**สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔**

**สมัชชาสุขภาพ ๑๔ / ร่าง หลัก ๒**

**ระเบียบวาระที่ ... ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔**

**การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ**

**ในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม**

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

๑. นิยามและคำจำกัดความ:

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

**๑.๒ ความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Health Security)** หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ของรัฐในการให้ความคุ้มครองทางสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อลดอันตรายและผลกระทบอันเกิดจากเหตุการณ์ร้ายแรงทางด้านสาธารณสุขที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยรวมของประชากร ทั้งนี้ เพื่อให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการกินอยู่ที่ดี มีสุขอนามัย มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดี ไม่มีโรคระบาดร้ายแรง หรือหากมีก็สามารถที่จะควบคุมได้

**๑.๓. กลุ่มประชากรเฉพาะ** หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางขาดหลักประกันพื้นฐานทางสังคมในการดำรงชีวิต ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เข้าไม่ถึงบริการทางสังคม อันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง หรือถูกตีตรา ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ได้แก่ 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 ๐-๘๙ และ ๐-๐๐, กลุ่มบุคคลที่มีถิ่นทีอยู่อาศัยถาวรในประเทศไทย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ, ผู้ลี้ภัย และเด็กที่ไม่มีเอกสารแสดงตัวในระบบการศึกษาที่อาศัยในประเทศไทย

**๒. ความสำคัญของประเด็น**

ปัญหาวิกฤตสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา เช่น การขาดสารอาหาร การขาดสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี โรคติดเชื้อต่างๆ มาสู่ปัญหาในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อน เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ดังเช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกเกิดการระบาดทั่วโลกของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพและภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพของทุกคน ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยประเทศหนึ่ง หรือกลุ่มคนใดกลุ่มคนหนึ่ง จำเป็นต้องอาศัยกลไกความร่วมมือในระดับบุคคล ชุมชน ภูมิภาค และประเทศในการดำเนินการ

วิกฤตโควิด-๑๙ ได้สร้างบทเรียนสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยคือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่ใช่เรื่องแยกส่วนกัน และโรคระบาดไม่เลือกปฏิบัติ ทุกคนมีโอกาสได้รับความเสี่ยง ในช่วงการระบาดระลอกแรก และระลอกสอง ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ดี และจากรายงาน Global Health Security Index ปี พ.ศ.๒๕๖๒ ได้จัดอันดับให้ไทยอยู่ในอันดับที่ ๖ ของประเทศที่มีความมั่นคงด้านสาธารณสุขสูงสุด๑ โดยมี ๓ องค์ประกอบย่อยที่ติด ๕ อันดับแรก คือ การป้องกันโรค การตอบสนองที่รวดเร็ว และระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกและนานาชาติชื่นชมต่อการรับมือกับโรคโควิด-๑๙ ได้ดี จากการมีระบบดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวที่ดีจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอยู่ร่วมล้านคนทั่วประเทศ ร่วมกับความครอบคลุม (Coverage) ของสวัสดิการรักษาพยาบาล ๓ ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมประชากรถึงเกือบร้อยละ ๑๐๐๒ อย่างไรก็ดี ในช่วงวิกฤตทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นสำคัญที่เป็นข้อท้าทายสำคัญของระบบสาธารสุขไทย โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม และการป้องกันโรคในระดับประชากรและปัจเจกบุคคล๓

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) (๒๐๐๔) ได้เสนอแนวคิด “การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน”ว่าเป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านภูมิศาสตร์(Geographical) คือ ระยะทาง เวลาการเดินทาง ไม่เป็นอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพ ๒) ด้านการเงิน (Financial) คือ ความสามารถในการขำระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ๓) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) คือ การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการบริการสุขภาพตามรูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน ๔) ด้านหน้าที่ (Functional) คือ การให้บริการสุขภาพตามพื้นฐานอันพึงได้อย่างพอเพียงและต่อเนื่อง จากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรม ลดความเลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ **ซึ่งเห็นได้ชัดว่าในช่วงภาวะวิกฤตทางสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างความไม่เป็นธรรมทั้งในมิติความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity) คือ ไม่ได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันระหว่างบุคคลที่มีความต้องการทางสุขภาพเหมือนกัน และความเป็นธรรมในแนวดิ่ง คือ การได้รับการดูแลตามความจำเป็นในการรักษา๔**

ดังนั้น **ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพในช่วงวิกฤต** ตัวอย่างเช่น การเลือกปฏิบัติของชนชั้นทางสังคม คนไข้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทางเลือกในการเข้ารับการรักษา การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพให้กับประชาชน และความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนในการป้องกันตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสิทธิทางสุขภาพและความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับประชากร อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นไปทั่วโลก สร้างความตื่นตระหนก ความกดดัน และความสับสนให้เกิดขึ้นในสังคม ชุมชน จำเป็นต้องทำให้ภาวะที่เกิดขึ้นหมดสิ้นไปในเวลาอันรวดเร็วที่สุด   
**การตัดสินใจทางนโยบายในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพในครั้งนี้ จึงอาจมิใช่การมุ่งเน้นเพียงการรักษาทางการแพทย์และใช้ระบบสั่งการ หรือ กลไก โครงสร้างที่มีอยู่ในระบบราชการเท่านั้น หากจำเป็นต้องอาศัยแง่คิดหรือมุมมองใหม่ๆ ที่อาจต้องให้ความสำคัญมากขึ้นกับมิติทางสังคม ชุมชน วัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิตของประชาชน สิ่งแวดล้อม ความอ่อนไหวและอารมณ์ ตลอดจนความหลากหลายที่ส่งผลกระทบไปในทุกด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และความเหลื่อมล้ำ รวมทั้งการบูรณาการความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ จะเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นร่วมกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับวิกฤตทางสังคมจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะของสังคมในวงกว้าง** ปรากฏการณ์ระบาดของโรคโควิด๑๙ ครั้งนี้จึงถือเป็นบทพิสูจน์ความสามารถในการจัดการปัญหาของรัฐบาลแต่ละประเทศอย่างแท้จริง

**๓. สถานการณ์ปัจจุบัน**

**๓.๑ สิทธิสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage-UHC)**

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวโยงถึงสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ (The right in respect of health) ทั้งในด้านบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการเข้าถึงการมีสุขภาพ (The right to health) การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนจึงเป็นนโยบายของภาครัฐที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่นานาประเทศหวังจะไปให้ถึง จนสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้ผลักดันความคิดที่จะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก แลมีการประกาศให้ทุกวันที่ ๑๒ ในเดือนธันวาคม เป็นวันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสากลอย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อให้ทุกคนร่วมระลึกถึงเป้าหมายใหญ่ร่วมกันของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ คือ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ทุกคนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ   
โดยมีความมั่นคงทางการเงิน ภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓

**๓.๒ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ๔,๕,๖,๗,๘**

ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยได้มีการดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้ช่วงเกือบ ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แยกเป็น ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่

(๑) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (public formal sector) โดยรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ปี ๒๕๐๖ หรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ ปัจจุบันสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ ๕ ล้านคน มีแหล่งเงินมาจากการตั้งงบประมาณเป็นรายจ่ายประจำปีจากงบกลาง โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้กำกับดูแลการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

(๒) กลุ่มลูกจ้างเอกชน (private formal sector) ในสถานประกอบที่มีลูกจ้างตั้งแต่ ๑ คนขึ้นไป ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะอยู่ในรูปของบริการทางการแพทย์ และเงินทดแทนการขาดรายได้ ในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน กรณีคลอดบุตร ทุพพลภาพ เสียชีวิต รวมไปถึงกรณีสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน โดยการเกิดสิทธิและสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะเป็นไปตามเงื่อนไขการส่งเงินสมทบและหลักเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระสามารถเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้โดยสมัครใจตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ประกาศกำหนดเช่นกัน ปัจจุบันลูกจ้างผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน มีจำนวน  
รวมทั้งสิ้น ๑๖,๓๒๑,๖๓๑ ล้านคน จำแนกเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นคนไทย ๑๓,๑๙๙,๑๙๗ ล้านคน และเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ๓,๑๒๒,๔๓๔ ล้านคน

(๓) กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (informal sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงานรับจ้าง ค้าขายส่วนตัว ที่เหลือทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพใดๆ ของภาครัฐ จะได้รับการคุ้มครองจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยงบประมาณที่นำมาใช้ในการดำเนินการมาจากภาษีทั่วไปของรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการซื้อบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในระบบ ปัจจุบันมีประชากรในความคุ้มครองทั้งสิ้นจำนวน ๔๘.๒๖๔ ล้านคน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทั้งประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา แต่พบว่าไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติและสถานะบุคคลซึ่งมีจำนวนกว่า ๖.๘ แสนคน เนื่องจากคณะกรรมการกฤษฎีกา ตีความว่าผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเหล่านี้ไม่ใช่ “คนสัญชาติไทย” ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕ สำนักงานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข เข้าไม่ถึงระบบหลักประกันสุขภาพตามที่ควรได้รับ ทั้งที่ก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๓ บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เคยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ดังนั้นในวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติอนุมัติเรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวน ๔๕๗,๔๐๙ คน โดยอนุมัติงบประมาณรายหัวเฉลี่ย ๒,๐๖๗.๔๐ บาทต่อปี โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบตามมติคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้มอบหมายให้กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงบุตรที่กระทรวงมหาดไทยได้ขึ้นทะเบียนมีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ๙

