานเป็นการชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นขอบเขตในการประมาณจำนวนประชากรดังกล่าวที่มีความผันผวน จากการย้ายสถานที่ทำงานและที่พักอาศัยนั้น

ข้อมูลแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ประจำเดือน สิงหาคม 2567, สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่ามีแรงงานข้ามชาติทั้งหมด จำนวน 3,072,220 คน แบ่งเป็น ประเภทแรงงาน ตามมติ ครม. จำนวน 2,406,322 คน (ร้อยละ 78.33), ประเภทนำเข้าตาม MoU จำนวน 624,227 คน (ร้อยละ 20.32) และประเภทไป-กลับ ตามฤดูกาล จำนวน 41,671 (ร้อยละ 1.36) และส่วนใหญ่เป็นสัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 2,297,458 คน (ร้อยละ 74.8) รองลงมาเป็นสัญชาติกัมพูชา จำนวน 491,898 คน (ร้อยละ 16), สัญชาติลาว จำนวน 279,189 คน (ร้อยละ 9) และสัญชาติเวียดนาม จำนวน 3,675 คน (ร้อยละ 0.2) และจากข้อมูลการขึ้นทะเบียน ผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2567 ทั้งหมดสี่สัญชาติ (เมียนมาร์ กัมพูชา ลาว และเวียดนาม) มีการขึ้น ทะเบียนเพื่อซื้อประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงาน ต่างด้าว เพียง 292,758 คน แบ่งเป็น สัญชาติเมียนมาร์ จำนวน 196,343 คน (ร้อยละ 67.1) รองลงมาเป็น สัญชาติกัมพูชา จำนวน 79,217 คน (ร้อยละ 27), สัญชาติลาว จำนวน 15,833 คน (ร้อยละ 5.4) สัญชาติ อื่นๆ จำนวน 1,178 (ร้อยละ 0.4) และสัญชาติเวียดนาม จำนวน 187 คน (ร้อยละ 0.06) จากข้อมูล

ดังกล่าว พบว่าแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ที่เดินทางเข้ามาทำงานและใช้ชีวิตอยู่ในประเทศไทย ไม่นับรวมแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายที่อยู่ในระบบประกันสังคม มีการซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ในสัดส่วนที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติทั้งหมด (ซื้อประกันประมาณ 2.9 แสนคน แต่เข้ามาทำงานในประเทศไทยประมาณ 3 ล้านคน) นอกจากนี้ยังพบว่า มี **กลุ่มที่ยังคงตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ 5 กลุ่มดังต่อไปนี้** (1) คนไร้สัญชาติที่ไร้เอกสารแสดงตน (2) แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน แต่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ อาจเพราะนายจ้างไม่ได้แจ้งขึ้นทะเบียนหรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคม แต่ไม่มีการจ่ายสมทบต่อ และแรงงานในภาคเกษตร (3) กลุ่มผู้ลี้ภัยในเมือง (Urban Refugee) (4) กลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งรายงานวิจัยได้จำแนกเด็กและเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ (5) กลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกต้อง และรัฐบาลจัดให้เป็นกลุ่มความมั่นคงเฉพาะพิเศษ อาทิ กลุ่มเมียนมาร์มุสลิม และ (6) นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ เช่นกลุ่มทัวร์ 0 เหรียญ เมื่อประชาชนกลุ่มเหล่านี้ เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล จะเกิดค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเงินเอง กรณีบางรายมีศักยภาพสามารถชำระเงินได้เอง และบางรายส่วนใหญ่ไม่สามารถชำระเงินค่ารักษาพยาบาลได้ จะมีสถานะค้างชำระไม่สามารถเรียกเก็บได้จากกองทุนใดๆ ถูกผลักเป็นค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์และหนี้เสียของโรงพยาบาล กลายเป็นภาระทางการเงินของรัฐบาลต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนา

จากสรุปและวิเคราะห์การดำเนินงาน สามารถแบ่งประเด็นข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนาสำหรับแก้ไขปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเปราะบางและด้อยโอกาสของสังคม ได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กรณีบุคคลสัญชาติไทย หมายถึง กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัด ที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือกลุ่มชาติพันธุ์ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติและรับรองว่าเป็นบุคคลสัญชาติไทยตามกฎหมาย และ 2) กรณีไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย หมายถึง กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยมีข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนาดังนี้

