

การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ
ในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

(Protection of equitable access to health services by specific populations in crises)

๑. นิยาม:

๑.๑ ภาวะวิกฤต หมายถึง สถานการณ์ที่ไม่อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากธรรมชาติหรือไม่ได้เกิดจากธรรมชาติก็ได้ เป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะอันตราย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อมโดยรวม เช่น ภาวะภัยพิบัติ การเกิดโรคระบาด ฯลฯ ที่ควรต้องมีนโยบายหรือการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาภายในเวลาที่จำกัด

๑.๒ ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Health Security) หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ของรัฐในการให้ความคุ้มครองทางสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อลดอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากเหตุการณ์ร้ายแรงทางด้านสาธารณสุขที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของประชากร ทั้งนี้ เพื่อให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการกินอยู่ที่ดี มีสุขอนามัย มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี สามารถเผชิญภาวะโรคระบาดร้ายแรงได้อย่างเหมาะสม

๑.๓ กลุ่มประชากรเฉพาะ หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมในการดำรงชีวิต ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการทางสังคม อันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง หรือถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ต้องขัง คนในชุมชนแออัด ผู้ใช้สารเสพติด คนไร้บ้าน ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ แรงงานข้ามชาติ และ ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ

๑.๔ แรงงานข้ามชาติ หมายถึง แรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทยที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ได้แก่ แรงงานเมียนมาร์ ลาว กัมพูชา เวียดนาม เป็นต้น ซึ่งหมายรวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสาร (Document) และไม่มีเอกสาร (Undocumented) รวมถึงผู้ติดตาม

๑.๕ ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิ หมายถึง ชนกลุ่มน้อย กลุ่มบุคคลที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วย ๖ และ ๗, กลุ่มบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน ที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วย ๐-๘๘ และ ๐-๐๐, กลุ่มบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยถาวรในประเทศไทย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ, ผู้ลี้ภัย และเด็กที่ไม่มีเอกสารแสดงตัวในระบบการศึกษาที่อาศัยในประเทศไทย

๒. ความสำคัญของประเด็น

ปัญหาวิกฤตสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา เช่น การขาดสารอาหาร การขาดสุขภาพภิบาลและสุขอนามัยที่ดี โรคติดต่อต่างๆ มาสู่ปัญหาในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อน เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ดังเช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกเกิดการระบาดทั่วโลกของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพและภัย

1 คุณค่าความมั่นคงทางสุขภาพของทุกคน ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยประเทศหนึ่ง หรือกลุ่มคน
2 โดกลุ่มคนหนึ่ง จำเป็นต้องอาศัยกลไกความร่วมมือในระดับบุคคล ชุมชน ภูมิภาค และประเทศในการ
3 ดำเนินการ

4 วิกฤตโควิด-๑๙ ได้สร้างบทเรียนสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยคือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ สังคม และ
5 เศรษฐกิจ ไม่ใช่เรื่องแยกส่วนกัน และโรคระบาดไม่เลือกปฏิบัติ ทุกคนมีโอกาสได้รับความเสี่ยง ในช่วงการ
6 ระบาดระลอกแรก และระลอกสอง ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรค
7 ได้ดี และจากรายงาน Global Health Security Index ปี พ.ศ.๒๕๖๒ ได้จัดอันดับให้ไทยอยู่ในอันดับที่ ๖ ของ
8 ประเทศที่มีความมั่นคงด้านสาธารณสุขสูงสุด* โดยมี ๓ องค์ประกอบย่อยที่ดี ๕ อันดับแรก คือ การป้องกัน
9 โรค การตอบสนองที่รวดเร็ว และระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกและนานาชาติชื่น
10 ชมต่อการรับมือกับโรคโควิด-๑๙ ได้ดี จากการมีระบบดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวที่ดีจากการทำงานของ
11 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอยู่ร่วมล้านคนทั่วประเทศ ร่วมกับความครอบคลุม (Coverage) ของ
12 สวัสดิการรักษายาบาล ๓ ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
13 ที่ครอบคลุมประชากรถึงเกือบร้อยละ ๑๐๐^๒ อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤตทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ก็ได้สะท้อนให้
14 เห็นถึงประเด็นสำคัญที่เป็นข้อท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพ
15 อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม และการป้องกันโรคในระดับประชากรและปัจเจกบุคคล^๓

16 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) (๒๐๐๔) ได้เสนอแนวคิด “การเข้าถึง
17 บริการสุขภาพของประชาชน”ว่าเป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเข้าถึง
18 บริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านภูมิศาสตร์(Geographical) คือ ระยะทาง เวลาการเดินทาง
19 ไม่เป็นอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพ ๒) ด้านการเงิน (Financial) คือ ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่าย
20 ทางสุขภาพ ๓) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) คือ การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการบริการสุขภาพตามรูปแบบ
21 วัฒนธรรมของชุมชน ๔) ด้านหน้าที่ (Functional) คือ การให้บริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้อย่าง
22 พอเพียงและต่อเนื่อง จากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็น
23 ธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดว่าในช่วงภาวะวิกฤตทางสุขภาพสะท้อนให้
24 เห็นถึงช่องว่างความไม่เป็นธรรมทั้งในมิติความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity) คือ ไม่ได้
25 รับการดูแลที่เท่าเทียมกันระหว่างบุคคลที่มีความต้องการทางสุขภาพเหมือนกัน และความเป็น
26 ธรรมในแนวดิ่ง คือ การได้รับการดูแลตามความจำเป็นในการรักษา^๔

27 ดังนั้น ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพ
28 ในช่วงวิกฤต ตัวอย่างเช่น การเลือกปฏิบัติของชนชั้นทางสังคม คนไข้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการ
29 รักษาอย่างต่อเนื่อง ทางเลือกในการเข้ารับการรักษา การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพให้กับประชาชน และความ
30 รอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนในการป้องกันตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสิทธิทางสุขภาพและ
31 ความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับประชากร อันจะส่งผลกระทบต่อ
32 ความมั่นคงของระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙
33 ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นไปทั่วโลก สร้างความตื่นตระหนก ความกดดัน และ
34 ความสับสนให้เกิดขึ้นในสังคม ชุมชน จำเป็นต้องทำให้ภาวะที่เกิดขึ้นหมดสิ้นไปในเวลาอันรวดเร็วที่สุด
35 การตัดสินใจทางนโยบายในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพในครั้งนี้ จึงอาจมิใช่การมุ่งเน้นเพียงการ

1 รักษาทางการแพทย์และใช้ระบบสั่งการ หรือ กลไก โครงสร้างที่มีอยู่ในระบบราชการเท่านั้น หาก
2 จำเป็นต้องอาศัยแง่คิดหรือมุมมองใหม่ ๆ ที่อาจต้องให้ความสำคัญมากขึ้นกับมิติทางสังคม ชุมชน
3 วัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิตของประชาชน สิ่งแวดล้อม ความอ่อนไหวและอารมณ์ ตลอดจนความ
4 หลากหลายที่ส่งผลกระทบไปในทุกด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งการบูร
5 ณาการความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ จะเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางที่สังคม
6 โดยรวมเห็นร่วมกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับวิกฤตทางสังคมจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา
7 สุขภาวะของสังคมในวงกว้าง ปราบปรามการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ครั้งนี้จึงถือเป็นบทพิสูจน์
8 ความสามารถในการจัดการปัญหาของรัฐบาลแต่ละประเทศอย่างแท้จริง

9

10 ๓. สถานการณ์ปัจจุบัน

11 ๓.๑ สิทธิสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage-UHC)

12 สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องถึงสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ (The right in respect of health)
13 ทั้งในด้านบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการเข้าถึงการมีสุขภาพ (The right to health) การจัด
14 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนจึงเป็นนโยบายของภาครัฐที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถ
15 เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ทัวถึง และเท่าเทียม เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ
16 ไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่นานาประเทศหวังจะไปให้ถึง จนสมัชชาใหญ่แห่ง
17 สหประชาชาติได้ผลักดันความคิดที่จะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกและมี
18 การประกาศให้ทุกวันที่ ๑๒ ในเดือนธันวาคม เป็นวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากลอย่างเป็นทางการ ใน
19 ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้ทุกคนร่วมระลึกถึงเป้าหมายใหญ่ร่วมกันของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ
20 คือ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ทุกคนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ
21 โดยมีความมั่นคงทางการเงิน ภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓

22 ๓.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ^{๔,๕,๖,๗,๘}

23 ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยได้มีการดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้ช่วงเกือบ ๕
24 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แยกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่

25 (๑) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (public formal sector) โดยรวมถึง
26 พนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วน
27 ท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมี
28 วิวัฒนาการมาตั้งแต่ปี ๒๕๐๖ หรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ ปัจจุบันสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
29 ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ ๕ ล้านคน มีแหล่งเงินมาจากการตั้งงบประมาณเป็นรายจ่ายประจำปีจากงบกลาง
30 โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้กำกับดูแลการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงิน
31 สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

32 (๒) กลุ่มลูกจ้างเอกชน (private formal sector) ในสถานประกอบที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป ซึ่งได้รับ
33 การคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗ และ
34 ที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะอยู่ในรูปของบริการทางการแพทย์และเงินทดแทนการขาด
35 รายได้ ในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ

1 เสียชีวิต รวมไปถึงกรณีสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน โดยการเกิดสิทธิและสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะ
2 เป็นไปตามเงื่อนไขการส่งเงินสมทบและหลักเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระสามารถเข้าสู่ระบบ
3 ประกันสังคมได้โดยสมัครใจตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ประกาศกำหนดเช่นกัน ปัจจุบันลูกจ้างผู้ประกันตน
4 ในระบบประกันสังคมที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน มีจำนวน
5 รวมทั้งสิ้น ๑๖,๓๒๑,๖๓๑ ล้านคน จำแนกเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นคนไทย ๑๓,๑๙๙,๑๙๗ ล้านคน และ
6 เป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ๓,๑๒๒,๔๓๔ ล้านคน

7 (๓) กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (informal sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้
8 แรงงานรับจ้าง ค้าขายส่วนตัว ที่เหลือทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพใดๆ
9 ของภาครัฐ จะได้รับการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดย
10 งบประมาณที่นำมาใช้ในการดำเนินการมาจากภาษีทั่วไปของรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทาง
11 การแพทย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการ
12 กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการซื้อบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในระบบ ปัจจุบันมีประชากรใน
13 ความคุ้มครองทั้งสิ้นจำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน

14 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทั่วประเทศตั้งแต่ปี
15 พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา แต่พบว่าไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยและ
16 กลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติและสถานะบุคคลซึ่งมีจำนวนกว่า ๖.๘ แสนคน เนื่องจากคณะกรรมการ
17 กฤษฎีกา ตีความว่าผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเหล่านี้ไม่ใช่ “คนสัญชาติไทย” ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร
18 ไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕ สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้บุคคล
19 เหล่านี้ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพตามที่ได้รับ ทั้งที่ก่อน
20 ปี พ.ศ.๒๕๔๓ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เคยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขในโครงการ
21 สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ดังนั้นในวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีจึง
22 ได้มีมติอนุมัติเรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
23 จำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คน โดยอนุมัติงบประมาณรายหัวเฉลี่ย ๒,๐๖๗.๔๐ บาทต่อปี โดยมีกระทรวงสาธารณสุข
24 เป็นผู้รับผิดชอบตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้มอบหมายให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
25 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพกองทุนผู้มีปัญหา
26 สถานะและสิทธิ เพื่อการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึง
27 บุตรที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียนมีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพการ
28 ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ^๔