สำหรับกลุ่มคนข้ามชาติและแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้หลักการตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ ที่มอบให้กระทรวงดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่คนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม รวมถึงมีหน้าที่ในการตรวจสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ มาใช้เป็นกรอบนโยบายในการดำเนินการในเรื่องการดำเนินการด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติมาจนถึงปัจจุบัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพนี้ จะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ (๑) ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมและผู้ติดตาม ต้องซื้อประกันสุขภาพระหว่างที่ทำงานอยู่ในประเทศไทย (๒) ประกันสุขภาพคนต่างด้าว เป็นหลักประกันทางสุขภาพที่รัฐจัดให้คนข้ามชาติ ที่ไม่ใช่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม สามารถซื้อประกันได้ในระหว่างที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยสิทธิการรักษามีรูปแบบเช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย มีเงื่อนไขและรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพของคนต่างด้าว (ข้อมูลประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒) ที่แต่ละโรงพยาบาลใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการและขายบัตรประกันสุขภาพ

**๓.๒ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ**

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน แต่อย่างไรก็ตาม ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ประชากรในชุมชนแออัดเขตเมืองที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ได้ เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย การเดินทาง และบริบทของชุมชนแออัด กอปรกับข้อจำกัดของรัฐในเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ร่วมกับประชาชนขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล๑๐ เป็นต้น จากการศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเข้าถึงสิทธิการรักษาได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระ เนื่องจากจำเป็นต้องลางาน และขาดรายได้ เป็นต้น๑๑ เมื่อพิจารณาการเข้ารับบริการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่า มากกว่าร้อยละ ๒๕ ยังเข้าไม่ถึงบริการและการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน๑๒

สถานการณ์ความแตกต่างในประเด็นการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๘ ในมิติด้านเพศ กลุ่มอายุ และพื้นที่ ซึ่งใช้ทั้งข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยในจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ มีความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ชายในวัยเดียวกัน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ขวบ นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ สัดส่วนการใช้บริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอกต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับปีอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในช่วงปีดังกล่าว จึงทำให้คนที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้เมื่อต้องการ ถึงแม้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยดีขึ้นเรื่อยๆ แต่กลุ่มเด็ก สตรี และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ความเปราะบางต่อการเจ็บป่วยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ การคมนาคม สภาพแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ เห็นได้จากในช่วงที่ประเทศไทยโดยเฉพาะกรุงเทพฯ และภาคกลางประสบกับภัยน้ำท่วม สัดส่วนผู้เจ็บป่วยที่ใช้บริการสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด๑๓ ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จากการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยศึกษาฐานข้อมูลระบบรายงานการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า มีคนพิการเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพเพียงร้อยละ ๕๘ ของคนพิการ  
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น และจำนวนเข้ารับบริการสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาล   
พบเพียง ๑ ใน ๓ ของคนพิการที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่โรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า คนพิการเป็นกลุ่มประชากรจำเพาะที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีภาวะวิกฤติ๑๔

สำหรับกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในด้านสุขภาพและสาธารณสุขพบว่า กลุ่มคนเหล่านี้ไม่มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่มีความละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ ส่งผลให้กลุ่มคนเหล่านี้รู้สึกไม่จำเป็นที่จะเข้ารับบริการ และเลือกที่จะไปสถานบริการเอกชนหรือสถานบริการที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้เลยเนื่องจากค่าใช้จ่าย และขาดข้อมูลในชุดความรู้เรื่องสุขภาพเฉพาะของคนข้ามเพศ๑๕

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมพบว่ามีจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มประกันสุขภาพภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาแม้จะมีแรงงานเข้าสู่ระบบพิสูจน์สัญชาติมากขึ้น แต่ก็พบว่านายจ้างจำนวนมากไม่แจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างข้ามชาติต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงการจ่ายสมทบ อีกทั้งแรงงานเองรู้สึกว่าต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาแรงงานข้ามชาติไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่มีหลักประกันสุขภาพก็พบว่ายังมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิและบริการ อันเนื่องมาจากอุปสรรคทางภาษา การมีอคติทางชาติพันธุ์และเชื้อชาติของผู้ให้บริการ ปัญหาการเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้เนื่องจากติดข้อจำกัดระเบียบการเดินทางกระทรวงมหาดไทยที่ควบคุมจำกัดพื้นที่การเดินทาง ฯลฯ โดยปัญหาที่พบเหล่านี้ไม่แตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติการให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ นอกจากนี้ ยังพบว่ายังมีกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล การมีหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อเนื่องต่อการให้บริการของสถานพยาบาลในพื้นที่ ในขณะเดียวกันการบริหารจัดการในระดับนโยบายยังขาดโครงสร้างที่ชัดเจนในการบริหารจัดการและดำเนินการ เมื่อเทียบกับระบบประกันสังคมที่มีหน่วยงานที่มีอำนาจในทางกฎหมายมาดูแลอย่างชัดเจน๘

**๓.๓ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในภาวะวิกฤต**

นับจากที่มีการรายงานการพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มก้อนต่อองค์การอนามัยโลกในเดือนธันวาคมปลายปี ๒๕๖๒ และประเทศไทยเริ่มมีรายงานการพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ รัฐบาลจึงได้เริ่มยกระดับให้ศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (PMOC) ติดตามและประเมินสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 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 ส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องหยุดชะงักภายใต้นโยบายการป้องกันและควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดของภาครัฐ ทำให้ในหลายหน่วยบริการเริ่มมีการนำการแพทย์วิถีใหม่เข้ามาใช้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รองรับการให้บริการทั้งผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะวิกฤตการแพร่ระบาด และผู้ป่วยทั่วไปที่จำเป็นต้องได้รับบริการที่จำเป็นหรือต่อเนื่อง แต่กระนั้น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนโดยรวมก็ยังคงมีข้อจำกัด ดังนี้

1. **กลุ่มประชากรเฉพาะ**

**(๑.๑) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง คนพิการ**

ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือถูกกระทำทารุณ หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว กลุ่มนี้อาจดูเหมือนไม่มีความเสี่ยงเนื่องจากมีระบบบริการสุขภาพรองรับอยู่แล้ว แต่หากขาดการจัดการที่ดี ประชากรกกลุ่มนี้อาจได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพในระยะยาว๑๖ ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และคนพิการ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า ร้อยละ ๘๐ ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมของรัฐ โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น๑๗ นอกจากนี้ยังพบว่ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนรูปแบบการเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์ (จากรถโดยสารสาธารณะ เป็นรถรับจ้างที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นกว่าเดิม) และจากการสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการในเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓) พบว่าร้อยละ ๘๑ ของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมาประสบปัญหาอุปสรรคในการทำงานอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาด โดยในสัดส่วนดังกล่าว ร้อยละ ๓๖ สูญเสียอาชีพ พื้นที่ค้าขาย หรือถูกปรับลดเงินเดือน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะประสบปัญหามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท และผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๔๐ เหลือเพียงร้อยละ ๒๒ เท่านั้น๑๘นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๐ เป็นร้อยละ ๕๐ สะท้อนให้ว่าผู้สูงอายุที่เคยมีรายได้จากแหล่งอื่นทั้งที่มาจากสมาชิกในครอบครัวหรือรายได้ที่มาจากการทำงานลดลง และพบว่าหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบของครัวเรือนกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง) ทุกประเภทเพิ่มสูงขึ้น**๑๙, ๒๐**

ด้านปัญหาสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุ ๑ ใน ๕ มีสุขภาพแย่ลงกว่าช่วงก่อนการระบาด และพบว่าร้อยละ ๒๕ ผู้สูงอายุรายงานว่าตนมีสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยมีอาการวิตกกังวลมากที่สุด (ร้อยละ ๕๗.๒) โดยเฉพาะเรื่องผลกระทบทางการเงิน และสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากผิดนัดหมายกับแพทย์ รวมทั้งความกลัวว่าตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวอาจจะติดเชื้อ ส่วนอาการทีเป็นรองลงมาคือ ไม่อยากอาหาร เหงา และไม่มีความสุข โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มที่จะมีอาการเหงามากกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่อาศัยในรูปแบบอื่น๒๑

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ในด้านของการไปรับบริการในช่วงวิกฤตพบว่ามีความลำบากมากขึ้นในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากแพทย์เลื่อนนัด สถานพยาบาลบางแห่งเปิดรับเฉพาะคนไข้ฉุกเฉินหรือวิกฤต หรือผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยโควิด หรือต้องกักตัวเนื่องจากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นปัญหาเช่นเดียวกับที่พบในกลุ่มคนพิการ ที่หน่วยบริการไม่มีการจัดช่องทางพิเศษ หรือการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ในช่วงสถานการณ์ไม่ปกติ และหลายคนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