5.2.1 กรณีบุคคลสัญชาติไทย

หมายถึง กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัด ที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือกลุ่มชาติพันธุ์ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติและรับรองว่าเป็นบุคคลสัญชาติไทยตามกฎหมาย ประชาชนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการที่ภาครัฐได้จัดบริการให้ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา ฯลฯ ได้ดีกว่ากลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ จากข้อมูลในสรุปผลการดำเนินงานกลับพบว่าประชาชนกลุ่มนี้มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยตามชุดสิทธิประโยชน์ เพียงร้อยละ 49.28 เท่านั้น โดยกลุ่มวัยสูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 51.80) กลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 43.99) และกลุ่มวัยเรียน/วัยรุ่น (ร้อยละ 28.62) ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้านคุณภาพกับค่าเป้าหมายตัวชี้วัดย่อยกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงกลุ่มวัยสูงอายุเท่านั้น ที่เข้าถึงและได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่กลุ่มวัยอื่น ๆ ยังเข้าไม่ถึงบริการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามเป้าหมาย จึงควรมีการศึกษาและวิเคราะห์เพิ่มเติมในเรื่อง **“ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพฯ อย่างที่ควรเป็น”** เพื่อเป็นชุดข้อมูลด้านสุขภาพ และเพื่อกำหนดมาตรการ/แนวทางการแก้ไขปัญหากลุ่มประชากรต่อไป ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทั่วไป เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ ข้อจำกัด ทัศนคติ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ระยะเวลา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ยานพาหนะ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ปัจจัยด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น สถานะบุคคลและสิทธิด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิ ความตระหนักรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับสิทธิและสุขภาพของตนเอง ตลอดจนปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยหลักทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky & Thomas (1981) และ การบริการดูแลประชาชนแบบปฐมภูมิของ WHO (as cited in Jantara, 2007) ทั้ง 5A ซึ่งได้แก่ 1) Availability: ความเพียงพอ, 2) Accessibility: การเข้าถึงแหล่งบริการ, 3) Accommodation: ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ, 4) Affordability: ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ, 5) Acceptability: การยอมรับคุณภาพบริการ เพื่อค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพฯ ซึ่งจะช่วยปิด GAP ด้านความเหลื่อมล้ำของประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่ได้ให้ความสำคัญกับประชาชนไทยทุกคนทุกกลุ่มโดยไม่เลือกปฏิบัติตามมาตรา 70 รัฐพึงส่งเสริมและให้ความคุ้มครองชาวไทยกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ให้มีสิทธิดำรงชีวิตในสังคมตามวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตดั้งเดิมตามความสมัครใจได้อย่างสงบสุข ไม่ถูกรบกวน ทั้งนี้ เท่าที่ไม่เป็นการขัดต่อความสงบ

เรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ หรือสุขภาพอนามัย และมาตรา 71 วรรคสอง รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว และสอดคล้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ สร้างความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข และการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อย และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส แผนแม่บทภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ (17 ประเด็น) ประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (พ.ศ. 2561 – 2580) เพื่อให้ประชาชนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย ได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของแต่ละ กลุ่มวัย โดยไม่เลือกปฏิบัติและทิ้งใครไว้ข้างหลัง ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพตามเกณฑ์คุณภาพ อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมต่อไป

5.2.2 กรณีไม่ใช่บุคคลสัญชาติไทย

หมายถึง กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่มีการสำรวจขึ้นทะเบียนสิทธิ จำนวน 724,265 คน และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เข้าเมืองถูกกฎหมาย ยังไม่รวมผู้ติดตาม จำนวน 3,072,220 คน อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถทราบจำนวนที่แท้จริงของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยทั้งหมดได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดตาม และแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นประชากรแฝง เนื่องด้วย แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเหล่านี้มีที่อยู่อาศัยไม่เป็นหลักแหล่ง มีการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนสถานที่ทำงาน บ่อย ประกอบกับการเข้าเมืองผิดกฎหมาย หลบซ่อนตัว เกี่ยวข้องกับการค้ามนุษย์ จึงเกรงกลัวการถูก เจ้าหน้าที่รัฐจับกุมเพื่อส่งกลับประเทศต้นทาง