29 สำหรับกลุ่มคนข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้หลักการ
30 ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ ที่มอบให้กระทรวงดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่
31 คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม รวมถึงมีหน้าที่ในการตรวจสอบสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๖
32 มกราคม ๒๕๖๑ มาใช้เป็นกรอบนโยบายในการดำเนินการในเรื่องการดำเนินการด้านสุขภาพของกลุ่ม
33 ประชากรข้ามชาติมาจนถึงปัจจุบัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพนี้ จะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ (๑) ประกัน
34 สุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมและ
35 ผู้ติดตาม ต้องซื้อประกันสุขภาพพระราชกฤษฎีกาที่ทำงานอยู่ในประเทศไทย (๒) ประกันสุขภาพคนต่างด้าว เป็น

1 หลักประกันทางสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติ ที่ไม่ใช่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม สามารถซื้อประกันได้ใน
2 ระหว่างที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยสิทธิการรักษาที่มีรูปแบบเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ
3 คนไทย มีเงื่อนไขและรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและหลักประกัน
4 สุขภาพของคนต่างด้าว (ข้อมูลประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ที่แต่ละโรงพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์
5 ในการจัดบริการและขายบัตรประกันสุขภาพ

6

7 ๓.๒ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ

8 ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน แต่อย่างไรก็ตาม
9 ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ ตัวอย่างเช่น
10 ประชากรในชุมชนแออัดเขตเมืองที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ได้ เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย การ
11 เดินทาง และบริบทของชุมชนแออัด กอปรกับข้อจำกัดของรัฐในเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่
12 เพียงพอ ร่วมกับประชาชนขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ศูนย์บริการ
13 สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{๑๐} เป็นต้น จากการศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการ
14 สุขภาพของริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชากรในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการ
15 สุขภาพ และเข้าถึงสิทธิการรักษาได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระ เนื่องจาก
16 จำเป็นต้องลางาน และขาดรายได้ เป็นต้น^{๑๑} เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัญหา
17 สุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
18 พบว่า มากกว่าร้อยละ ๒๕ ยังเข้าไม่ถึงบริการและการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน^{๑๒}

19 สถานการณ์ความแตกต่างในประเด็นการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.
20 ๒๕๕๐-๒๕๕๘ ในมิติด้านเพศ กลุ่มอายุ และพื้นที่ ซึ่งใช้ทั้งข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของ
21 สำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยในจากสำนักงาน
22 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ มีความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ชายในวัย
23 เดียวกัน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเด็กที่
24 มีอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอกต่ำที่สุด
25 เมื่อเทียบกับปีอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในช่วงปีดังกล่าว จึงทำให้คนที่มีความสุขภาพไม่
26 สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้เมื่อต้องการ ถึงแม้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยดีขึ้นเรื่อยๆ แต่
27 กลุ่มเด็ก สตรี และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การ
28 คมนาคม สภาพแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ
29 เห็นได้จากในช่วงที่ประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคกลางประสบกับภัยน้ำท่วม สัดส่วนผู้เจ็บป่วยที่
30 ใช้บริการสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด^{๑๓} ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาในภาค
31 ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยศึกษาฐานข้อมูลระบบรายงานการเข้ารับบริการฟื้นฟู
32 สมรรถภาพ พบว่า มีคนพิการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ ๕๘ ของคนพิการ
33 ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น และจำนวนเข้ารับบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาล
34 พบเพียง ๑ ใน ๓ ของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการเป็นกลุ่ม
35 ประชากรจำเพาะที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีภาวะวิกฤติ^{๑๔}

1 สำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (๑) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำ
2 ภาครัฐ จะได้รับการคุ้มครองตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในเชิง
3 ของโครงสร้างของกฎหมายที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (๒) กลุ่มลูกจ้างเอกชน มักจะหลีกเลี่ยง
4 การใช้บริการด้านสุขภาพจากระบบประกันสังคม หรือในระบบประกันที่บริษัททำให้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญ
5 กับอคติจากบริษัทหรือองค์กร หรือจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพ และความกังวลในการถูกละเมิด
6 ความเป็นส่วนตัว ดังนั้นกลุ่มคนในกลุ่มนี้หลายคน โดยเฉพาะคนข้ามเพศ จึงเลือกใช้บริการจากคลินิกหรือ
7 โรงพยาบาลเอกชนที่ทำให้รู้สึกสบายใจและมีความเป็นส่วนตัว อย่างไรก็ตาม คนข้ามเพศมักมีอุปสรรคใน
8 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากกว่า เนื่องจากเพศสภาวะตามกฎหมายไม่ตรงกับลักษณะทางกายภาพที่
9 แสดงออก ตลอดจนการมีอคติ การไม่คำนึงถึงอัตลักษณ์ข้ามเพศของผู้ป่วย ระบบบริการที่ล่าช้าจุกจิก
10 รวมถึงระเบียบที่ขาดความยืดหยุ่นของโรงพยาบาล^{๑๔} และ (๓) กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศในภาค
11 การจ้างงานแบบไม่เป็นทางการที่มีสัญชาติไทย จะได้รับการคุ้มครองจากราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
12 แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ระบบ
13 บริการไม่เอื้อต่ออัตลักษณ์ทำให้ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ ส่งผลให้กลุ่ม
14 คนเหล่านี้รู้สึกไม่จำเป็นที่จะเข้ารับบริการ และเลือกที่จะไปสถานบริการเอกชนหรือสถานบริการที่ผิด
15 กฎหมาย ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้เลยเนื่องจากค่าใช้จ่าย และ
16 ขาดข้อมูลในชุดความรู้เรื่องสุขภาพเฉพาะของคนข้ามเพศ^{๑๖} ซึ่งจะส่งผลต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

17 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มพนักงานบริการที่การประกอบอาชีพถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และไม่ได้รับการ
18 ยอมรับทางสังคม ส่งผลให้เกิดการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง
19 บริการสุขภาพและการรักษาโดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ รวมถึงความยากลำบากในการเข้าถึง
20 บริการที่มีมากขึ้นในพนักงานบริการที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยคนกลุ่มนี้จะไม่
21 สิทธิเข้าถึงการรักษาใดๆ ได้เลย

22 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมพบว่ามีจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่ม
23 ประกันสุขภาพภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาแม้จะมีแรงงานเข้าสู่ระบบพิสูจน์สัญชาติมาก
24 ขึ้น แต่ก็พบว่านายจ้างจำนวนมากไม่แจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างข้ามชาติต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อหลีกเลี่ยง
25 การจ่ายสมทบ อีกทั้งแรงงานเองรู้สึกที่ต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่มี
26 ประกันสุขภาพใดๆ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่มีหลักประกันสุขภาพก็พบว่ายังมีปัญหอุปสรรคในการเข้าถึง
27 สิทธิและบริการ อันเนื่องมาจากอุปสรรคทางภาษา การมีอคติทางชาติพันธุ์และเชื้อชาติของผู้ให้บริการ
28 ปัญหาการเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้เนื่องจากติดข้อจำกัดระเบียบการเดินทางกระทรวงมหาดไทยที่ควบคุม
29 จำกัดพื้นที่การเดินทาง ฯลฯ โดยปัญหาที่พบเหล่านี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่
30 คณะรัฐมนตรีได้มีมติการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓
31 นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงการมีหลักประกันสุขภาพ
32 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล การมีหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงการบริการ
33 ด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อเนื่องต่อการให้บริการของสถานพยาบาลในพื้นที่ ในขณะที่เดียวกัน
34 การบริหารจัดการในระดับนโยบายยังขาดโครงสร้างที่ชัดเจนในการบริหารจัดการและดำเนินการ เมื่อเทียบกับ
35 ระบบประกันสังคมที่มีหน่วยงานที่มีอำนาจในทางกฎหมายมาดูแลอย่างชัดเจน^{๑๗}

๓.๓ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต

นับจากที่มีการรายงานการพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มก้อนต่อองค์การอนามัยโลกในเดือนธันวาคมปลายปี ๒๕๖๒ และประเทศไทยเริ่มมีรายงานการพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ รัฐบาลจึงได้เริ่มยกระดับให้ศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (PMOC) ติดตามและประเมินสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา นับแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ หรือโควิด-๑๙ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ โดยประเทศไทยได้เริ่มตอบโต้การแพร่ระบาดดังกล่าวมาตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ๒๕๖๓ ซึ่งเข้มข้นขึ้นในเดือนมีนาคมเมื่อมีการรายงานผู้ป่วยยืนยันสูงสุดของการระบาดในระลอกแรก ๑๘๘ ราย และเมื่อพบผู้ติดเชื้อรายสุดท้ายจึงเริ่มมีมาตรการผ่อนปรนลง จนกระทั่งมีรายงานพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน ๕๗๖ รายเป็นกลุ่มก้อนที่ตลาดกลางกุ้ง จ.สมุทรสาคร ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ และเกิดการระบาดระลอก ๓ อีกครั้งที่เริ่มมาจากสถานบันเทิงย่านทองหล่อในเดือนเมษายน ๒๕๖๔ ก่อให้เกิดการระบาดแพร่กระจายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว และยังคงมีสถานการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงจนถึงปัจจุบันทำให้ประเทศไทยอยู่ในจุดวิกฤตสูงสุด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดดังกล่าว ส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องหยุดชะงักภายใต้ต้นนโยบายการป้องกันและควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดของภาครัฐ ทำให้ในหลายหน่วยบริการเริ่มมีการนำการแพทย์วิถีใหม่เข้ามาใช้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรองรับการให้บริการทั้งผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะวิกฤตการแพร่ระบาด และผู้ป่วยทั่วไปที่จำเป็นต้องได้รับการที่จำเป็นหรือต่อเนื่อง แต่กระนั้น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนโดยรวมก็ยังคงมีข้อจำกัดดังนี้

(๑) กลุ่มประชากรเฉพาะ

(๑.๑) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการ

ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือถูกกระทำทารุณ หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว กลุ่มนี้อาจดูเหมือนไม่มีความเสี่ยงเนื่องจากมีระบบบริการสุขภาพรองรับอยู่แล้ว แต่หากขาดการจัดการที่ดี ประชากรกลุ่มนี้อาจได้รับการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพในระยะยาว^{๑๗} ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และคนพิการ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า ร้อยละ ๘๐ ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมของรัฐ โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น^{๑๘} นอกจากนี้ยังพบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนรูปแบบการเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์ (จากรถโดยสารสาธารณะ เป็นรถรับจ้างที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นกว่าเดิม) และจากการสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓) พบว่าร้อยละ ๘๑ ของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาประสบปัญหาอุปสรรคในการทำงานอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาด โดยในสัดส่วนดังกล่าว ร้อยละ ๓๖ สูญเสียอาชีพ พื้นที่ค้าขาย หรือถูกปรับลดเงินเดือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะประสบปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท และผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๔๐ เหลือ