**(๑.๒) คนไร้บ้าน**

ในสถานการณ์วิกฤต พบว่าคนไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักต่อการติดเชื้อโควิด๑๙ เป็นกลุ่มที่ไม่มีสถานะที่จะเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ ประชากรร้อยละ ๓๓ ยังไม่มีบัตรประชาชนหรือเคยมีแต่สูญหาย คนไร้บ้านร้อยละ ๑๘ พบว่าเมื่อไม่สบายจะไม่รับการรักษา ปล่อยให้หายป่วยเอง ภายใต้สถานการณ์การระบาดนี้คนไร้บ้านส่วนมากจะเปลี่ยนหน้ากากอนามัยอยู่ที่ ๒-๓ วันเปลี่ยนครั้ง๒๒ โดยหน้ากากอนามัยส่วนใหญ่จะได้จากภาคประชาสังคม และหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในบางพื้นที่เท่านั้น นอกจากนี้คนไร้บ้านยังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับรายได้ที่ลดลงจากการขาดช่องทางในการหารายได้ คนไร้บ้านมากกาว่าร้อยละ ๕๘ ไม่สามารถเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐได้ มีเพียงร้อยละ ๑๗ เท่านั้นที่สามารถลงทะเบียนรับเงินเยียวยาจากโครงการเราไม่ทิ้งกันได้ จากการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด–19 ผลกระทบต่อคนในไร้บ้านในประเทศไทยภายใต้ความร่วมมือของคณะทำงานเครือข่ายคนไร้บ้านจาก ๔ ภูมิภาค ๕ พื้นที่ ได้แก่ เชียงใหม่ กรุงเทพ-รังสิต-นนทบุรี กาญจนบุรี ระยอง และ ขอนแก่นพบ ว่าคนไร้บ้านกว่าร้อยละ ๔๐ แทบไม่มีงานทำในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด และคนไร้บ้านหน้าใหม่ (new homeless) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๒๐ จากเดิมที่มีอยู่ก่อนเกิดสถานการณ์โควิด

**(๑.๓) คนในชุมชนแออัด๒๓, ๒๔**

ในช่วงของการแพร่ระบาดเชื้อโควิด-๑๙ ระลอก ๓ผู้ติดเชื้อรายแรกที่พบในแหล่งชุมชนแออัดในเขตคลองเตย เป็นพนักงานสถานบันเทิงย่านทองหล่อ หรือ “คลัสเตอร์ทองหล่อ” ที่พบผู้ติดเชื้อก่อนหน้านี้ โดยลักษณะการแพร่กระจายเชื้อมาจากการสังสรรค์กับเพื่อน และแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว จนกระจายสู่ชุมชน เป็น **“**[คลัสเตอร์](https://c.lazada.co.th/t/c.bVgecT?url=https%3A%2F%2Fwww.lazada.co.th%2Fproducts%2F21-75-vv-food-grade-i2341111589-s7911101610.html&sub_aff_id=swenn&sub_id1=news2721&sub_id2=covid&sub_id3=936031&sub_id4=kt)คลองเตย” ซึ่งถือเป็นชุมชนขนาดใหญ่ใน กทม. ที่มีประชาชนอาศัยอยู่มากกว่า ๘๐,๐๐๐ คน มีทั้งหมด๔๑ ชุมชน ลักษณะการปลูกที่อยู่อาศัยติดกัน และอาศัยอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น บางชุมชนอยู่กัน ๑๐๐ กว่าครอบครัว บ้านหลังหนึ่งมีคนอาศัย ๑๐ กว่าคนในสภาพชุมชนที่มีทางเดินแออัด ลักษณะการถ่ายเทอากาศไม่สะดวก และจากการที่ผู้คนต้องออกไปทำงานข้างนอก แม้ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจากสถานบันเทิง แต่เป็นการทำมาหากินแบบหาเช้ากินค่ำ ใกล้แหล่งสถานบันเทิง และเมื่อกลับบ้านในชุมชนที่อยู่อาศัยค่อนข้างหนาแน่น จึงมีการติดเชื้อกระจายไปทั่ว นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อโควิดที่กระจายอยู่ในชุมชนแออัดหลายพื้นที่ จากจำนวนชุมชนแออัด ๖๘๐ จุดทั่วกรุงเทพมหานคร โดยพบมากในเขตห้วยขวาง ดินแดง บางเขน วัฒนา จตุจักร และคลัสเตอร์ใหม่ในชุมชนเคหะบ่อนไก่ และชุมชนพัฒนาบ่อนไก่ กระทั่งล่าสุดพบการติดเชื้อโควิดในชุมชนแขวงสี่แยกมหานาค เขตดุสิต มากถึง ๘๐ ราย ชุมชนแออัดจึงกลายเป็นแหล่งที่มีผู้ติดเชื้อโควิด-๑๙ จำนวนมาก จนภาครัฐต้องระดมแก้ปัญหา เพื่อสกัดการลุกลามกระจายวงกว้างให้ได้โดยเร็ว นอกจากนี้จากการศึกษาเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-๑๙ พบว่า ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยต้องยอมเสี่ยงต่อการติดโรคจากการไม่ปฏิบัติตัวตามมาตรการในสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องแสวงหารายได้๒๕

ทั้งนี้จากการให้ข้อมูลโดยผู้ประสานงานมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย พบว่าคนใน[ชุมชนแออัด](https://www.thairath.co.th/tags/%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%94)ไม่ได้รับการเหลียวแลจากภาครัฐตั้งแต่การระบาดระลอกแรก หลายครัวเรือนไม่มีรายได้ ไม่มีเงินเก็บ จากเดิมที่เคยออกไปรับจ้างรายวันได้ จากบริบทดังกล่าวทำให้คนในชุมชนต้องลุกขึ้นมาป้องกันตัวเองให้มากที่สุด โดยการสร้างระบบเครือข่ายในการหาพื้นที่กักตัว ๑๔ วันสำหรับผู้มีความเสี่ยง และเครือข่ายสลัม ๔ ภาค ได้มีการหารือในการป้องกันโควิดในชุมชน เริ่มจากการอบรมแกนนำชุมชนในการป้องกันและรับมือ โดยประสานหลายหน่วยงานในการอบรมแกนนำชุมชนให้มีความรู้เบื้องต้นหากมีคนติดเชื้อเพิ่ม หรือมีกลุ่มเสี่ยงต้องจัดหาพื้นที่กักตัวในแต่ละชุมชน และยังให้สมาชิกในเครือข่ายไปสำรวจข้อมูลผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดทั่วกรุงเทพฯ รวมถึงข้อมูลผู้สูงอายุและเด็ก เนื่องจากยังมีชุมชนเล็กๆ ที่ยังไม่ถูกสำรวจประมาณ ๖๐ กว่าชุมชน

**(๑.๔) ผู้ต้องขัง**๒๖, ๒๗

จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานช่วงระหว่างวันที่ ๑-๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔ พบว่ามีการติดเชื้อจำนวนมากในเรือนจำ/ทัณฑสถานจำนวน ๘ แห่งจากทั้งหมด ๑๔๒ แห่งทั่วประเทศ โดยมีผู้ติดเชื้อสูงถึง ๑๐,๗๘๔ คน และเป็นการติดเชื้อครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ตรวจหาเชื้อ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) และคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (ICRC) ได้ประเมินสถานการณ์ไว้ล่วงหน้าว่า สถานคุมขัง เรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วโลก มีความเสี่ยงที่จะติดโควิด-๑๙ จะระบาดอย่างหนัก และอาจรุนแรงกว่าที่อื่น โดยมีปัจจัยจากความแออัดของจำนวนผู้ต้องขัง ทั้งที่รับเข้าใหม่ การปล่อยตัว การส่งต่อ รวมถึงข้อจำกัดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ซึ่งหากมีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก หน่วยบริการสุขภาพและจำนวนเตียงสนามที่มีอยู่ทั้งหมดอาจไม่เพียงพอรองรับสถานการณ์นี้ได้และผลจากดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกปัจจุบันยังคงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในเรือนจำและทัณฑสถานที่พบผู้ติดเชื้อ และการสุ่มตรวจในเรือนจำที่ยังไม่มีผู้ติดเชื้อ ซึ่งขณะนี้ก็ยังไม่สามารถแยกผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อออกจากกันได้อย่างชัดเจน จากข้อมูล ณ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวนผู้ติดเชื้อในเรือนจำและทัณฑสถานก็ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมียอดผู้ติดเชื้อที่อยู่ระหว่างรักษาสะสม ๑๕,๓๗๓ คนจากผู้ต้องขังทั้งหมด ๓๑๑,๕๙๑ คนเรือนจำและทัณฑสถาน ๑๓ แห่ง และมีเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่างการรักษาอีก ๗๔ ราย๒๘