อย่างไรก็ตามจะพบว่าแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามบางส่วน ที่มีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ติดตาม ได้ซื้อบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงาน ต่างด้าว จำนวน 292,758 คน แต่ยังเป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติ ทั้งหมด (ซื้อประกันประมาณ 2.9 แสนคน จากจำนวนทั้งหมดประมาณ 3 ล้านคน) นอกจากนี้ยังพบว่ามี กลุ่มที่ยังคงตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ 5 กลุ่มดังต่อไปนี้ (1) คนไร้สัญชาติที่ไร้เอกสารแสดงตน (2) แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงาน แต่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ อาจเพราะนายจ้างไม่ได้แจ้ง ขึ้นทะเบียน หรือเคยอยู่ในระบบประกันสังคม แต่ไม่มีการจ่ายสมทบต่อ และแรงงานในภาคเกษตร (3) กลุ่มผู้ลี้ภัยในเมือง (Urban Refugee) (4) กลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งรายงานวิจัยได้ จำแนกเด็กและเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ (5) กลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกต้อง และรัฐบาลจัดให้เป็นกลุ่มความมั่นคง เฉพาะพิเศษ อาทิ กลุ่มเมียนมาร์มุสลิม และ (6) นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพ เช่นกลุ่มทัวร์ 0 เหยี่ยว เมื่อประชาชนกลุ่มเหล่านี้ เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาพยาบาลใน สถานพยาบาล จะเกิดค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเงินเอง กรณีบางรายมีศักยภาพสามารถชำระเงินได้เอง และ บางรายส่วนใหญ่ไม่สามารถชำระเงินค่ารักษาพยาบาลได้ จะมีสถานะค้างชำระไม่สามารถเรียกเก็บได้จาก

กองทุนใดๆ ถูกหลักเป็นค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์และหนี้เสียของโรงพยาบาล กลายเป็นภาระทางการเงินของรัฐบาลต่อไป รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการดำเนินการดังนี้

1) พัฒนากลไกติดตามสถานการณ์และการแก้ไขด้านสิทธิมนุษยชนของคนไร้รัฐไร้สัญชาติอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยรัฐบาลควรจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการดำเนินการแก้ไขปัญหาคคนไร้รัฐไร้สัญชาติเพื่อเป็นกลไกประสานงาน ติดตามการดำเนินงานทั้งระบบและพัฒนาข้อเสนอ นโยบายการขับเคลื่อนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของกลไกด้านสุขภาพ และผลักดันให้มีการดำเนินการปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย และแนวปฏิบัติ การคืนสิทธิและสถานะบุคคลให้กับเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะทำงานได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เครือข่ายเด็กและเยาวชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานระหว่างประเทศ ได้แก่ สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และองค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นต้น

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาคคนไร้รัฐไร้สัญชาติ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษา กระทรวงสาธารณสุข องค์การระหว่างประเทศ และองค์กรประชาสังคมด้านสิทธิมนุษยชน ควรร่วมดำเนินการพัฒนา ปรับปรุง มาตรการ หลักเกณฑ์ และแนวปฏิบัติการรับรองการเกิด และการจดทะเบียนพื้นที่หลังการเกิดและการรับรองสิทธิ มีการพัฒนาระบบกระบวนการพัฒนาสิทธิในสัญชาติของเด็กไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทยให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กฎหมายกำหนด ขยายโอกาสการเข้าถึง และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรวดเร็วโดยคำนึงถึงมาตรฐานกลางภายใต้พระราชบัญญัติอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. ๒๕๕๘ พร้อมกันนี้ควรเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมสร้างกลไกการตรวจสอบการ รับคำร้อง/ คำขอ การติดตาม ความคืบหน้าของคำร้องให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กฎหมายกำหนด โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาเป็นเครื่องมือ รวมถึงการจัดอบรมและให้ความรู้แก่องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคมต่าง ๆ รวมไปถึงผู้ประสบปัญหาให้มีความรู้ความเข้าใจการจัดการปัญหาความไร้รัฐไร้สัญชาติของบุคคลเพื่อนำสู่กระบวนการพัฒนาสถานะบุคคลของคนไร้รัฐไร้สัญชาติโดยมีฐานกฎหมายรองรับ