1 เพียงร้อยละ ๒๒ เท่านั้น^{๑๙} นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อย
2 ละ ๔๐ เป็นร้อยละ ๕๐ สะท้อนให้ว่าผู้สูงอายุที่เคยมีรายได้จากแหล่งอื่นทั้งที่มาจากสมาชิกในครอบครัวหรือ
3 รายได้ที่มาจากการทำงานลดลง และพบว่าหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบของครัวเรือนกลุ่มเปราะบาง
4 (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง) ทุกประเภทเพิ่มสูงขึ้น^{๒๐, ๒๑}

5 ด้านปัญหาสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุ ๑ ใน ๕ มีสุขภาพแย่ลงกว่าช่วงก่อนการระบาด และพบว่า
6 ร้อยละ ๒๕ ผู้สูงอายุรายงานว่าตนมีสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยมีอาการวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ
7 ๕๗.๒) โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบทางการเงิน และสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากผิคนัดหมายกับแพทย์ รวมทั้ง
8 ความกลัวว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวอาจจะติดเชื้อ ส่วนอาการที่เป็นรองลงมาคือ ไม่อยากอาหาร
9 เหงา และไม่มีความสุข โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มที่จะมีอาการเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่มี
10 ลักษณะการอยู่อาศัยในรูปแบบอื่น^{๒๒}

11 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ในด้านของการไปรับบริการในช่วงวิกฤตพบว่ามีความลำบากมากขึ้น
12 ในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากแพทย์เลื่อนนัด สถานพยาบาลบางแห่งเปิดรับเฉพาะคนไข้ฉุกเฉินหรือวิกฤต
13 หรือผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยโควิด หรือต้องกักตัวเนื่องจากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นปัญหาเช่นเดียวกับที่พบ
14 ในกลุ่มคนพิการ ที่หน่วยบริการไม่มีการจัดช่องทางพิเศษ หรือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ในช่วง
15 สถานการณ์ไม่ปกติ และหลายคนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

16 นอกจากนี้กลุ่มคนพิการ ในทางปฏิบัติจะมีการแยกคนพิการออกเป็นประเภท เช่น พิการทาง
17 สายตา พิการทางการได้ยิน พิการด้านสติปัญญา จะมีหน่วยงานรับผิดชอบโดยเฉพาะ และมีการจัดการที่
18 แตกต่างกัน และในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีคนพิการที่จำเป็นต้องได้รับ
19 บริการที่จำเป็นต่อเนื่อง ซึ่งจำแนกเป็น (๑) คนพิการที่สามารถเดินทางได้ และ (๒) คนพิการที่ต้องพึ่งพิง
20 ผู้อื่น กลับไม่มีมาตรการหรือแนวปฏิบัติใดๆ ที่จะเอื้อให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้ารับบริการได้อย่างสะดวก

21 (๑.๒) คนไร้บ้าน

22 ในสถานการณ์วิกฤต พบว่าคนไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด๑๙ เป็นกลุ่มที่
23 ไม่มีสถานะที่จะเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ ประชากรร้อยละ ๓๓ ยังไม่มีบัตรประชาชนหรือเคยมีแต่สูญ
24 หาย คนไร้บ้านร้อยละ ๑๘ พบว่าเมื่อไม่สบายจะไม่ได้รับการรักษา ปลอมให้หายป่วยเอง ภายใต้สถานการณ์
25 การระบาดนี้คนไร้บ้านส่วนมากจะเปลี่ยนหน้ากากอนามัยอยู่ที่ ๒-๓ วันเปลี่ยนครั้ง^{๒๓} โดยหน้ากากอนามัย
26 ส่วนใหญ่จะได้จากภาคประชาสังคม และหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
27 ในบางพื้นที่เท่านั้น นอกจากนี้คนไร้บ้านยังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับรายได้ที่ลดลงจากการขาดช่องทางในการหา
28 รายได้ คนไร้บ้านมากกว่าร้อยละ ๕๘ ไม่สามารถเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐได้ มีเพียง
29 ร้อยละ ๑๗ เท่านั้นที่สามารถลงทะเบียนรับเงินเยียวยาจากโครงการเราไม่ทิ้งกันได้ จากการสำรวจเชิง
30 คุณภาพการระบาดของโควิด-19 ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือของ
31 คณะทำงานเครือข่ายคนไร้บ้านจาก ๔ ภูมิภาค ๕ พื้นที่ ได้แก่ เชียงใหม่ กรุงเทพฯ-รังสิต-นนทบุรี กาญจนบุรี
32 ระยอง และขอนแก่นพบว่าคนไร้บ้านกว่าร้อยละ ๔๐ แทบไม่มีงานทำในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด
33 และคนไร้บ้านหน้าใหม่ (new homeless) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๒๐ จากเดิมที่มีอยู่ก่อนเกิดสถานการณ์
34 โควิด

35 (๑.๓) คนในชุมชนแออัด^{๒๔, ๒๕}

1 ในช่วงของการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-๑๙ ระลอก ๓ ผู้ติดเชื้อรายแรกที่พบในแหล่งชุมชนแออัดใน
2 เขตคลองเตย เป็นพนักงานสถานบันเทิงย่านทองหล่อ หรือ “คลัสเตอร์ทองหล่อ” ที่พบผู้ติดเชื้อก่อนหน้านี้
3 โดยลักษณะการแพร่กระจายเชื้อมาจากการสังสรรค์กับเพื่อน และแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว จนกระจายสู่
4 ชุมชน เป็น “คลัสเตอร์คลองเตย” ซึ่งถือเป็นชุมชนขนาดใหญ่ใน กทม. ที่มีประชาชนอาศัยอยู่มากกว่า
5 ๘๐,๐๐๐ คน มีทั้งหมด ๔๑ ชุมชน ลักษณะการปลูกที่อยู่อาศัยติดกัน และอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น
6 บางชุมชนอยู่กัน ๑๐๐ กว่าครอบครัว บ้านหลังหนึ่งมีคนอาศัย ๑๐ กว่าคนในสภาพชุมชนที่มีทางเดินแออัด
7 ลักษณะการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก และจากการที่ผู้คนต้องออกไปทำงานข้างนอก แม้ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจาก
8 สถานบันเทิง แต่เป็นการทำมาหากินแบบหาเช้ากินค่ำ ใกล้แหล่งสถานบันเทิง และเมื่อกลับบ้านในชุมชนที่
9 อยู่อาศัยค่อนข้างหนาแน่น จึงมีการติดเชื้อกระจายไปทั่ว นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อโควิดที่กระจายอยู่ใน
10 ชุมชนแออัดหลายพื้นที่ จากจำนวนชุมชนแออัด ๖๘๐ จุดทั่วกรุงเทพมหานคร โดยพบมากในเขตห้วยขวาง
11 ดินแดง บางเขน วัฒนา จตุจักร และคลัสเตอร์ใหม่ในชุมชนเคหะบ่อนไก่ และชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ กระทั่ง
12 ล่าสุดพบการติดเชื้อโควิดในชุมชนแขวงสี่แยกมหานาค เขตดุสิต มากถึง ๘๐ ราย ชุมชนแออัดจึงกลายเป็น
13 แหล่งที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ จำนวนมาก จนภาครัฐต้องระดมแก้ปัญหา เพื่อสกัดการลุกลามกระจายวงกว้าง
14 ให้ได้โดยเร็ว นอกจากนี้จากการศึกษาเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของ
15 คริวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙ พบว่า ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยต้องยอมเสี่ยงต่อการติด
16 โรคจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรการในสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องแสวงหารายได้^{๒๖}

17 ทั้งนี้จากการให้ข้อมูลโดยผู้ประสานงานมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย พบว่าคนในชุมชนแออัดไม่ได้
18 รับการเหลียวแลจากภาครัฐตั้งแต่การระบาดระลอกแรก หลายครัวเรือนขาดรายได้ ไม่มีเงินเก็บ จากเดิมที่
19 เคยออกไปรับจ้างรายวันได้ จากบริบทดังกล่าวทำให้คนในชุมชนต้องลุกขึ้นมาป้องกันตัวเองให้มากที่สุด โดย
20 การสร้างระบบเครือข่ายในการหาพื้นที่กักตัว ๑๔ วันสำหรับผู้มีความเสี่ยง และเครือข่ายสลัม ๔ ภาค ได้มี
21 การหารือในการป้องกันโควิดในชุมชน เริ่มจากการอบรมแกนนำชุมชนในการป้องกันและรับมือ โดยประสาน
22 หลายหน่วยงานในการอบรมแกนนำชุมชนให้มีความรู้เบื้องต้นหากมีคนติดเชื้อเพิ่ม หรือมีกลุ่มเสี่ยงต้อง
23 จัดหาพื้นที่กักตัวในแต่ละชุมชน และยังให้สมาชิกในเครือข่ายไปสำรวจข้อมูลผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดทั่ว
24 กรุงเทพฯ รวมถึงข้อมูลผู้สูงอายุและเด็ก เนื่องจากยังมีชุมชนเล็กๆ ที่ยังไม่ถูกสำรวจประมาณ ๖๐ กว่าชุมชน
25

26 (๑.๔) ผู้ต้องขัง^{๒๗, ๒๘}

27 จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานช่วงระหว่างวันที่ ๑-๑๖
28 พฤษภาคม ๒๕๖๔ พบว่ามีการติดเชื้อจำนวนมากในเรือนจำ/ทัณฑสถานจำนวน ๘ แห่งจากทั้งหมด ๑๔๒
29 แห่งทั่วประเทศ โดยมีผู้ติดเชื้อสูงถึง ๑๐,๗๘๔ คน และเป็นการติดเชื้อครั้งแรกหนึ่งของจำนวนที่ตรวจหาเชื้อ ซึ่ง
30 องค์การอนามัยโลก (WHO) และคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (ICRC) ได้ประเมินสถานการณ์ไว้
31 ล่วงหน้าว่า สถานคุมขัง เรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วโลก มีความเสี่ยงที่จะติดโควิด-๑๙ จะระบาดอย่างหนัก และ
32 อาจรุนแรงกว่าที่อื่น โดยมีปัจจัยจากความแออัดของจำนวนผู้ต้องขัง ทั้งที่รับเข้าใหม่ การปล่อยตัว การส่งต่อ
33 รวมถึงข้อจำกัดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ซึ่งหากมีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก หน่วย
34 บริการสุขภาพและจำนวนเตียงสนามที่มีอยู่ทั้งหมดอาจไม่เพียงพอรองรับสถานการณ์นี้ได้ ผลจากดำเนินการ
35 ค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกปัจจุบันยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในเรือนจำและทัณฑสถานที่ยังพบผู้ติดเชื้อ

1 และการสุ่มตรวจในเรือนจำที่ยังไม่มีผู้ติดเชื้อ ซึ่งขณะนี้ก็ยังไม่สามารถแยกผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อออกจากกัน
2 ได้อย่างชัดเจน จากข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวนผู้ติดเชื้อในเรือนจำและทัณฑสถานก็ยังคง
3 เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมียอดผู้ติดเชื้อที่อยู่ระหว่างรักษาสะสม ๑๕,๓๗๓ คนจากผู้ต้องขังทั้งหมด
4 ๓๑๑,๕๙๑ คนเรือนจำและทัณฑสถาน ๑๓ แห่ง และมีเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่างการรักษาอีก ๗๔ ราย^{๒๙}