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (๒๕๖๔) พบว่า ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถานทั้งประเทศรวมทั้งสิ้น ๓๓๘,๘๐๖ คน โดยระหว่างปี ๒๕๕๓-๒๕๕๖๔ ช่วงระยะเวลา ๑๑ ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ต้องขังได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยปีละ ๑๖,๐๐๐ คน ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ผู้ต้องขังล้นคุก เมื่อพิจารณาตามความจุมาตรฐานที่กำหนดว่า ผู้ต้องขัง ๑ คนต่อ ๒.๒๕ ตารางเมตรแล้ว จำนวนเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทย ๑๔๓ แห่งสามารถรองรับผู้ต้องขังได้เพียง ๑๑๐,๖๖๗ คนเท่านั้น ซึ่งเท่ากับเกินความจุมาตรฐานมากกว่า พบว่า ความจุที่ล้นเกินของผู้ต้องขังต้องเบียดเสียดในเรือนนอนที่คับแคบเป็นเวลายาวนาน บางแห่งผู้ต้องขังไม่สามารถนอนหงายเหยียดยาวได้อย่างอิสระ ทำได้เพียงนอนตะแคง นอนสลับฟันปลา หรือนอนไขว้เสียบขาชนกันเท่านั้น เนื่องจากพื้นที่เรือนนอนไม่พอ นอกจากนี้ในด้านสุขภาพอนามัย ยังพบการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารและน้ำดื่มที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อทางเดินอาหาร และจากสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดและการนอนที่เบียดเสียดกันมากทำให้โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นของผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย จะได้รับบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งสถานพยาบาลจะมีพื้นที่จัดสรรเป็นห้องพักให้ผู้ต้องขังที่ป่วยนอกพักค้างคืนเป็นผู้ป่วยในได้ด้วย แต่โดยรวมแล้วจะเป็นการให้บริการเท่าที่จำเป็นเท่านั้น แม้การดูแลจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ต้องขังพึงได้รับขณะต้องโทษก็ตาม ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยมีความจำเป็นต้องส่งตัวออกไปรักษานอกเรือนจำ จะต้องมี  
ผู้ควบคุมติดตามอย่างน้อย ๒ คน และหากเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในที่ต้องมีการพักค้าง จะต้องมีเจ้าหน้าเฝ้าดูแลค้างคืน ๒ คนเช่นกัน ด้วยระเบียบเช่นนี้ทำให้การนำผู้ต้องขังป่วยออกนอกเรือนจำไปรักษาตัวข้างนอกจึงไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก ทั้งนี้ เนื่องด้วยลักษณะจำเพาะของเรือนจำและทัณฑสถานทำให้มีความเป็นไปได้สูงของการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ซึ่งในประชาชนทั่วไประดับการแพร่เชื้อจากผู้ป่วย ๑ คนสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ป่วยรายต่อไปได้ ๑.๕-๒.๕ คน แต่ในการระบาดในสถานที่คุมขังตัวเลขอาจเพิ่มเป็น ๑๐-๑๐๐ คนได้ และการระบาดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด๒๙ และเมื่อพิจารณาความเสี่ยงของการติดเชื้อจะพบว่าผู้ต้องขังมีโอกาสเผชิญกับ (๑) กลุ่มเสี่ยง ที่อาจหมายถึงเจ้าหน้าที่ ผู้มาติดต่อ หรือผู้ต้องขังที่รับเข้ามาใหม่ซึ่งแม้จะผ่านกระบวนการคัดกรองแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากระยะการฟักตัวของเชื้อจะใช้ระยะเวลานาน ผู้ต้องขังที่อยู่เดิมจึงมีโอกาสที่จะสัมผัสกับกลุ่มคนเสี่ยง (๒) สถานที่เสี่ยง เนื่องจากสภาวะนักโทษล้นเรือนจำ สภาพแวดล้อมที่แออัดจึงนำไปสู่กิจกรรมเสี่ยง ภายใต้พื้นที่ปิดและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ดังนั้นมาตรการเว้นระยะห่าง การหลีกเลี่ยงการสัมผัส ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันพื้นฐาน จึงไม่อาจนำมาใช้กับเรือนจำได้อย่างตรงไปตรงมา ดังนั้นกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำจึงเป็นกลุ่มคนน่าเป็นห่วงในด้านสวัสดิภาพ๓๐

ทั้งนี้ จากการจัดทำฐานทะเบียนผู้ต้องขังระหว่าง ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ต้องขังที่สามารถใช้สิทธิในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิในระบบอื่น ในปี ๒๕๖๓ มีจำนวน ๓๒๕,๗๑๑ คน (ร้อยละ ๙๔.๕ ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด) ส่วนผู้ต้องขังที่ตกหล่น ไม่สามารถใช้สิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้เนื่องจากมีปัญหาสถานะและบุคคลและต่างด้าวมีจำนวน ๑๙,๕๐๖ คน๓๑

**(๑.๕) ผู้ใช้สารเสพติด**

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) คาดประมาณว่ามีผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยประมาณ ๒ ล้านคน ในจำนวนนี้มีประมาณร้อยละ ๑๐ เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือติดยาเสพติดที่จะต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟู นอกนั้นเป็นการใช้แบบครั้งคราว และคาดว่ามีผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดเข้าเส้นประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดร้อยละ ๙๐ จะเป็นไวรัสตับอักเสบชนิดซี ร้อยละ ๓๒จะติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการใช้เข็มร่วมกัน แต่ในปัจจุบันยังไม่มีสถานพยาบาลของรัฐให้บริการเข็มและอุปกรณ์สะอาดแก่กลุ่มเหล่านี้ มีเพียงองค์กรภาคประชาสังคมที่ให้บริการ ทั้งที่ในมาตรฐานสากลของการดูแลรักษาบำบัดฟื้นฟูกลุ่มคนเหล่านี้ต้องมีการจัดบริการที่รอบด้าน Comprehensive package เพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ประกอบกับพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๙๑ และ ๙๒ บัญญัติให้ผู้เสพยาเสพติดมีโทษทางอาญา เมื่อถูกจับกุมกลุ่มคนเหล่านี้ก็จะมีประวัติเป็นอาชญากร เป็นข้อจำกัดในการประกอบอาชีพเมื่อพ้นโทษออกมา กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเหล่านี้จะถูกสังคมรังเกียจว่าเป็นคนไม่ดีที่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ทำให้ครอบครัวได้รับความอับอาย บางคนเรียกว่าเป็นขยะสังคม คนจะรู้สึกกลัว กังวลที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนเหล่านี้ กลัวจะมาขโมยของ กลัวเกิดอาการหลอนแล้วทำร้ายร่างกาย เมื่อไปรับบริการสุขภาพจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่าทำไมไม่รู้จักเลิก ทำให้ไม่อยากไปรับบริการอีก เมื่อติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบ จะถูกตั้งเงื่อนไขให้ไปเลิกยาเสพติดก่อนจึงจะให้การรักษา ด้วยกังวลว่าจะไม่มีวินัยในการกินยาต่อเนื่อง ซึ่งในข้อเท็จจริงทางวิชาการ การติดยาเสพติดหรือเรียกว่าโรคสมองติดยาเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด หลายคนจึงเสียชีวิตเนื่องจากไม่ได้รับการรักษา

ปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตของคนกลุ่มนี้ พบว่าจากการออกแนวปฎิบัติของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อเป็นการสกัดกั้นและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและญาติซึ่งอาจได้รับเชื้อในระหว่างการเดินทางมารับการรักษาและรับยาที่โรงพยาบาล จึงให้สถานพยาบาลของรัฐจัดส่งยาเสพติดให้โทษ/วัตถุออกฤทธิ์ทางไปรษณีย์ ในระหว่างสถานการณ์โรคระบาด ยกเว้นกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ เมทาโดนให้ดำเนินการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งในปัจจุบันผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดด้วยยาเมทาโดนในสถานบริการหลายแห่งยังไม่สามารถนำยาออกไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ ต้องเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน ทั้งนี้ จากรายงานผลการสำรวจสถานพยาบาลที่ให้บริการสารทดแทนเมทาโดนแก่ผู้ใช้สารเสพติด ๗๓ แห่ง ผู้รับบริการ ๓,๕๖๕ คน ในพื้นที่ ๑๙ จังหวัด โดยเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (Thai Drug user Network -TDN) ร่วมกับมูลนิธิโอโซน และมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดจำนวน ๑,๖๙๖ คน หรือร้อยละ ๔๘ ยังต้องเดินทางไปกินสารทดแทนเมทาโดนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวันในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ระลอกแรก

นอกจากความเสี่ยงที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจะพบในระหว่างเดินทางมารับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวันแล้ว ยังพบว่าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบควบคุมตัวตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕ (ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ก็เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงจากโอกาสรับเชื้อในระหว่างการควบคุมตัวในระยะเวลารอตรวจพิสูจน์๓๒

**(๑.๖) ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ๓๓,๓๔**

ความเป็นธรรมทางเพศสภาพบนหลักการสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางเพศ ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงได้รับการรับรองตามกฎหมายเพื่อขจัดอคติ การกีดและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเพศและเพศสภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงโอกาสและสิทธิต่างๆ ของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่าบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศเกือบครึ่ง (ร้อยละ ๔๔.๗๒) ต้องสูญเสียรายได้/ถูกลดเงินเดือน จากการปิดสถานประกอบการ ส่วนในด้านสุขภาพพบว่าเกือบร้อยละ ๕๐ มีปัญหาในการเข้าถึงหน้ากากอนามัยแบบธรรมดา นอกจากนี้กลุ่มคนที่ต้องได้รับยาต้านไวรัส HIV หรือคนที่ต้องได้รับฮอร์โมนอย่างสม่ำเสมอ มีความยากลำบากในการเดินทาง (ร้อยละ ๕๔.๐๔) และเกิดความไม่สะดวกในการไปรับบริการที่สถานพยาบาลในช่วงโควิดซึ่งเป็นพื้นที่สุ่มเสี่ยง และมีเพียงร้อยละ ๒๐ ที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อโควิด

สำหรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ในกลุ่มพนักงานบริการพบว่ายังอยู่ในสถานการณ์ถูกเลือกปฏิบัติและความรุนแรงจากคนในครอบครัว คนใกล้ชิด และคนทั่วไป มีความยากลำบากในการรับบริการที่จำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในช่วงโควิดในส่วนของบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ บริการถุงยางอนามัย บริการรับยาต้านไวรัส บริการรับยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ และบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

**(๒) ประชากรแรงงานข้ามชาติและผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย** ๓๕, ๓๖, ๓๗, ๓๘

บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยที่อยู่ในประเทศไทย คาดการณ์ว่ามีจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคน โดยแบ่งได้ เป็น ๓ กลุ่มหลัก คือ