3) กระทรวงสาธารณสุขเร่งดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่บุคคลที่ไร้รัฐไร้สัญชาติยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงกลุ่มบุคคลที่กฎหมายถือว่าไม่มีรากเหง้า โดยเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาให้กับบุคคลและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมที่ยั่งยืนและถาวร

4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาและการรับรองสถานะบุคคลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่จัดการศึกษาในพื้นที่และองค์กรภาคประชาสังคม ผนึกกำลังความรู้ถึงประโยชน์ของการศึกษาและจัดการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมในพื้นที่โดยคำนึงถึงความ

หลากหลายทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ เพื่อให้เด็กเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติสามารถเข้าเรียนในสถานศึกษาของรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในระบบ/นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยได้ตลอดหลักสูตรขั้นพื้นฐานและสร้างฐานข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการคืนสิทธิและสถานะสัญชาติต่อไป

5) สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติในทุกมิติ สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตลอดจนดำเนินการรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลขับเคลื่อนในเชิงยุทธศาสตร์และแผนงาน ตลอดจนเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไป

หนังสืออ้างอิง

- องค์การอนามัยโลก (World Health Organization). (2004). การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน.
- Penchansky & Thomas. (1981). การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือการใช้สิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้คนไทยทุกคน ทุกสิทธิรักษาพยาบาล.
- กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพึ่งตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2559).
ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือแนวทางการ
บริหารจัดการ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2561. กองเศรษฐกิจสุขภาพ
และหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2555). คู่มือแนวทางปฏิบัติตามมติ คณะรัฐมนตรี
วันที่ 23 มีนาคม 2553 การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะ
และสิทธิ. (พิมพ์ครั้งที่ 1 : มิถุนายน 2555). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดำเนินงาน
ประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2563. สืบค้นวันที่ 30 กันยายน 2567,
แหล่งข้อมูล <https://dhes.moph.go.th/?p=9173>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (8 มิถุนายน 2565). การประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น
ว่าด้วยการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ (Right to Health of Stateless
Children and youth). อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). ระบบ UCINFO. สืบค้นวันที่ 30 กันยายน 2567
แหล่งข้อมูล <https://ucinfo.nhso.go.th/>
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติการ
ขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566, กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ
สืบค้นวันที่ 30 กันยายน 2567 จาก <https://state.moph.go.th/>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. ข้อมูลแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย
ประจำเดือน สิงหาคม 2567. สืบค้นวันที่ 30 กันยายน 2567 แหล่งข้อมูล
<https://www.doe.go.th/prd/alien?page=home>
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการขึ้นทะเบียน
ผู้ประกันตนกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและและแรงงานต่างด้าว (ระหว่าง เดือนมกราคม พ.ศ.
2567 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2567), แหล่งข้อมูล https://dhes.moph.go.th/?page_id=9645
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการ
ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567
แหล่งข้อมูล <https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/>

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ

นางรุ่งรศมี ศรีวงศ์พันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ

คณะผู้จัดทำ

นายพนมพันธ์ จันท์สูง	หัวหน้ากลุ่มบริหารยุทธศาสตร์
นางสาวจิตตรี เพ็ชรแสนงาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวจิตชนก เมฆประมวล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางสาวสกุลทิพย์ ทิพย์แก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายสุรสิทธิ์ ฉันทกุล	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
นายสุเมธ ศรีโสดา	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
นางจรรยา ปัญญาวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



กรมอนามัย
Department of Health

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
122 หมู่ 8 ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 52190
โทรศัพท์ 0 5426 9277