5 จากการศึกษารายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (๒๕๖๔) พบว่า ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔
6 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น ๓๓๘,๘๐๖ คน โดย
7 ระหว่างปี ๒๕๕๓-๒๕๕๖๔ ช่วงระยะเวลา ๑๑ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ต้องขังได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
8 เฉลี่ยปีละ ๑๖,๐๐๐ คน ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุก เมื่อพิจารณาตามความจุมาตรฐานที่กำหนด
9 ว่า ผู้ต้องขัง ๑ คนต่อ ๒.๒๕ ตารางเมตรแล้ว จำนวนเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทย ๑๔๓ แห่ง
10 สามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพียง ๑๑๐,๖๖๗ คนเท่านั้น ซึ่งเท่ากับเกินความจุมาตรฐานมากกว่า พบว่า ความ
11 จุกที่ล้นเกินของผู้ต้องขังต้องเบียดเสียดในเรือนนอนที่คับแคบเป็นเวลายาวนาน บางแห่งผู้ต้องขังไม่สามารถ
12 นอนหงายเหยียดยาวได้อย่างอิสระ ทำได้เพียงนอนตะแคง นอนสลัดฟันปลา หรือนอนไขว้เสียบขาชนกัน
13 เท่านั้น เนื่องจากพื้นที่เรือนนอนไม่พอ นอกจากนี้ในด้านสุขภาพอนามัย ยังพบการปนเปื้อนของเชื้อโรคใน
14 อาหารและน้ำดื่มที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อทางเดินอาหาร และจากสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดและการ
15 นอนที่เบียดเสียดกันมากทำให้โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นของผู้ต้องขัง

16 ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย จะได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน
17 ซึ่งสถานพยาบาลจะมีพื้นที่จัดสรรเป็นห้องพักให้ผู้ต้องขังที่ป่วยนอกพักค้างคืนเป็นผู้ป่วยในได้ด้วย แต่
18 โดยรวมแล้วจะเป็นการให้บริการเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แม้การดูแลจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ต้องขังพึงได้รับ
19 ขณะต้องโทษก็ตาม ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยมีความจำเป็นต้องส่งตัวออกไปรักษาออกเรือนจำ จะต้องมี
20 ผู้ควบคุมติดตามอย่างน้อย ๒ คน และหากเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต้องมีการพักค้าง จะต้องมีเจ้าหน้าที่
21 ฝ้าดูแลค้างคืน ๒ คนเช่นกัน ด้วยระเบียบเช่นนี้ทำให้การนำผู้ต้องขังป่วยออกนอกเรือนจำไปรักษาตัวข้าง
22 นอกจึงไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก ทั้งนี้ เนื่องด้วยลักษณะจำเพาะของเรือนจำและทัณฑสถานทำให้มีความเป็นไปได้
23 ได้สูงของการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งในประชาชนทั่วไปประชากรการแพร่เชื้อจากผู้ป่วย ๑ คนสามารถแพร่เชื้อสู่
24 ผู้ป่วยรายต่อไปได้ ๑.๕-๒.๕ คน แต่ในการระบาดในสถานที่คุมขังตัวเลขอาจเพิ่มเป็น ๑๐-๑๐๐ คนได้ และ
25 การระบาดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด^{๓๐} และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงของการ
26 ติดเชื้อจะพบว่าผู้ต้องขังมีโอกาสเผชิญกับ (๑) กลุ่มเสี่ยง ที่อาจหมายถึงเจ้าหน้าที่ ผู้มาติดต่อ หรือผู้ต้องขังที่
27 รับเข้ามาใหม่ซึ่งแม้จะผ่านกระบวนการคัดกรองแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากระยะการพักตัวของเชื้อจะใช้ระยะ
28 เวลานาน ผู้ต้องขังที่อยู่เดิมจึงมีโอกาสที่จะสัมผัสกับกลุ่มคนเสี่ยง (๒) สถานที่เสี่ยง เนื่องจากสภาวะนักโทษ
29 ล้นเรือนจำ สภาพแวดล้อมที่แออัดจึงนำไปสู่กิจกรรมเสี่ยง ภายใต้พื้นที่ปิดและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ดังนั้น
30 มาตรการเว้นระยะห่าง การหลีกเลี่ยงการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันพื้นฐาน จึงไม่อาจนำมาใช้กับเรือนจำ
31 ได้อย่างตรงไปตรงมา ดังนั้นกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำจึงเป็นกลุ่มคนน่าเป็นห่วงในด้านสวัสดิภาพ^{๓๑}

32 ทั้งนี้ จากการจัดทำฐานทะเบียนผู้ต้องขังระหว่าง ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ต้องขังที่สามารถ
33 ใช้สิทธิในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิในระบบอื่น ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวน
34 ๓๒๕,๗๑๑ คน (ร้อยละ ๙๔.๕ ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด) ส่วนผู้ต้องขังที่ตกหล่น ไม่สามารถใช้สิทธิในการ
35 เข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสถานะและบุคคลและต่างตัวมีจำนวน ๑๙,๕๐๖ คน^{๓๒}

1 (๑.๕) ผู้ใช้สารเสพติด

2 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) คาดประมาณว่ามีผู้เสพยา
3 เสพติดในประเทศไทยประมาณ ๒ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณร้อยละ ๑๐ เป็นผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงหรือติดยา
4 เสพติดที่จะต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู นอกนั้นเป็นการใช้แบบครั้งคราว และคาดว่าผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธี
5 ฉีดเข้าเส้นประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดร้อยละ ๙๐ จะเป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี ร้อยละ
6 ๓๒จะติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการใช้เข็มร่วมกัน แต่ในปัจจุบันยังไม่มีสถานพยาบาลของรัฐให้บริการเข็มและ
7 อุปกรณ์สะอาดแก่กลุ่มเหล่านี้ มีเพียงองค์กรภาคประชาสังคมที่ให้บริการ ทั้งที่ในมาตรฐานสากลของการดูแล
8 รักษาบำบัดฟื้นฟูกลุ่มคนเหล่านี้ต้องมีการจัดบริการที่รอบด้าน (Comprehensive package) เพื่อลดอันตราย
9 จากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ประกอบกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา
10 ๙๑ และ ๙๒ บัญญัติให้ผู้เสพยาเสพติดมีโทษทางอาญา เมื่อถูกจับกุมกลุ่มคนเหล่านี้ก็จะมีประวัติเป็น
11 อาชญากร เป็นข้อจำกัดในการประกอบอาชีพเมื่อพ้นโทษออกมา กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเหล่านี้จะเผชิญกับอคติ
12 ทางสังคม ถูกสังคมรังเกียจว่าเป็นคนไม่ดีที่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ครอบครัวได้รับความอับอาย บาง
13 คนเรียกว่าเป็นขยะสังคม คนจะรู้สึกกลัว กังวลที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนเหล่านี้ กลัวจะขายโมยของ กลัวเกิด
14 อาการหลอนแล้วทำร้ายร่างกาย เมื่อไปรับบริการสุขภาพจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่าทำไมไม่รู้จักเลิก ทำให้
15 ไม่อยากไปรับบริการอีก เมื่อติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบบี จะถูกตั้งเงื่อนไขให้ไปเลิกยาเสพติดก่อนจึง
16 จะให้การรักษา ด้วยกังวลว่าจะไม่มีวินัยในการกินยาต่อเนื่อง ซึ่งในข้อเท็จจริงทางวิชาการ การติดยาเสพติด
17 หรือเรียกว่าโรคสมองติดยาเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หลายคนจึงเสียชีวิตเนื่องจากไม่ได้รับการรักษา

18 ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตของคนกลุ่มนี้ พบว่าจากการออกแนวปฏิบัติ
19 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเป็นการสกัดกั้นและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้ง
20 ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติซึ่งอาจได้รับเชื้อในระหว่างการเดินทางมารับการรักษาและรับยาที่
21 โรงพยาบาล จึงให้สถานพยาบาลของรัฐจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ในระหว่าง
22 สถานการณ์โรคระบาด ยกเว้นกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เมทาโดนให้ดำเนินการตามประกาศ
23 กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งในปัจจุบันผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาวเมทา
24 โดเน (Methadone Maintenance Treatment: MMT) ในสถานบริการหลายแห่งยังไม่สามารถนำยาออกไป
25 รับประทานนอกสถานพยาบาลได้ ต้องเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน ทั้งนี้ จากรายงาน
26 ผลการสำรวจสถานพยาบาลที่ให้บริการสารทดแทนเมทาโดนแก่ผู้ใช้สารเสพติด ๗๓ แห่ง ผู้รับบริการ
27 ๓,๕๖๕ คน ในพื้นที่ ๑๙ จังหวัด โดยเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (Thai Drug user Network -TDN) ร่วมกับ
28 มูลนิธิไอโซน และมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดจำนวน ๑,๖๙๖ คน หรือร้อยละ ๔๘ ยังต้องเดินทาง
29 ไปกินสารทดแทนเมทาโดนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวันในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ระลอกแรก

30 นอกจากความเสี่ยงที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจะพบในระหว่างเดินทางมารับประทานยาต่อหน้า
31 เจ้าหน้าที่ทุกวันแล้ว ยังพบว่าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวตามพระราชบัญญัติฟื้นฟู
32 สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕ (ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ก็เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงสูง
33 จากโอกาสรับเชื้อในระหว่างการควบคุมตัวในระยะเวลารอตรวจพิสูจน์^{๓๓}

1 **(๑.๖) ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ^{๓๔,๓๕,๓๖}**

2 ความเป็นธรรมทางเพศสภาพ บนหลักการสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางเพศ ถือเป็นสิทธิขั้น
3 พื้นฐานที่พึงได้รับการรับรองตามกฎหมายเพื่อขจัดอคติ การกีดและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความ
4 แตกต่างทางเพศและเพศสภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงโอกาสและสิทธิต่างๆ ของบุคคลที่มีความ
5 หลากหลายทางเพศ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่าบุคคลที่มีความหลากหลาย
6 ทางเพศเกือบครึ่ง (ร้อยละ ๔๔.๗๒) ต้องสูญเสียรายได้/ถูกลดเงินเดือน จากการปิดสถานประกอบการ ส่วนใน
7 ด้านสุขภาพพบว่าเกือบร้อยละ ๕๐ มีปัญหาในการเข้าถึงหน้ากากอนามัยแบบธรรมดา ส่วนกลุ่มคนที่ต้อง
8 รับประทานต้านไวรัส HIV หรือคนที่ต้องได้รับฮอร์โมนอย่างสม่ำเสมอ จะมีความยากลำบากในการเดินทาง (ร้อย
9 ละ ๕๔.๐๔) และเกิดความไม่สะดวกในการไปรับบริการที่สถานพยาบาลในช่วงโควิดซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยง และ
10 มีเพียงร้อยละ ๒๐ ที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด นอกจากนี้ ยังเป็นกลุ่มคน
11 หลากหลายทางเพศที่มีมิติของความเปราะบาง ขาดความแข็งแกร่งต่อการรับมือกับความเหลื่อมล้ำทั้งใน
12 สิทธิสวัสดิการ โอกาสทางการศึกษา และการเข้าถึงระบบข้อมูล เมื่อรวมกับอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคลที่มี
13 ความหลากหลายและมีความเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การศึกษา สภาพ
14 ร่างกาย ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ฯลฯ จึงยิ่งส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงอำนาจทางสังคม หรือการถูกกดขี่
15 (Intersectionality) ซึ่งง่ายต่อการถูกผลักออกจากระบบที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับความหลากหลาย

16
17 **(๑.๗) พนักงานบริการ (Sex Workers)**

18 พนักงานบริการเป็นกลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพบนความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิด
19 จากความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นภาวะการณ์เจ็บป่วยที่แฝงไปด้วยการรังเกียจและตีตราของคนในสังคม ทำให้
20 เป็นกำแพงกั้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-
21 ๑๙ คนกลุ่มนี้จึงได้รับผลกระทบอย่างหนักและยาวนานกว่า 1 ปีเศษ ไม่มีงานทำและไม่มีรายได้เพียงพอที่จะ
22 ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ไม่มีเงินที่จะใช้เพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อพบว่าตนเองหรือคนในครอบครัวเจ็บป่วย
23 พนักงานบริการจำนวนหนึ่งต้องขาดการรักษาการเข้าถึงยาต้านเอชไอวี เนื่องจากไม่มีเงินสำหรับเดินทางไป
24 รับยาในสถานพยาบาล ทำให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนเนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

25
26 **(๒) ประชากรแรงงานข้ามชาติและผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย^{๓๗, ๓๘, ๓๙, ๔๐}**

27 บุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทยที่อยู่ในประเทศไทย คาดการณ์ว่ามีจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคน โดย
28 แบ่งได้ เป็น ๓ กลุ่มหลัก คือ

29 (๑) คนเข้าเมืองถูกกฎหมาย ซึ่งประกอบด้วย แรงงาน ๓ สัญชาติ (เมียนมาร์ ลาว กัมพูชา)
30 แรงงานต่างชาติกลุ่มอื่นๆ ผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติ/คนข้ามชาติอื่น ๆ และนักท่องเที่ยว

31 (๒) ชนกลุ่มน้อย ซึ่งประกอบด้วย ชนกลุ่มน้อยที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๖ และ ๗ ๑๑๒
32 ผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียนที่มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข ๐-๘๙ และ ๐-๐๐ และผู้มีถิ่นที่อยู่อาศัยถาวร

33 (๓) บุคคลที่ไม่ใช่สถานะทางกฎหมาย ประกอบด้วย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ
34 (Stateless), ผู้ลี้ภัย และนักเรียนที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก หรือเด็กกิตติ G

35 ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า

1 (๑) แรงงานข้ามชาติหายออกไปจากระบบประกันสุขภาพมากกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คน (เปรียบเทียบ
2 ระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒ กับเดือนตุลาคม ๒๕๖๓) เนื่องจากการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการ
3 แรงงานข้ามชาติที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและสถานการณ์ ไม่ชัดเจนและขาดการบูรณาการระหว่าง
4 หน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ การต่อไปอนุญาตทำงานและวี
5 ซ่าในช่วงที่มีการปิดพรมแดน แม้ว่าหลังจากที่การระบาระลอกแรกลดลงและสถานประกอบการต่างๆมี
6 ความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น แต่รัฐบาลก็ไม่ได้มีนโยบายส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติกลับเข้าสู่ระบบแต่อย่าง
7 ใด ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ถูกเลิกจ้างจากกิจการที่ปิดตัวลงหรือลดจำนวนแรงงานในช่วง
8 สถานการณ์โควิดที่หายไปจากระบบถึง ๕๙๒,๔๕๐ คน

9 (๒) มีรายได้ไม่เพียงพอ จากการสำรวจสภาพปัญหาของแรงงานข้ามชาติในภาวะวิกฤตโรค
10 ระบาดโควิด-๑๙ พบว่า ร้อยละ ๒ ของแรงงานถูกเลิกจ้างแบบไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ถูก
11 เลิกจ้างในภาพรวมพบร้อยละ ๒๐ ถูกบังคับให้หยุดงานแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน และร้อยละ ๒๙ ถูกลดงาน
12 แบบไม่ได้รับค่าตอบแทน (ประชากรราว ๓ ใน ๔ มีรายได้ลดลง กลุ่มลูกจ้างรายวันสูญเสียรายได้ทั้งหมด)

13 (๓) ในด้านการป้องกันโรค ประชากรแรงงานข้ามชาติไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการ
14 ตรวจหาเชื้อในลำดับต้น เนื่องจากในช่วงระยะเวลา ๙ เดือน มิ.ย.- พ.ย. ๖๓ ไม่มีการตรวจคัดกรองกลุ่ม
15 แรงงานข้ามชาติในพื้นที่กทม.และปริมณฑล ซึ่งมีจำนวนประชากรข้ามชาติหนาแน่นในอุตสาหกรรมก่อสร้าง
16 อุตสาหกรรมต่อเนื่องอาหารและเสื้อผ้า สะท้อนให้เห็นการไร้ตัวตนในมาตรการเชิงนโยบาย จนกระทั่งเกิด
17 การระบาระลอก ๒ นอกจากนี้ ในด้านอุปกรณ์ใช้สำหรับการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ก็
18 ยังขาดแคลน มีเพียงภาคประชาสังคม และสภาวิชาชีพไทย ที่จัดหาให้

19 (๔) มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่สบายจะใช้การพักผ่อน (12%) ซ้อยากินเอง (18%)
20 ไปหาหมอ (59%) ไป รพ. (6%) และมีค่ารักษาพยาบาลไม่แพง และประชากรแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่
21 กรุงเทพฯและปริมณฑลจะไม่ได้ใช้บริการสาธารณสุขมากเท่าแรงงานที่อยู่พื้นที่ชายแดนที่ประสบปัญหาภัย
22 โรคติดต่อและไม่ติดต่อ นอกจากนี้หลายกิจการไม่มีการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ทำให้
23 แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่รับการช่วยเหลือจากรัฐในภาวะฉุกเฉิน บางคนบัตรประกันสุขภาพหมดอายุใน
24 ระหว่างที่เกิดสถานการณ์โควิด ไม่สามารถซื้อใหม่ได้เนื่องจากยังมีความไม่ชัดเจนในการขายบัตรประกัน
25 สุขภาพ

26 (๕) จากการสำรวจพบว่า ประชากรแรงงานข้ามชาติ มักเลือกพักอาศัยในห้องเช่ามากที่สุด
27 (83%) ห้องพักส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานราคาห้องพักแบบปกติ ไม่มีห้องน้ำแยก ใช้ครัวรวม เมื่อมี
28 มาตรการบังคับจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม(lock down)แต่ด้วยบริบทของวิถีชีวิตที่ต้องใช้ทุกอย่าง
29 ร่วมกัน จึงยากต่อการควบคุมระยะห่างและการใช้ของร่วมกันในที่พักอาศัย และการควบคุมการติดเชื้อจาก
30 การใช้ห้องน้ำรวม

31 (๖) แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่กระจุกตัว หนาแน่นในบางพื้นที่ ไม่สามารถเดินทางออกนอก
32 พื้นที่ได้ด้วยข้อจำกัดทางเอกสารประจำตัว เมื่อเกิดโรคระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ย่อมเกิณกำลังของ
33 ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่นั้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ

34 (๗) แรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิประกันสังคม แต่เกือบครึ่งไม่รู้สิทธิของตนเอง (๑) ส่วนคนที่รู้สิทธิ
35 จำนวนหนึ่ง (28%) กลับไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเป็นภาษาไทย

1 อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ไม่สามารถกรอกข้อมูลออนไลน์ได้ ใช้เอกสารจำนวนมากไม่สามารถหามายื่นได้
2 เดินทางไปสำนักงานประกันสังคมไม่ได้ (๒) นายจ้างบอกเลิกจ้างกะทันหัน ทำให้ต้องหางานใหม่ภายใน ๓๐
3 วัน (๓) การเข้าไม่ถึงการรับเงินชดเชย หรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่แรงงานพึงได้ (๔) ในช่วงของการสำรวจ
4 พบว่า เกือบร้อยละ ๘๐ ของประชากรแรงงานข้ามชาติไม่มีหลักประกันสุขภาพ

5
6 **กล่าวโดยสรุป** ในช่วงของการเกิดภาวะวิกฤตสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มต่างพบปัญหาในการเข้าถึง
7 บริการสุขภาพอันเนื่องมาจากภาวะที่ไม่ปกติ และจากความเห็นของสมาชิกสมัชชาสุขภาพเห็นตรงกันว่า
8 ประชาชนไทยทุกกลุ่มมีความเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทำให้การจัดลำดับของการให้บริการสาธารณสุขใน
9 ด้านให้บริการด้านอื่นลดลง ในขณะที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มผู้ไม่มีสัญชาติ มีความเสี่ยงสูง ด้วยเหตุ
10 ของการไม่มีหลักประกันสุขภาพเนื่องจากบางส่วนไม่มีเอกสารไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย การถูก
11 แบ่งแยกทางเชื้อชาติทำให้เกิดความหวาดกลัวในการไปบริการในสถานพยาบาล รวมไปถึงข้อจำกัดของ
12 สวัสดิการของภาครัฐ และการขาดรายได้ในภาวะวิกฤต

13 สำหรับรูปแบบความเสี่ยงที่พบ ส่วนใหญ่เกิดจาก (๑) สภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือสถานที่
14 เป็นอยู่มีความแออัด ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก นำไปสู่แพร่กระจายเชื้อต่อ เช่น สถานบันเทิง บ่อนการ
15 พนัน เรือเช่า หรือผู้มีอาชีพค้าขาย (๒) การขาดความรับผิดชอบ ไม่ดูแลตัวเอง ไม่เชื่อฟัง ไม่มีระเบียบวินัย
16 ปกปิดข้อมูล (๓) การรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลเพียงพอในการดูแลตนเอง (๔) การไม่มี
17 หลักประกันสุขภาพ เช่น แรงงานที่ไม่มีสถานะทางกฎหมาย หรือกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างจ้างเหมา ส่งผล
18 ให้ไม่กล้าไปรับการตรวจในสถานพยาบาล และ (๕) ความเสี่ยงอันเกิดจากการที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลัก
19 แหล่งของคนเร่ร่อน ไร้บ้าน ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้อหรือจัดหาแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย
20 หรือลงทะเบียนในหมอพร้อม

21 22 **๓.๔ การปรับตัวในระบบสุขภาพในภาวะวิกฤต**

23 การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ได้ส่งผลกระทบวงกว้างในหลายมิติไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบ
24 สาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อรองรับวิถีการให้บริการผู้ป่วยแบบใหม่ควบคู่ไปกับการรับมือการ
25 แพร่ระบาดของโรค สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศชัดเจนว่าทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่เข้าชายอยู่ใน
26 กลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัดกรองโควิด-๑๙ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือแรงงานข้ามชาติ
27 ก็ตาม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการตรวจคัดกรองในคนไทยทุก
28 สิทธิ ส่วนแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย รวมถึงการฉีด
29 วัคซีนให้ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติที่มีความประสงค์
30 จะฉีด มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประเทศ (Herd immunity) และ
31 หากเกิดความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙จะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น^๙ ชดเชยไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐
32 บาท โดยมีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ
33 เบื้องต้น ซึ่งหากผู้รับบริการไม่เห็นด้วย จะมีสิทธิอุทธรณ์ได้ภายใน ๓๐ วัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างความ
34 เชื่อมมั่นให้กับประชาชน รวมการได้รับวัคซีนในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

1 นอกจากนี้กองทุนประกันสุขภาพหลัก ๓ กองทุน ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกัน
2 สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และ กรมบัญชีกลาง ยังได้ร่วมแถลงการณ์ยืนยัน
3 สิทธิผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ดังนี้