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

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

(๓) บุคคลที่ไม่มีสถานะทางกฎหมาย ประกอบด้วย ผู้ไม่มีเอกสารทางทะเบียน, คนไร้รัฐ (Stateless), ผู้ลี้ภัย และนักเรียนที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก หรือเด็กติด G

ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ พบว่า

(๑) แรงงานข้ามชาติหายออกไปจากระบบประกันสุขภาพมากกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คน (เปรียบเทียบระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒ กับเดือนตุลาคม ๒๕๖๓) เนื่องจากการกำหนดนโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงและสถานการณ์ ไม่ชัดเจนและขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ การต่อใบอนุญาตทำงานและวีซ่าในช่วงที่มีการปิดพรมแดน แม้ว่าหลังจากที่การระบาดระลอกแรกลดลงและสถานประกอบการต่างๆมีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น แต่รัฐบาลก็ไม่ได้มีนโยบายส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติกลับเข้าสู่ระบบแต่อย่างใด ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ถูกเลิกจ้างจากกิจการที่ปิดตัวลงหรือลดจำนวนแรงงานในช่วงสถานการณ์โควิดที่หายไปจากระบบถึง ๕๙๒,๔๕๐ คน

(๒) มีรายได้ไม่เพียงพอ จากการสำรวจสภาพปัญหาของแรงงานข้ามชาติในภาวะวิกฤตโรคระบาดโควิด-๑๙ พบว่า ร้อยละ ๒ ของแรงงานถูกเลิกจ้างแบบไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ถูกเลิกจ้างในภาพรวมพบร้อยละ ๒๐ ถูกบังคับให้หยุดงานแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน และร้อยละ ๒๙ ถูกลดงานแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน (ประชากรราว ๓ ใน ๔ มีรายได้ลดลง กลุ่มลูกจ้างรายวันสูญเสียรายได้ทั้งหมด)

(๓) ในด้านการป้องกันโรค ประชากรแรงงานข้ามชาติไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการตรวจหาเชื้อในลำดับต้น เนื่องจากในช่วงระยะเวลา ๙ เดือน มิ.ย.- พ.ย. ๖๓ ไม่มีการตรวจคัดกรองกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่กทม.และปริมณฑล ซึ่งมีจำนวนประชากรข้ามชาติหนาแน่นในอุตสาหกรรมก่อสร้าง อุตสาหกรรมต่อเนื่องอาหาร และเสื้อผ้า สะท้อนให้เห็นการไร้ตัวตนในมาตรการเชิงนโยบาย จนกระทั่งเกิดการระบาดระลอก ๒ นอกจากนี้ ในด้านอุปกรณ์ใช้สำหรับการป้องกันโรค เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ก็ยังขาดแคลน มีเพียงภาคประชาสังคม และสภากาชาดไทย ที่จัดหาให้

(๔) มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่สบายจะใช้การพักผ่อน (12%) ซื้อยากินเอง (18%) ไปหาหมอ (59%) ไป รพ. (6%) และมีค่ารักษาพยาบาลไม่แพง และประชากรแรงงานข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑลจะไม่ได้ใช้บริการสาธารณสุขมากเท่าแรงงานที่อยู่พื้นที่ชายแดนที่ประสบปัญหากับโรคติดต่อและไม่ติดต่อ นอกจากนี้หลายกิจการไม่มีการนำแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม ทำให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ไม่รับการช่วยเหลือจากรัฐในภาวะฉุกเฉิน บางคนบัตรประกันสุขภาพหมดอายุในระหว่างที่เกิดสถานการณ์โควิด ไม่สามารถซื้อใหม่ได้เนื่องจากยังมีความไม่ชัดเจนในการขายบัตรประกันสุขภาพ

(๕) จากการสำรวจพบว่า ประชากรแรงงานข้ามชาติ มักเลือกพักอาศัยในห้องเช่ามากสุด (83%) ห้องพักส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานราคาห้องพักแบบปกติ ไม่มีห้องน้ำแยก ใช้ครัวรวม เมื่อ lock down ต้องใช้ทุกอย่างร่วมกัน ยากต่อการควบคุมระยะห่างและการใช้ของร่วมกันในที่พักอาศัย และการควบคุมการติดเชื้อจากการใช้ห้องน้ำรวมทำได้ยาก

(๖) แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่กระจุกตัว หนาแน่นในบางพื้นที่ ไม่สามารถเดินทางออกนอกพื้นที่ได้ด้วยข้อจำกัดทางเอกสารประจำตัว เมื่อเกิดโรคระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ย่อมเกินกำลังของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่นั้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ

(๗) แรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิประกันสังคม แต่เกือบครึ่งไม่รู้สิทธิของตนเอง (๑) ส่วนคนที่รู้สิทธิ จำนวนหนึ่ง (28%) กลับไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ เนื่องจากกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเป็นภาษาไทย อ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ไม่สามารถกรอกข้อมูลออนไลน์ได้ ใช้เอกสารจำนวนมากไม่สามารถหามายื่นได้ เดินทางไปสำนักงานประกันสังคมไม่ได้ (๒) นายจ้างบอกเลิกจ้างกะทันหัน ทำให้ต้องหางานใหม่ภายใน ๓๐ วัน (๓) การเข้าไม่ถึงการรับเงินชดเชย หรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่แรงงานพึงได้ (๔) ในช่วงของการสำรวจพบว่า เกือบร้อยละ ๘๐ ของประชากรแรงงานข้ามชาติไม่มีหลักประกันสุขภาพ

**กล่าวโดยสรุป** ในช่วงของการเกิดภาวะวิกฤตสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มต่างพบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพอันเนื่องมากจากภาวะที่ไม่ปกติ และจากความเห็นของสมาชิกสมัชชาสุขภาพเห็นตรงกันว่า ประชาชนไทยทุกกลุ่มมีความเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทำให้การจัดลำดับของการให้บริการสาธารณสุขในด้านให้บริการด้านอื่นลดลง ในขณะที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มผู้ไม่มีสัญชาติ มีความเสี่ยงสูง ด้วยเหตุของการไม่มีหลักประกันสุขภาพเนื่องจากบางส่วนไม่มีเอกสารไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย การถูกแบ่งแยกทางเชื้อชาติทำให้เกิดความหวาดกลัวในการไปบริการในสถานพยาบาล รวมไปถึงข้อจำกัดของสวัสดิการของภาครัฐ และการขาดรายได้ในภาวะวิกฤต

สำหรับรูปแบบความเสี่ยงที่พบ ส่วนใหญ่เกิดจาก (๑) สภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือสถานที่เป็นอยู่มีความแออัด ต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก นำไปสู่แพร่กระจายเชื้อต่อ เช่น สถานบันเทิง บ่อนการพนัน เรือนจำ หรือผู้มีอาชีพค้าขาย (๒) การขาดความรับผิดชอบ ไม่ดูแลตัวเอง ไม่เชื่อฟัง ไม่มีระเบียบวินัย ปกปิดข้อมูล (๓) การรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง และไม่มีข้อมูลเพียงพอในการดูแลตนเอง (๔) การไม่มีหลักประกันสุขภาพ เช่น แรงงานที่ไม่มีสถานะทางกฎหมาย หรือกลุ่มลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างจ้างเหมา ส่งผลให้ไม่กล้าไปรับการตรวจในสถานพยาบาล และ (๕) ความเสี่ยงอันเกิดจากการที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งของคนเร่ร่อน ไร้บ้าน ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้อหรือจัดหาแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย หรือลงทะเบียนในหมอพร้อม

**๓.๔ การปรับตัวในระบบสุขภาพในภาวะวิกฤต**

การแพร่ระบาดโควิด-๑๙ ได้ส่งผลกระทบวงกว้างในหลายมิติไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อรองรับวิถีการให้บริการผู้ป่วยแบบใหม่ควบคู่ไปกับการรับมือการแพร่ระบาดของโรค สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศชัดเจนว่าทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่เข้าข่ายอยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัดกรองโควิด-๑๙ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือแรงงานข้ามชาติก็ตาม โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการตรวจคัดกรองในคนไทยทุกสิทธิ ส่วนแรงงานข้ามชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย รวมถึงการฉีดวัคซีนให้ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยโดยความสมัครใจ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติที่มีความประสงค์จะฉีด มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้กับประเทศ (Herd immunity) และหากเกิดความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโควิดจะได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น๙ ชดเชยไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท โดยมีคณะอนุกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งทำหน้าที่ในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งหากผู้รับบริการไม่เห็นด้วย จะมีสิทธิ์อุทธรณ์ได้ภายใน ๓๐ วัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน รวมการได้รับวัคซีนในรพ.รัฐ เอกชน

นอกจากนี้กองทุนประกันสุขภาพหลัก ๓ กองทุน ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และ กรมบัญชีกลาง ยังได้ร่วมแถลงการณ์ยืนยันสิทธิผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ดังนี้

(๑) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด-๑๙ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายรวมถึงผู้มีปัญหาสถานะ ให้ได้สิทธิเช่นเดียวกัน และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดประชาชนทุกคนได้รับสิทธิดังกล่าว โดย สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าตรวจทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

(๒) อัตราค่าใช้จ่ายต่างๆ คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๓ วันที่ ๒๑ เม.ย. ๒๕๖๓ และวันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา สามารถเข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ โดยโรงพยาบาลเอกชนต้องส่งข้อมูลขอเบิกเงินตามหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าวมายัง สปสช. จากนั้นทั้ง ๓ กองทุนจะจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเอกชนต่อไป

(๓) มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๗ เม.ย. ๒๕๖๔ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เร่งสร้างการรับรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ฯดังกล่าวแก่โรงพยาบาลต่างๆ ให้ถูกต้อง ทั่วถึง เพื่อให้การป้องกันโรคและรักษาผู้ป่วยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้ง ๓ กองทุนจึงเห็นพ้องต้องกันที่จะร่วมคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด ในการได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จึงขอให้กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้กฎหมายกับโรงพยาบาลเอกชนที่เรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยโควิด-๑๙ อย่างเคร่งครัด โดยทั้ง ๓ กองทุนจะเฝ้าระวังและแจ้งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ

ในด้านการบรรเทาความเดือนร้อนให้แก่ประชาชนในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดโรคโควิด-๑๙ ระบบประกันสุขภาพทุกระบบได้มีการออกมาตรการช่วยเหลือที่แตกต่างกันไปตามภารกิจขององค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ดังนี้

(๑) ระบบประกันสังคม ดำเนินการลดอัตราเงินสมทบ และออกมาตรการช่วยเหลือค่าครองชีพให้แก่ผู้ประกันตนมาตรา ๓๓ ที่มีสัญชาติไทย ในโครงการ ม.๓๓ เรารักกัน และผู้ป่วย HIV สามารถรับยาล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ เดือนได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้า รวมไปถึงการให้นายจ้างกรอกแบบสำรวจความต้องการฉีดวัคซีนให้ผู้ประกันตนผ่านระบบ e-service โดยให้นายจ้างนับรวมผู้ประกันตนที่ยังจ่ายเงินสมทบไม่ครบ ๓ เดือนตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิกรณีเจ็บป่วยด้วย

(๒) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดำเนินการขยายอายุหนังสือส่งต่อผู้มีสิทธิ เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการในหน่วยบริการอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำในกรณีที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา รวมทั้งให้บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ ให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ระหว่างบำบัดสามารถรับยาเมทาโดนไปรับประทานนอกสถานพยาบาลได้ (ในบางหน่วยบริการ) และครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรอง "โควิด-๑๙" รวมถึงค่ารักษาพยาบาล เป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ค่าห้องค่าอาหาร, ค่า PPE, ค่ายาที่เป็นการรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ และค่าพาหนะรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

(๓) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิดผ่านระบบการเบิกจ่ายตรงได้ รวมไปถึงการเพิ่มหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาบเอกชน สำหรับผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวที่เสี่ยงหรือติดเชื้อโควิด และสามารถเข้ารับการตรวจโควิดฟรีในโรงพยาบาล ๑๙ แห่ง

(๔) ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แรงงานที่เป็นข่ายอยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะได้รับการตรวจคัดกรอง และรักษาโควิด-๑๙ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่มีเอกสาร หรือไม่มีเอกสารก็ตาม โดยเบิกจ่ายงบประมาณจากกรมควบคุมโรค

นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ อนุมัติหลักการนโยบายการจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ และให้จัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้เทียบเท่ากับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ตั้งงบประมาณเป็นการเฉพาะในเรื่องนี้ และให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดูแลจัดระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง โดยให้ดำเนินการเช่นเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ๓๙

๓.๕ กลไกทางสาธารณสุข๔๐

**ในด้านการควบคุมการแพร่ระบาดโรคโควิด-๑๙ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัติ เช่น การออกประกาศกำหนดชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง การกำหนดช่องทางเข้าออกในประเทศให้เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบสวนโรค การจัดให้มีโครงสร้างคณะกรรมการโรคติดต่อระดับชาติและระดับจังหวัด การแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ฯลฯ โดยหลังจากที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญ ๙ ฉบับ เพื่อการรับมือการแพร่ระบาดของโรค ควบคู่ไปกับการใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือเสริมในการ “ห้าม” ที่เกี่ยวพันกับการควบคุมโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อบังคับพฤติกรรมของประชาชนให้ลดความเสี่ยงในด้านต่างๆ**

**การปฏิบัติหลังจากที่มีรายงานพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อ จำนวนเกิน ๑๐๐ คนในเดือนมีนาคม ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศแต่งตั้งให้ผู้บริหารระดับสูงและเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงข้าราชการในสังกัดกระทรวงมหาดไทยระดับต่างๆ ข้าราชการสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเทศบาลและองค์การบริหาร ร่วมกันบูรณาการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในทุกที่ ซึ่งต่อมาคณะกรรมการโรคติดต่อได้มีหนังสือให้ทุกจังหวัดจัดทำแผนปฎิบัติการค้นหา เฝ้าระวัง และป้องกันโรคระดับอำเภอและหมู่บ้าน หลังจากที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวซึ่งส่งผลให้ประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนา ด้วยหนังสือสั่งการนี้ทำให้เกิดกลไกที่สำคัญในระดับพื้นที่ คือ เกิดการจัดตั้งทีมอาสาโควิด-๑๙ ระดับอำเภอและหมู่บ้านเพื่อดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังผ่านกลไกสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควบคู่ไปกับมาตรการจัดพื้นที่ควบคุมโรค** **(**quarantine) **ที่รัฐจัดเพื่อสังเกตอาการผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน และป้องกันการแพร่กระจายโรค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับกระทรวงกลาโหมดูแลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และกระทรวงมหาดไทยดูแลในพื้นที่ต่างจังหวัด**

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) ได้กลายมาเป็นมาตรการสำคัญและเป็นมาตรการหลัก**ที่ในทางปฏิบัติหน่วยงานสาธารณสุขใช้เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้มีความเสี่ยง** เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมที่รวดเร็วและเหมาะสมและยังกลายเป็นมาตรการชุมชนที่ดึงภาคประชาชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ **จนเป็นแขนขาที่สำคัญของภาครัฐ โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้มีโครงการที่ริเริ่มจาก อสม. หลายโครงการ เช่น อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด-๑๙ เพื่อให้ความรู้ คัดแยกกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม โครงการค้นให้พบ จบใน ๑๔ วัน โครงการ อสม.ร่วมใจรณรงค์สงกรานต์ไทยปลอดภัยจากโควิด-๑๙ เพื่อเน้นย้ำความสำคัญของมาตรการเว้นระยะห่าง (**distancing**) ฯลฯ นอกจากนี้ อสม.ยังมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยเฉพาะในงานที่มีการรวมตัวกัน เช่น งานบุญ งานศพ พร้อมทั้งรายงานกลับไปยังกระทรวง อีกทั้ง อสม.ยังเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมการส่งยาและเวชภัณฑ์ถึงบ้าน ผ่านโครงการ** “Grab Drug” **เพื่ออำนวยความสะดวกผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนลดการแออัดในการไปใช้บริการ ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเดินทางออกจากทีพักอาศัย ส่วนในชุมชนเมืองหลายๆ แห่ง ได้เกิดโมเดลของการดูแลชุมชนด้วยตัวชุมชนเอง เช่น “คลองเตยโมเดล” เป็นต้นแบบการจัดระบบควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนเขตเมือง ลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้พื้นที่วัดเป็นศูนย์พักคอยใกล้ชุมชนคลองเตย มีการบริหารจัดการและดูแลโดยคณะกรรมการของชุมชนภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแยกตัวผู้ติดเชื้อออกจากบ้านพักอาศัยและชุมชน ให้การดูแลเบื้องต้น และรอการจัดหาเตียงเข้ารักษาในโรงพยาบาลสนามหรือโรงพยาบาลหลักในพื้นที่ต่อไป**

**ด้วยกลไกทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วงภาวะวิกฤตนี้ จึงเป็นการยกระดับการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนไปสู่การจัดการปัญหาร่วมกับภาครัฐ ซึ่งรัฐจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้น ทั้งยังเป็นการลงทุนทางสังคม (**Social Investment) **เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ**

**๔. การทบทวนนโยบายสาธารณะ**

**๔.๑ นโยบายสาธารณะภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาด**

ภายใต้การรับมือกับวิกฤตโควิด-๑๙ รัฐได้ดำเนินนโยบายที่สำคัญ ๓ ประการได้แก่ (๑) นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด (๒) นโยบายจัดหาวัคซีนให้เพียงพอกับประชาชนทุกคน (๓) นโยบายเร่งกระจายวัคซีนให้เร็วที่สุด โดยมีมาตรการรองรับดังนี้

**๔.๑.๑ นโยบายป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด**

(๑) มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เป็นมาตรการที่เคร่งคัดในการระบาดระลอกแรก โดยในส่วนของประชาชน รัฐได้ขอความร่วมมือในการสลับหรือเลื่อมเวลาทำงาน การทำงานที่บ้าน (Work from home) ปิดสถานที่เสี่ยง กำหนดระยะเวลาปิดเปิดบางสถานที่ หรือการห้ามรวมกลุ่มเกิน ๒๐ คน การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง เป็นต้น ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า มาตรการนี้ยังมีข้อจำกัดที่สวนกับทิศทางของเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถเข้มงวดและนำไปใช้ได้ตลอด ทำให้บางพื้นที่มีการละเมิด และไม่เข้มงวดในมาตรการดังกล่าว นอกจากนี้ในหน่วยบริการสาธารณสุข ก็ได้รับนโยบายมาปฏิบัติ โดยให้มีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ หรือการรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน ตลอดจนให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาสามารถรับบริการนอกหน่วยบริการประจำได้ ทั้งนี้เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล รวมทั้งมีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการในการคัดกรองและตรวจเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงได้ แต่อย่างไรก็ดี พบว่านโยบายควบคุม เฝ้าระวังการหยุดบริการด้านการขนส่งสาธารณะ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยมีความลำบากในเดินทาง และต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเพิ่มขึ้น