4 (๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด-๑๙ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง
5 รวมถึงผู้มีปัญหาสถานะ ให้ได้สิทธิเช่นเดียวกัน และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
6 ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิดังกล่าว โดย สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าตรวจทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

7 (๒) อัตราค่าใช้จ่ายต่างๆ คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๓ วันที่ ๒๑ เม.ย. ๒๕๖๓ และ
8 วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วย
9 ฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับ
10 การรักษา สามารถเข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ โดย
11 โรงพยาบาลเอกชนต้องส่งข้อมูลขอเบิกเงินตามหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าวมายัง สปสช. จากนั้นทั้ง ๓ กองทุนจะ
12 จ่ายเงินให้โรงพยาบาลเอกชนต่อไป

13 (๓) มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เร่งสร้างการรับรู้
14 เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ดังกล่าวแก่โรงพยาบาลต่างๆ ให้ถูกต้อง ทัวถึง เพื่อให้การป้องกันโรคและรักษาผู้ป่วย
15 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้ง ๓ กองทุนจึงเห็นพ้องต้องกันที่จะร่วมคุ้มครองสิทธิ
16 ของประชาชนตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด ในการได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสีย
17 ค่าใช้จ่าย จึงขอให้กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้กฎหมายกับโรงพยาบาลเอกชนที่เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยโค
18 วิด-๑๙ อย่างเคร่งครัด โดยทั้ง ๓ กองทุนจะเผื่อระวังและแจ้งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ

19 ในด้านการบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ประชาชนในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดโรคโควิด-๑๙ ระบบ
20 ประกันสุขภาพทุกระบบได้มีการออกมาตรการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามภารกิจขององค์กร โดยมี
21 เป้าหมายเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล
22 ดังนี้

23 (๑) ระบบประกันสังคม ดำเนินการลดอัตราเงินสมทบ และออกมาตรการช่วยเหลือค่าครองชีพให้แก่
24 ผู้ประกันตนมาตรา ๓๓ ที่มีสัญชาติไทย ในโครงการ ม.๓๓ เรารักกัน และผู้ป่วย HIV สามารถรับยาล่วงหน้า
25 อย่างน้อย ๓ เดือนได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้า รวมไปถึงการให้นายจ้างกรอกแบบสำรวจความ
26 ต้องการฉีดวัคซีนให้ผู้ประกันตนผ่านระบบ e-service โดยให้นายจ้างนับรวมผู้ประกันตนที่ยังจ่ายเงินสมทบ
27 ไม่ครบ ๓ เดือนตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีเจ็บป่วยด้วย

28 (๒) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการขยายอายุหนังสือส่งต่อผู้มีสิทธิ เพื่อให้ผู้มีสิทธิ
29 สามารถใช้บริการในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา
30 รวมทั้งให้บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ ให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดสามารถรับยาเม
31 ทาโดนไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ (ในบางหน่วยบริการ) และครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจคัด
32 กรอง "โควิด-๑๙" รวมถึงค่ารักษาพยาบาล เป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ค่าห้องค่าอาหาร, ค่า PPE, ค่า
33 ยาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ และค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

34 (๓) ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่า
35 รักษายาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-๑๙ ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรงได้ รวมไปถึงการเพิ่มหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่า

1 รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน สำหรับผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยงหรือติดเชื้อสามารถเข้ารับ
2 การตรวจโควิด-๑๙ ฟรีในโรงพยาบาล ๑๙ แห่ง

3 (๔) ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แรงงานที่เป็นชายอยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัด
4 กรอง และรักษาโควิด-๑๙ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่มีเอกสาร หรือไม่มีเอกสารก็ตาม โดย
5 เบิกจ่ายงบประมาณจากกรมควบคุมโรค

6 นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อนุมัติหลักการนโยบายการจัดระบบ
7 หลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ และให้จัดสรร
8 งบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้เทียบเท่ากับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
9 แห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำประมาณ ๑๖,๐๐๐
10 คน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะในเรื่องนี้ และให้สำนักงานหลักประกัน
11 สุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแลจัดระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง โดยให้ดำเนินการ
12 เช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^{๑๑}

13

14 ๓.๕ กลไกทางสาธารณสุข^{๑๒}

15 ในด้านการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ถือเป็น
16 เครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
17 รักษาการตามพระราชบัญญัติ เช่น การออกประกาศกำหนดชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตรายและ
18 โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การกำหนดช่องทางเข้าออกในประเทศให้เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง
19 ประเทศ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรค การจัดให้มีโครงสร้างคณะกรรมการ
20 โรคติดต่อระดับชาติและระดับจังหวัด การแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ฯลฯ โดยหลังจากที่เกิดการ
21 แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ ๙ ฉบับ เพื่อการรับมือการแพร่
22 ระบาดของโรค ควบคู่ไปกับการใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือ
23 เสริมในการ “ห้าม” ที่เกี่ยวพันกับการควบคุมโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อบังคับพฤติกรรมของประชาชน
24 ให้ลดความเสี่ยงในด้านต่างๆ

25 การปฏิบัติหลังจากที่มีรายงานพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อ จำนวนเกิน ๑๐๐ คนในเดือนมีนาคม
26 ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศแต่งตั้งให้ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข
27 รวมถึงข้าราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทยระดับต่างๆ ข้าราชการสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
28 เทศบาลและองค์การบริหาร ร่วมกันบูรณาการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในทุกที่ ซึ่งต่อมาคณะกรรมการ
29 โรคติดต่อได้มีหนังสือให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและ
30 หมู่บ้าน หลังจากกรุงเทพฯ และปริมณฑล สังกัดสถานที่เป็นการชั่วคราวซึ่งส่งผลให้ประชาชนเดินทางกลับ
31 ภูมิลำเนา ด้วยหนังสือสั่งการนี้ทำให้เกิดกลไกที่สำคัญในระดับพื้นที่ คือ เกิดการจัดตั้งทีมอาสาโควิด-๑๙
32 ระดับอำเภอและหมู่บ้านเพื่อดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังผ่านกลไกสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล
33 ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควบคู่ไปกับมาตรการจัดพื้นที่ควบคุม
34 โรค (quarantine) ที่รัฐจัดเพื่อสังเกตอาการผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน และ

1 ป้องกันการแพร่กระจายโรค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับกระทรวงกลาโหมดูแลใน
2 พื้นที่กรุงเทพมหานคร และกระทรวงมหาดไทยดูแลในพื้นที่ต่างจังหวัด

3 **การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ได้กลายมาเป็นมาตรการสำคัญและเป็น**
4 **มาตรการหลัก**ที่ในทางปฏิบัติหน่วยงานสาธารณสุขใช้เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยง **เพื่อนำไปสู่**
5 **การป้องกันควบคุมที่รวดเร็วและเหมาะสม** และยังคงกลายเป็นมาตรการชุมชนที่ดึงภาคประชาชนเข้า
6 **มามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่** จนเป็นแนวทางที่สำคัญของ
7 ภาครัฐ โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้มีโครงการที่ริเริ่มจาก อสม. หลายโครงการ เช่น อสม.เคาะ
8 ประตูบ้านต้านโควิด-๑๙ เพื่อให้ความรู้ คัดแยกกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม โครงการค้น
9 ให้พบ จบใน ๑๔ วัน โครงการ อสม.ร่วมใจณรงค์ส่งสรภานต์ไทยปลอดภัยจากโควิด-๑๙ เพื่อเน้นย้ำ
10 ความสำคัญของมาตรการเว้นระยะห่าง (distancing) ฯลฯ นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง
11 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะในงานที่มีการรวมตัวกัน เช่น งานบุญ งานศพ พร้อมทั้งรายงานกลับไป
12 ยังกระทรวง อีกทั้ง อสม.ยังเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมการส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้าน ผ่านโครงการ “Grab Drug”
13 เพื่ออำนวยความสะดวกผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนลดการแออัดในการไปใช้บริการ ให้ประชาชนหลีกเลี่ยง
14 การเดินทางออกจากที่พักอาศัย ส่วนในชุมชนเมืองหลายๆ แห่ง ได้เกิดโมเดลของการดูแลชุมชนด้วยตัว
15 ชุมชนเอง เช่น “คลองเตยโมเดล” เป็นต้นแบบการจัดการระบบควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนเขตเมือง ลดการ
16 แพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้พื้นที่วัดเป็นศูนย์พักคอยใกล้ชุมชนคลองเตย มีการบริหาร
17 จัดการและดูแลโดยคณะกรรมการของชุมชนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
18 เพื่อแยกตัวผู้ติดเชื้อออกจากบ้านพักอาศัยและชุมชน ให้การดูแลเบื้องต้น และรอการจัดหาเตียงเข้ารับรักษาใน
19 โรงพยาบาลสนามหรือโรงพยาบาลหลักในพื้นที่ต่อไป

20 ด้วยกลไกทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วงภาวะวิกฤตนี้ จึงเป็นการยกระดับการพัฒนาศักยภาพของ
21 คนในชุมชนไปสู่การจัดการปัญหาพร้อมกับภาครัฐ ซึ่งรัฐจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้น ทั้งยังเป็นการลงทุนทาง
22 สังคม (Social Investment) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

23

24 ๔. การทบทวนนโยบายสาธารณะ

25 ๔.๑ นโยบายสาธารณะภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาด

26 ภายใต้การรับมือกับวิกฤตโควิด-๑๙ รัฐได้ดำเนินนโยบายที่สำคัญ ๓ ประการได้แก่ (๑)
27 นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด (๒) นโยบายจัดหาวัคซีนให้เพียงพอกับประชาชน
28 ทุกคน (๓) นโยบายเร่งกระจายวัคซีนให้เร็วที่สุด โดยมีมาตรการรองรับดังนี้

29 ๔.๑.๑ นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด

30 (๑) มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เป็นมาตรการที่เคร่งครัดในการระบาดระลอกแรก โดย
31 ในส่วนของประชาชน รัฐได้ขอความร่วมมือในการสลับหรือเลื่อนเวลาทำงาน การทำงานที่บ้าน (Work from
32 home) ปิดสถานที่เสี่ยง กำหนดระยะเวลาปิดเปิดบางสถานที่ หรือการห้ามรวมกลุ่มเกิน ๒๐ คน การสวม
33 หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง เป็นต้น ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า มาตรการนี้ยังมีข้อจำกัดที่สวนกับทิศทาง
34 ของเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเข้มงวดและนำไปใช้ได้ตลอด ทำให้บางพื้นที่มีการละเมิด และไม่เข้มงวดใน
35 มาตรการดังกล่าว นอกจากนี้ในหน่วยบริการสาธารณสุข ก็ได้รับนโยบายมาปฏิบัติ โดยให้มีการจัดส่งยาและ

1 เวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ หรือการรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน ตลอดจนให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการ
2 รักษาสามารถรับบริการนอกหน่วยบริการประจำได้ ทั้งนี้เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล รวมทั้งมีการ
3 หมุนเวียนเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการในการคัดกรองและตรวจเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงได้ แต่อย่างไรก็ดี พบว่า
4 นโยบายควบคุม เฝ้าระวังการหยุดบริการด้านการขนส่งสาธารณะ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยมีความลำบาก
5 ในเดินทาง และต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเพิ่มขึ้น