(๒) มาตรการควบคุมการลักลอบเข้าประเทศและการเคลื่อนย้ายแรงงานผิดกฎหมายตามแนวชายแดน โดย (๒.๑) บูรณาการการปฏิบัติงานกับฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ กรมการปกครอง และหน่วยงานตรวจคนเข้าเมือง และการเพิ่มจุดตรวจ และจุดสกัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยมีชายแดนติดกับเพื่อนบ้านเป็นระยะทางยาว จึงยังมีการลักลอบเข้าประเทศตามช่องทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมีนายหน้าลักลอบพาคนงานเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายที่ถูกสกัดจับทุกวัน โดยระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๔ มีการจับกุมได้มากกว่า ๑๕,๐๐๐ คน และ (๒.๒) มีการ Quarantine ผู้เดินทางเข้าประเทศไทยอย่างน้อย ๑๔ วันแบบรัฐจัดหาและแบบ Hospitels

(๓) มาตรการการตรวจคัดกรองเชิงรุก (Active case finding) ในพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาดสด ชุมชนแออัด และหอพัก อพาร์ทเมนต์ แคมป์คนงานก่อสร้างที่มีแรงงานข้ามชาติ และแรงงานคนไทยพักอาศัยอย่างแออัด โดยปัจจุบันได้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษา และเครือข่ายอาสาสมัคร จัดตั้งทีมทำงานเชิงรุกในพื้นที่ดังกล่าว แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่ามีการเกิดคลัสเตอร์ในการระบาดลุกลามเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการประเมินสถานการณ์ที่ล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นแรงงานข้ามชาติ กอปรกับธรรมชาติของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการติดต่อโดยละอองฝอย มาเป็นการติดต่อทางเดินหายใจจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส จึงยิ่งส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เจ้าหน้าที่มีกำลังคนไม่เพียงพอในการทำงานเชิงรุก

(๔) มาตรการให้การรักษาฟรีกับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ทุกราย โดยมีการบริหารจัดการด้านการจ่ายเงินชดเชยให้กับโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ และค่าเสี่ยงภัยให้กับบุคลากร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และเงินช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับบุคลากรที่ได้รับความเสียหายจากกรณีโควิด-๑๙ จากงบประมาณกลาง รวมถึงค่ารักษาพยาบาลของคนต่างชาติและแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย แต่ในทางปฏิบัติพบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ เตียงไม่เพียงพอ โรงพยาบาลสนามรองรับไม่ทัน โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลสนาม จ.สมุทรสาคร ซึ่งรองรับได้เพียง ๗๖๐ เตียง และโรงพยาบาลสนามของเอกชน (ศูนย์ห่วงใยคนสาคร) ซึ่งรองรับได้เพียง ๔๐๐ เตียงเท่านั้น นอกจากนี้ยังขาดการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฎิบัติ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่แตกต่างกัน เช่น มีการเรียกเก็บค่าตรวจ ฯลฯ

(๕) มาตรการเยียวยา โดยจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีได้รับความเสียหายและแพ้วัคซีนที่มีผลย้อนหลังถึงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป รวมไปถึงการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาให้แก่เด็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการของกระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และกระทรวงแรงงาน

(๖) มาตรการบรรเทาความเดือดร้อน ได้แก่ การลดค่าสาธารณูปโภคพื้นฐาน การพักชำระหนี้ สินเบื่อดอกเบี้ยเงินกู้ต่ำ สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ พนักงานประจำ เกษตรกร

(๗) มาตรการสื่อสารสาธารณะ ในระดับประเทศศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (ศบค.) จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานรัฐบาล กระทรวงต่างๆ รวมไปถึงภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรระหว่างประเทศ และรายงานสถานการณ์ระบาดของโรคประจำวัน ผ่านช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของ ศบค. รวมถึงทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคที่รัฐขอความร่วมมือ โดยเน้นการประกาศและชี้แจงมาตรการบังคับที่ต้องปฏิบัติร่วมกันในสถานการณ์การระบาดของโรค และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นผู้รายงานสถานการณ์ระบาดของโรคประจำวัน ผ่านช่องทางโทรทัศน์ และ Facebook Page ของกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงมีการสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชนผ่านเว็บไซต์ <https://covid19.ddc.moph.go.th/th> รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางป้องกัน การปฏิบัติตน และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการสื่อสารในระดับพื้นที่จะดำเนินการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด๔๑ สำหรับประชาชนที่ต้องการคำปรึกษาหรือต้องการสอบถามข้อมูลจะมีการเพิ่มคู่สายและสายด่วน ๑๖๖๘, ๑๖๖๙ และ ๑๓๓๐ การติดตามไทม์ไลน์ผ่านแอพลิเคชั่นสบายดีบ่อ และสายด่วน ๓ ภาษาของกรมควบคุมโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก เพื่อให้คำปรึกษา และตอบข้อซักถามให้แก่ประชาชน แต่อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติกลับพบว่า สังคมยังสับสนกับข้อมูลของภาครัฐ ประชาชนเกิดความไม่มั่นใจ เกิดการกักตุนสินค้า หน้ากากอนามัยขาดในช่วงแรก ตลอดจนเกิด fake news จนเกิดนโยบายตัดวงจรผลิตข่าวปลอม (fake news COVID19) ให้มีการเร่งใช้กฎหมายอย่างเข้มข้น เร่งด่วน เพื่อป้องกันการสร้างความตระหนกในสังคม แต่ในทางปฏิบัติยังไม่เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน และมีการกระจายข่าวเท็จไปทั่วทุกหัวระแหง

**๔.๑.๒ นโยบายจัดหาวัคซีนให้เพียงพอกับประชาชนทุกคน** เพิ่มการจัดหาจาก ๑๐๐ ล้านโดส เป็น ๑๕๐ ล้านโดส ซึ่งในทางปฏิบัติประชาชนยังเกิดความลังเลในการฉีดวัคซีน เกิดความสงสัยในประสิทธิภาพของวัคซีนแม้จะมีบุคลากรทางการแพทย์ออกมายืนยันก็ตาม นอกจากนี้จำนวนผู้ลงทะเบียนฉีดวัคซีนยังไม่เป็นไปตามเป้า

**๔.๑.๓ นโยบายกระจายวัคซีนให้เร็วที่สุด** เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดการเสียชีวิต โดย การลงทะเบียนผ่านระบบหมอพร้อม นัดหมายกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผ่านระบบนัดหมายโดย อสม. และการเข้ารับการฉีดวัคซีนแบบ Walk in เป็นต้น ในทางปฏิบัติแม้จะมีความร่วมมือกับภาคเอกชน ห้าง ร้านต่างๆ แต่ก็ยังพบว่าเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ มาตรการสื่อสารสาธารณะในประเด็นเรื่องประโยชน์ของวัคซีน ข้อดีของการฉีดวัคซีนให้ครบตามเป้าหมาย ร่วมกับการแจ้งรายละเอียดเรื่องการแพ้วัคซีนให้ประชาชนมีความเข้าใจ และกล้าเข้ารับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงประเด็นเรื่องการคัดกรองข่าวลวงด้านวัคซีนให้กับประชาชน เป็นไปด้วยความล่าช้า

**๔.๒ นโยบายสุขภาพสำหรับบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย๔๒**

ประเทศไทยมีนโยบายสุขภาพสำหรับประชากรแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามประเภทแรงงาน (๑) แรงงานที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย แรงงานนำเข้าตาม MOU จะได้รับประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน (๒) แรงงานหลบหนีหรือได้รับใบผ่อนผันชั่วคราว จะได้รับการคุ้มครองจากการซื้อประกันสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุข โดยการซื้อประกันไม่มีลักษณะบังคับจึงทำให้เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยง (๓) แรงงานที่ไม่ได้มีมีการขึ้นทะเบียน หรือไม่มีเอกสารใดๆ รับรองว่าอาศัยหรือได้รับการผ่อนผัน จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพใดๆ ได้

ปัญหาเชิงกฎหมายพบว่า การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม ได้มีการวางหลักกฎหมายครอบคลุมให้สามารถนำพระราชบัญญัติประกันสังคมไปบังคับใช้กับแรงงานข้ามชาติได้ แต่หากเป็นบุคคลอื่นที่ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งต้องอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข กลับพบว่ายังไม่มีกฎหมายระดับชาติในการวางหลักเอาไว้ มีเพียงมติคณะรัฐมนตรีและประกาศกระทรวงสาธารณสุขวางกรอบกติกาไว้เท่านั้น ทำให้เกิดปัญหาในด้านการดำเนินการทางกฎหมายและขาดความยั่งยืนเชิงสถาบันที่มีกฎกติกาชัดเจน โดยมติคณะรัฐมนตรีปี ๒๕๔๔ มีการกำหนดให้แรงงานข้ามชาติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่ได้รับการขึ้นทะเบียนผ่อนผันให้ทำงาน ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพนี้จะได้รับการคุ้มครองตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแรงงานร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการ ๓๐ บาท ในส่วนของผู้ติดตามการซื้อประกันให้เป็นไปตามความสมัครใจ จนมาถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๖ มติคณะรัฐมนตรีจึงอนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางด้านการแพทย์และสาธาณสุขแก่คนต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม อันนำมาสู่ทางเลือกในเรื่องบัตรประกันสุขภาพ