6 (๒) มาตรการควบคุมการลักลอบเข้าประเทศและการเคลื่อนย้ายแรงงานผิดกฎหมายตามแนว
7 ชายแดน โดย (๒.๑) บูรณาการการปฏิบัติงานกับฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ กรมการปกครอง และหน่วยงาน
8 ตรวจคนเข้าเมือง และการเพิ่มจุดตรวจ และจุดสกัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยมีชายแดนติดกับ
9 เพื่อนบ้านเป็นระยะทางยาว จึงยังมีการลักลอบเข้าประเทศตามช่องทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมี
10 นายหน้าลักลอบพาคนงานเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายที่ถูกสกัดจับทุกวัน โดยระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน
11 ๒๕๖๔ มีการจับกุมได้มากกว่า ๑๕,๐๐๐ คน และ (๒.๒) มีการ Quarantine ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยอย่าง
12 น้อย ๑๔ วันแบบรัฐจัดหาและแบบ Hospitels

13 (๓) มาตรการการตรวจคัดกรองเชิงรุก (Active case finding) ในพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาดสด
14 ชุมชนแออัด และหอพัก อพาร์ทเมนต์ แคมป์คนงานก่อสร้างที่มีแรงงานข้ามชาติ และแรงงานคนไทยพัก
15 อาศัยอย่างแออัด โดยปัจจุบันได้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา
16 และเครือข่ายอาสาสมัคร จัดตั้งทีมทำงานเชิงรุกในพื้นที่ดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่ามีเกิดการเกิดคลัสเตอร์
17 ในการระบาดลูกกลมเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการประเมินสถานการณ์ที่ล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่ม
18 เสี่ยงที่เป็นแรงงานข้ามชาติ กอปรกับธรรมชาติของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดต่อโดยละอองฝอย มา
19 เป็นการติดต่อทางเดินหายใจจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส จึงยิ่งส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว
20 ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีกำลังคนไม่เพียงพอในการทำงานเชิงรุก

21 (๔) มาตรการให้การรักษาฟรีกับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทุกราย โดยมีการบริหารจัดการด้านการ
22 จ่ายเงินชดเชยให้กับโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ และค่าเสี่ยงภัยให้กับบุคลากร เช่น อาสาสมัคร
23 สาธารณสุข และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับบุคลากรที่ได้รับความเสียหายจากกรณีโควิด-๑๙ จาก
24 งบประมาณกลาง รวมถึงค่ารักษาพยาบาลของคนต่างชาติและแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย แต่ในทาง
25 ปฏิบัติพบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ เต็มไม่เพียงพอ โรงพยาบาลสนามรองรับไม่ทัน โดยเฉพาะการแพร่
26 ระบาดในกลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลสนาม จ.สมุทรสาคร ซึ่งรองรับ
27 ได้เพียง ๗๖๐ เตียง และโรงพยาบาลสนามของเอกชน (ศูนย์ห่วงใยคนสาคร) ซึ่งรองรับได้เพียง ๔๐๐ เตียง
28 เท่านั้น นอกจากนี้ยังขาดการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการ
29 ที่แตกต่างกัน เช่น มีการเรียกเก็บค่าตรวจ ฯลฯ

30 (๕) มาตรการเยียวยา โดยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีได้รับความเสียหายและแพ้วัดขึ้นที่
31 มีผลย้อนหลังถึงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป รวมไปถึงการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาให้แก่เด็ก
32 ผู้สูงอายุ และคนพิการของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงแรงงาน

33 (๖) มาตรการบรรเทาความเดือดร้อน ได้แก่ การลดค่าสาธารณูปโภคพื้นฐาน การพักชำระหนี้
34 สินเบื่อดอกเบี้ยเงินกู้ต่ำ สำหรับผู้ประกอบการอาชีพอิสระ พนักงานประจำ เกษตรกร

1 (๗) มาตรการสื่อสารสาธารณะ ในระดับประเทศศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อ
2 เชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (ศบค.) จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานรัฐบาล กระทรวงต่างๆ รวมไปถึง
3 ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และรายงานสถานการณ์ระบาดของโรคประจำวัน ผ่าน
4 ช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของ ศบค. รวมถึงทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับมาตรการ
5 ป้องกันโรคที่รัฐขอความร่วมมือ โดยเน้นการประกาศและชี้แจงมาตรการบังคับที่ต้องปฏิบัติร่วมกันใน
6 สถานการณ์การระบาดของโรค และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นผู้รายงานสถานการณ์
7 ระบาดของโรคประจำวัน ผ่านช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงมี
8 การสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนผ่านเว็บไซต์ <https://covid19.ddc.moph.go.th/th> รวมถึงการให้ความรู้
9 ด้านสุขภาพและแนวทางป้องกัน การปฏิบัติตน และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการสื่อสารในระดับ
10 พื้นที่จะดำเนินการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด^{๓๓} สำหรับประชาชนที่ต้องการคำปรึกษาหรือต้องการสอบถาม
11 ข้อมูลจะมีการเพิ่มคู่สายและสายด่วน ๑๖๖๘, ๑๖๖๙ และ ๑๓๓๐ การติดตามโซเชียลมีเดียผ่านแอปพลิเคชัน
12 สายดีป่อ และสายด่วน ๓ ภาษาของกรมควบคุมโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อให้คำปรึกษา และตอบ
13 ข้อซักถามให้แก่ประชาชน แต่อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติกลับพบว่า สังคมยังสับสนกับข้อมูลของภาครัฐ
14 ประชาชนเกิดความไม่มั่นใจ เกิดการกักตุนสินค้า หน้ากากอนามัยขาดในช่วงแรก ตลอดจนเกิดข่าวปลอม (fake news)
15 fake news) จนเกิดนโยบายตัดวงจรผลิตข่าวปลอม (fake news COVID19) ให้มีการเร่งใช้กฎหมายอย่าง
16 เข้มขัน เร่งด่วน เพื่อป้องกันการสร้างความตระหนักในสังคม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน
17 และมีการกระจายข่าวเท็จไปทั่วทุกหัวระแหง

18 **๔.๑.๒ นโยบายจัดหาวัคซีน** เพิ่มการจัดหาจาก ๑๐๐ ล้านโดส เป็น ๑๕๐ ล้านโดส ซึ่งในทาง
19 ปฏิบัติประชาชนยังเกิดความลังเลในการฉีดวัคซีน เกิดความสงสัยในประสิทธิภาพของวัคซีนแม้จะมีบุคลากร
20 ทางสาธารณสุขออกมายืนยันก็ตาม นอกจากนี้จำนวนผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีนยังไม่เป็นไปตามเป้า

21 **๔.๑.๓ นโยบายกระจายวัคซีน** เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค รวมทั้งลด
22 การเสียชีวิต โดย การลงทะเบียนผ่านระบบหมอพร้อม นัดหมายกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผ่านระบบนัดหมาย
23 โดย อสม. และการเข้ารับการฉีดวัคซีนได้ด้วยตนเองโดยไม่ผ่านระบบการจอง (walk in) เป็นต้น ในทาง
24 ปฏิบัติแม้จะมีความร่วมมือกับภาคเอกชน ห้าง ร้านต่างๆ แต่ก็ยังพบว่าเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ มาตรการ
25 สื่อสารสาธารณะในประเด็นเรื่องประโยชน์ของวัคซีน ข้อดีของการฉีดวัคซีนให้ครบตามเป้าหมาย ร่วมกับการ
26 แจ้งรายละเอียดเรื่องการแพ้วัคซีนให้ประชาชนมีความเข้าใจ และกล้าเข้ารับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น รวมถึง
27 ประเด็นเรื่องการคัดกรองข่าวลวงด้านวัคซีนให้กับประชาชน เป็นไปด้วยความล่าช้า นอกจากนี้ สิ่งสำคัญคือ
28 รัฐยังขาดนโยบายการบริหารจัดการการใช้วัคซีนที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้ความเชื่อมั่นของประชาชนลดลง
29 ภายใต้อาณัติที่เปราะบาง

30

31 **๔.๒ นโยบายสุขภาพสำหรับบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย^{๓๔}**

32 ประเทศไทยมีนโยบายสุขภาพสำหรับประชากรแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามประเภทแรงงาน
33 (๑) แรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แรงงานนำเข้าตาม MOU จะได้รับประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม
34 ของกระทรวงแรงงาน (๒) แรงงานหลบหนีหรือได้รับใบผ่อนผันชั่วคราว จะได้รับการคุ้มครองจากการซื้อ
35 ประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข โดยการซื้อประกันไม่มีลักษณะบังคับจึงทำให้เกิดช่องว่างในการ

1 หลีกเลี้ยง (๓) แรงงานที่ไม่ได้มีมีการขึ้นทะเบียน หรือไม่มีเอกสารใดๆ รับรองว่าอาศัยหรือได้รับการผ่อนผัน
2 จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้

3 ปัญหาเชิงกฎหมายพบว่า การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ได้มีการวางหลักกฎหมาย
4 ครอบคลุมให้สามารถนำพระราชบัญญัติประกันสังคมไปบังคับใช้กับแรงงานข้ามชาติได้ แต่หากเป็นบุคคลอื่น
5 ที่ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งต้องอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กลับพบว่ายังไม่มีความหมาย
6 ระดับชาติในการวางหลักเอาไว้ มีเพียงมติคณะรัฐมนตรีและประกาศกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบกติกาไว้
7 เท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาในด้านการดำเนินการทางกฎหมายและขาดความยั่งยืนเชิงสถาบันที่มีกฎกติกา
8 ชัดเจน โดยมติคณะรัฐมนตรีปี ๒๕๔๔ มีการกำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่ได้รับการ
9 ขึ้นทะเบียนผ่อนผันให้ทำงาน ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพนี้จะ
10 ได้รับการคุ้มครองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแรงงานร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ ๓๐ บาท
11 ในส่วนของผู้ติดตามการซื้อประกันให้เป็นไปตามความสมัครใจ จนมาถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ มติ
12 คณะรัฐมนตรีจึงอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข
13 สุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม อันนำมาสู่ทางเลือกในเรื่องบัตรประกันสุขภาพ

14 ดังนั้น มติคณะรัฐมนตรีจึงกลายเป็นแนวทางหลักในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ
15 เพื่อการคุ้มครองทางสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ ด้วยการที่มติคณะรัฐมนตรีเป็นเพียง “กฎ” ในการวาง
16 กรอบกติกา ไม่ใช่ “กฎหมาย” ที่ลำดับศักดิ์ชัดเจนดังเช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา
17 ฯลฯ จึงทำให้สถานะของบัตรประกันสุขภาพขาดความเป็นสถาบันและไม่ยั่งยืน หากเกิดปัญหาหรือข้อ
18 ขัดแย้งในอนาคต จะทำให้หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยสามารถถูก
19 ยกเลิกได้โดยง่าย นอกจากนี้ การขาดอำนาจทางกฎหมาย ยังทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงสถานะของบุคคลที่
20 ไม่ใช่คนไทยกับการมีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับได้ (compulsory health system) และการทำงานตาม
21 มติคณะรัฐมนตรี ในทางปฏิบัติฐานพบว่าทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประสานงานหรือการเชื่อมโยงกิจการ
22 ที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยทั้งหลายในระยะยาว รวมไปถึงการเกิดความเสี่ยงต่อ
23 การจัดการทางด้านงบประมาณทั้งในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการเสนอของบประมาณ
24 ประจำปีสำหรับกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ยังคงอาศัยงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรจาก
25 งบประมาณส่วนกลางให้ทุกปีอีกด้วย ด้วยข้อจำกัดเชิงกฎหมายดังกล่าวทั้งหมดนี้ จึงเป็นปฐมเหตุของการ
26 ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติรวมถึงบุคคลที่ไม่มี
27 สัญชาติไทยที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย และเมื่อใดก็ตามที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ หรือเกิดโรค
28 อุบัติใหม่ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้ล้วนจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของ
29 คนไทยในวงกว้าง

30 จากการดำเนินนโยบายของภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีชี้วัดทางด้านความมั่นคง
31 ทางสุขภาพ (The Global Health Security Index)^{๔๔} ประกอบด้วย (๑) ความสามารถในการป้องกันโรค
32 (๒) ความสามารถในการตรวจจับโรคและรายงานที่รวดเร็ว (๓) การตอบโต้ที่รวดเร็ว (๔) การมีระบบสุขภาพ
33 ที่เข้มแข็ง (๕) การมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของประเทศ มีแผนงบประมาณด้านการป้องกัน
34 ควบคุมโรคและดำเนินงานตามแนวปฏิบัติสากล และ (๖) การมีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ และความเสี่ยงต่อภัย
35 คุกคามด้านชีวภาพต่ำ พบว่ารัฐมีการดำเนินการด้านความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทั้งในด้านการ

1 ป้องกันโรค การจับโรคและการรายงาน การตอบโต้ และการจัดระบบสุขภาพ แต่ก็พบว่าแม้ประเทศไทยจะมี
2 จุดแข็งด้านการป้องกันโรค แต่ในด้านการตรวจจับยังมีบุคลากรด้านระบาดวิทยาไม่มากพอ ระบบรายงานผล
3 และเฝ้าระวังตามเวลาจริง (real-time) ยังไม่สมบูรณ์มากนัก ด้านความรวดเร็วในการโต้กลับและการรับมือยัง
4 มีจุดอ่อนที่ระบบการสื่อสารเกิดความล่าช้า และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่เกิดขึ้น
5 พร้อมกันทั่วโลกนี้ พบว่านโยบายรัฐที่ออกมารับมือกับภาวะวิกฤตสุขภาพโดยมี พระราชบัญญัติ
6 โรคติดต่อ และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือนโยบายที่
7 สำคัญนั้น เป็นการตอบรับภาวะวิกฤตในระยะสั้น ซึ่งครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ แต่ยังไม่เห็น
8 ชัดเจนในกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะยังขาดอำนาจเชิงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง
9 หลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการใน
10 ภาวะวิกฤตของภาครัฐ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต

11 อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงการวางแผนพื้นฐานในระยะยาว รวมไปถึง
12 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน เพื่อ
13 รองรับสถานการณ์วิกฤตในครั้งนี้อย่างยาวนาน รวมถึงสถานการณ์การอุบัติโรคติดต่อใหม่ๆ ที่อาจ
14 เกิดขึ้นได้ ในอนาคต

16 ๕. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

17 ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/ ร่างมติ ๒ การ
18 คุ่มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

20 ๖. เอกสารอ้างอิง

- 21 ๑. Nuclear Threat Initiative and Johns Hopkins Center for Health Security (๒๐๑๙), Global
22 Health Security Index ๒๐๑๙.
- 23 ๒. Tapanee Phueksuwan (๒๐๑๔), Compulsory Licensing Policy Implementation in Thailand,
24 Doctoral Dissertation, National Institute of Development Administration (NIDA).
- 25 ๓. J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet ๒๐๐๙; ๓๗๓:
26 ๑๙๙๓-๙๕
- 27 ๔. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๕.
- 28 ๕. เมธิณี อินทรเทศ และคณะ. (๒๕๖๒). ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยภายใต้สิทธิ
29 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปี
30 ที่ ๑๓ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๒ [ออนไลน์]. สืบค้นจาก
31 [https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๕๐๗๑/hsri-journal-v๑๓n๒-p](https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๕๐๗๑/hsri-journal-v๑๓n๒-p๑๕๗-๑๗๔.pdf?sequence=๑)
32 [๑๕๗ - ๑๗๔.pdf?sequence=๑](https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๕๐๗๑/hsri-journal-v๑๓n๒-p๑๕๗-๑๗๔.pdf?sequence=๑) [๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔]
- 33 ๖. การศึกษารูปแบบการให้บริการสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ความพึงพอใจ ปัญหาการ
34 จัดบริการและการจัดการที่นำสงสัยว่าจะมีการเบิกจ่ายผิดปกติ. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
35 หลักประกันสุขภาพไทย. ๒๕๖๑

- 1 ๗. สถิติผู้ประกันตน ข้อมูล ณ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานประกันสังคม
- 2 ๘. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานหลักประกัน
- 3 สุขภาพแห่งชาติ
- 4 ๙. อติศร เกิดมงคล. การทบทวนกฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับ
- 5 ประชากรข้ามชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
- 6 ๑๐. แนวทางการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ งบประมาณ
- 7 ๒๕๖๓
- 8 ๑๑. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (๒๕๕๒). ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบ
- 9 บริการสุขภาพ. สืบค้นจาก<http://www.hisro.or.th./main>.
- 10 ๑๒. ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสาม
- 11 เสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีที่ ๓๓ ฉบับ
- 12 ที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๐
- 13 ๑๓. บทวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มส่งเสริมความรู้
- 14 ด้านสุขภาพ สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
- 15 ๑๔. วรวรรณ ชาญต์ยวิทย์ และพลิษฐ์ พัจณา (๒๕๖๒). สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ: ความ
- 16 แตกต่างระหว่างเพศ อายุ และพื้นที่
- 17 ๑๕. บุษกร สุริยสาร (๒๕๕๗). อัตลักษณ์และวิถีทางเพศในประเทศไทย/ องค์การแรงงานระหว่าง
- 18 ประเทศ ประจำประเทศไทย กัมพูชา และ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว; โครงการ
- 19 ส่งเสริมสิทธิความหลากหลายและความเท่าเทียมในโลกของการทำงาน (PRIDE). กรุงเทพฯ :
- 20 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. ๒๕๕๗.
- 21 ๑๖. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางเพศ
- 22 สภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง.
- 23 ๑๗. เพชรี เหล่าพิลัย และมานพ คณะโต (๒๕๕๙). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนพิการ ใน
- 24 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
- 25 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 26 ๑๘. บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ. แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ
- 27 ของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. ๒๕๖๐.
- 28 ๑๙. ชาคร เลิศนิทัศน์, สมชัย จิตสุชน. ความเปราะบางของประชากรกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-๑๙.
- 29 [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups/>
- 30 [เข้าถึงเมื่อ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 31 ๒๐. College of Population Studies Chulalongkorn University. Covid-19 and older persons:
- 32 Evidence from the survey in Thailand. UNFPA. 2020
- 33 ๒๑. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง. กองพัฒนานโยบายและนวัตกรรมทาง
- 34 สังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 35 ๒๒. การสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุไทย

- 1 ๒๓. รายงานสรุปผลการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด-๑๙ ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทย
2 ไทย. ๒๕๖๔
- 3 ๒๔. ชุมชนคลองเตย คลัสเตอร์ใหญ่โควิด บทเรียนสะท้อน คนจนกลางกรุงถูกมองข้าม.[ออนไลน์]
4 สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2084188> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม
5 ๒๕๖๔].
- 6 ๒๕. จาก 'ทองหล่อ' ถึง 'คลองเตย' เปิดแผน '๔๑ ชุมชน' ก่อนลามทั้ง กทม. สืบค้นจาก
7 <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/936031> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 8 ๒๖. เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์
9 COVID-19. ธาณี ชัยวัฒน์ พ.ศ. ๒๕๖๓
- 10 ๒๗. จูตินบ โกมลนินิ. โควิด-๑๙ “เปิดคุก” ส่งความไม่ธรรมทางสังคมและสุขภาพ. ๒๕๖๔.
- 11 ๒๘. ข่าวไทยพีบีเอส วันพุธที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก
12 <https://news.thaipbs.or.th/content/304627> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 13 ๒๙. กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. ก้าวแรกของปฐมภูมิในเรือนจำกับชีวิตต้องขังที่กำหนด
14 สุขภาพ. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
15 ๒๕๖๔
- 16 ๓๐. คณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (IRC). แนวทางเพื่อป้องกันและรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ
17 เชื้อไวรัส COVID-19 ในสถานคุมขังประเทศไทย. ๒๕๖๓
- 18 ๓๑. กรมการแพทย์. ข่าวเพื่อมวลชน. ๒๕๖๓
- 19 ๓๒. SDG MOVE. โควิดในเรือนจำ: เมื่อ “เรื่องในคุก” ถูกทิ้งเอาไว้ข้างหลัง. [ออนไลน์] สืบค้นจาก
20 <https://www.sdgmovement.com/2021/05/25> [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 21 ๓๓. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวง
22 สาธารณสุข. ๒๕๖๓.
- 23 ๓๔. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางเพศ
24 สุขภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง
- 25 ๓๕. มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING Foundation). รายงานการสำรวจสถานการณ์ผลกระทบจาก
26 การระบาดของไวรัส COVID-19 ในกลุ่มพนักงานบริการ (ประเทศไทย).
- 27 ๓๖. ชเนตตี ทิมนาม และคณะ. ยุทธศาสตร์สุขภาพะLGBTIQN+ในประเทศไทย .สมาคมเพศวิถีศึกษา
28 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม.๒๕๖๔.
- 29 ๓๗. สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก
30 <https://www.thaigov.go.th> [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 31 ๓๘. อติศร เกิดมงคล. (๒๕๖๔). หลักประกันสุขภาพของคนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย. เครือข่ายองค์กรด้าน
32 ประชากรข้ามชาติ. เอกสารนำเสนอ SWG Briefing Session (in Thai) on Access to Healthcare
- 33 ๓๙. ชลนภา อนุกุล และคณะ. การพัฒนานโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อตอบรับวิกฤตโรคระบาด:
34 กรณีศึกษาไวรัสโควิด-๑๙. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.

- 1 ๔๐. ชีรพัฒน์ อังศุवाल, ชัชฎา กำลังแพทย์. กลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของไทยในการจัดการโค
2 วิต-๑๙. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม
3 ๒๕๖๓) ๓๗-๗๖
- 4 ๔๑. <https://www.thaingo.org/content/detail/5242> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 5 ๔๒. แดงการณของเครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ และมูลนิธิเพื่อสิทธิมนุษยชนและการ
6 พัฒนา ในฐานะองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติ เรียกร้องทบทวนมาตรการการจัดการ
7 แรงงานข้ามชาติ และยุติการจับกุมดำเนินคดีตามกฎหมายคนเข้าเมือง และกฎหมายการบริหาร
8 จัดการการทำงานของคนต่างด้าว สำหรับคนไทยและคนต่างชาติ ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโค
9 วิต-๑๙. ๒๕๖๓. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://prachatai.com/journal/2020/12/90948> [เข้าถึงเมื่อ
10 ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
- 11 ๔๓. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้าน
12 สาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของประเทศไทย.
13 ๒๕๖๓
- 14 ๔๔. วีระ หวังสัจจะโชค และคณะ. การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ รวมถึงผู้
15 ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่ยูบนพื้นแผ่นดินไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๔.
- 16 ๔๕. The Johns Hopkins Center for Health Security. ๒๐๑๙