ดังนั้น มติคณะรัฐมนตรีจึงกลายเป็นแนวทางหลักในการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ เพื่อการคุ้มครองทางสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ ด้วยการที่มติคณะรัฐมนตรีเป็นเพียง “กฎ” ในการวางกรอบกติกา ไม่ใช่ “กฎหมาย” ที่ลำดับศักดิ์ชัดเจนดังเช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา ฯลฯ จึงทำให้สถานะของบัตรประกันสุขภาพขาดความเป็นสถาบันและไม่ยั่งยืน หากเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้งในอนาคต จะทำให้หลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยสามารถูกยกเลิกได้โดยง่าย นอกจากนี้ การขาดอำนาจทางกฎหมาย ยังทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงสถานะของบุคคลที่ไม่ใช่คนไทยกับการมีระบบประกันสุขภาพแบบบังคับได้ (compulsory health system) และการทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี ในทางปฏิบัติฐานพบว่าทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประสานงานหรือการเชื่อมโยงกิจการที่เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยทั้งหลายในระยะยาว รวมไปถึงการเกิดความเสี่ยงต่อการจัดการทางด้านงบประมาณทั้งในกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และการเสนอของบประมาณประจำปีสำหรับกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ที่ยังคงอาศัยงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรจากงบประมาณส่วนกลางให้ทุกปีอีกด้วย ด้วยข้อจำกัดเชิงกฎหมายดังกล่าวทั้งหมดนี้ จึงเป็นปฐมเหตุของการตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติรวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย และเมื่อใดก็ตามที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ หรือเกิดโรคอุบัติใหม่ ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้ล้วนจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของคนไทยในวงกว้าง

**จากการดำเนินนโยบายของภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีชี้วัดทางด้านความมั่นคงทางสุขภาพ (The Global Health Security Index)๔๓ ประกอบด้วย** (๑) ความสามารถในการป้องกันโรค (๒) ความสามารถในการตรวจจับโรคและรายงานที่รวดเร็ว (๓) การตอบโต้ที่รวดเร็ว (๔) การมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง (๕) การมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของประเทศ มีแผนงบประมาณด้านการป้องกันควบคุมโรคและดำเนินงานตามแนวปฏิบัติสากล และ (๖) การมีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ และความเสี่ยงต่อภัยคุกคามด้านชีวภาพต่ำ พบว่ารัฐมีการดำเนินการด้านความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนทั้งในด้านการป้องกันโรค การจับโรคและการรายงาน การตอบโต้ และการจัดระบบสุขภาพ แต่ก็พบว่าแม้ประเทศไทยจะมีจุดแข็งด้านการป้องกันโรค แต่ในด้านการตรวจจับยังมีบุคลากรด้านระบาดวิทยาไม่มากพอ ระบบรายงานผลและเฝ้าระวังตามเวลาจริง (real-time) ยังไม่สมบูรณ์มากนัก ด้านความรวดเร็วในการโต้กลับและการรับมือยังมีจุดอ่อนที่ระบบการสื่อสารเกิดความล่าช้า และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลกนี้ พบว่า**นโยบายรัฐที่ออกมารับมือกับภาวะวิกฤตสุขภาพโดยมี พระราชบัญญัติโรคติดต่อ และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือนโยบายที่สำคัญนั้น เป็นการตอบรับภาวะวิกฤตในระยะสั้น ซึ่งครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ แต่ยังไม่เห็นชัดเจนในกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะยังขาดอำนาจเชิงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการในภาวะวิกฤตของภาครัฐ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต**

อย่างไรก็ดี การดำเนินนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงการวางแผนพื้นฐานในระยะยาว รวมไปถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน เพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตในครั้งนี้ซึ่งคาดว่าจะยาวนาน รวมถึงสถานการณ์การอุบัติโรคติดเชื้อใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ในอนาคต

**๕. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ**

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/ ร่างมติ ๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพในภาวะวิกฤตอย่างเป็นธรรม

**๖. เอกสารอ้างอิง**

1. Nuclear Threat Initiative and Johns Hopkins Center for Health Security (๒๐๑๙), Global Health Security Index ๒๐๑๙.
2. Tapanee Phueksuwan (๒๐๑๔), Compulsory Licensing Policy Implementation in Thailand, Doctoral Dissertation, National Institute of Development Administration (NIDA).
3. J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet ๒๐๐๙; ๓๗๓: ๑๙๙๓-๙๕
4. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๕.
5. เมธิณี อินทรเทศ และคณะ. (๒๕๖๒). ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า:การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑๓ ฉบับที่ ๒ เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๒ [ออนไลน์]. สื บ ค้ น จ า ก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑ ๑ ๒ ๒ ๘ /๕ ๐ ๗ ๑ /hsri-journal-v๑ ๓n๒-p๑๕๗ - ๑๗๔.pdf?sequence=๑ [๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔]
6. การศึกษารูปแบบการใช้บริการวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ ความพึงพอใจ ปัญหาการจัดบริการและการจัดบริการที่น่าสงสัยว่าจะมีการเบิกจ่ายผิดปกติ. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ๒๕๖๑
7. สถิติผู้ประกันตน ข้อมูล ณ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สำนักงานประกันสังคม
8. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. อดิศร เกิดมงคล. การทบทวนกฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
10. แนวทางการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
11. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (๒๕๕๒). ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ. สืบค้นจากhttp://www.hisro.or.th./main.
12. ศศิวิมล บูรณะเรข และคณะ. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๐
13. บทวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส านักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
14. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และพสิษฐ์ พัจนา (๒๕๖๒). สถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ: ความแตกต่างระหว่างเพศ อายุ และพื้นที่
15. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางงเพศสภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง.
16. เพชรี เหล่าพิลัย และมานพ คณะโต (๒๕๕๙). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนพิการ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
17. บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ. แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. ๒๕๖๐.
18. ชาคร เลิศนิทัศน์, สมชัย จิตสุชน. ความเปราะบางของประชากรกลุ่มเประบางภายใต้โควิด-๑๙.[ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vuknerable-groups/> [เข้าถึงเมื่อ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
19. College of Population Studies Chulalongkorn University. Covid-19 and older persons: Evidence from the survey in Thailand. UNFPA. 2020
20. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง. กองพัฒนานโยบายและนวัตกรรมทางสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
21. การสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุไทย
22. รายงานสรุปผลการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด-๑๙ ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทย. ๒๕๖๔
23. ชุมชนคลองเตย คลัสเตอร์ใหญ่โควิด บทเรียนสะท้อน คนจนกลางกรุงถูกมองข้าม.[ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2084188> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
24. จาก 'ทองหล่อ' ถึง 'คลองเตย' เปิดแผน '๔๑ ชุมชน' ก่อนลามทั้ง กทม. สืบค้นจาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/936031> [เข้าถึงเมื่อ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
25. เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19. ธานี ชัยวัฒน์ พ.ค. ๒๕๖๓
26. ฐิตินบ โกมลนิมิ. โควิด-๑๙ “เปิดคุก” ส่องความไม่ธรรมทางสังคมและสุขภาพ. ๒๕๖๔.
27. ข่าวไทยพีบีเอส วันพุธที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก<https://news.thaipbs.or.th/content/304627> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
28. กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. ก้าวแรกของปฐมภูมิในเรือนจำกับชีวิตต้องขังที่กำหนดสุขภาพ. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๖๔
29. คณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (IRC). แนวทางเพื่อป้องกันและรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ในสถานคุมขังประเทศไทย. ๒๕๖๓
30. กรมการแพทย์. ข่าวเพื่อมวลชน. ๒๕๖๓
31. SDG MOVE. โควิดในเรือนจำ: เมื่อ “เรื่องในคุก” ถูกทิ้งเอาไว้ข้างหลัง. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://www.sdgmove.com/2021/05/25> [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
32. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
33. มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายความเป็นธรรมทางเพศสภาพ เสนอต่อพรรคการเมือง
34. มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING Foundation). รายงานการสำรวจสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของไวรัส COVID-19 ในกลุ่มพนักงานบริการ (ประเทศไทย).
35. สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔. [ออนไลน์] สืบค้นจาก https://www.thaigov.go.th [เข้าถึงเมื่อ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
36. อดิศร เกิดมงคล. (๒๕๖๔). หลักประกันสุขภาพของคนที่ไม่มีสัญชาติไทย. เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ. เอกสารนำเสนอ SWG Briefing Session (in Thai) on Access to Healthcare
37. ชลนภา อนุกูล และคณะ. การพัฒนานโยบายสุขภาพแรงงานข้ามชาติเพื่อตอบรับวิกฤตโรคระบาด: กรณีศึกษาไวรัสโควิด-๑๙. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๓.
38. ธีรพัฒน์ อังศุชวาล, ชัชฎา กำลังแพทย์. กลไกการอภิบาลทางสาธารณสุขของไทยในการจัดการโควิด-๑๙. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๓) ๓๗-๗๖
39. https://www.thaingo.org/content/detail/5242 [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
40. แถลงการณ์ของเครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ และมูลนิธิเพื่อสิทธิมนุษยชนและการพัฒนา ในฐานะองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติ เรียกร้องทบทวนมาตรการการจัดการแรงงานข้ามชาติ และยุติการจับกุมดำเนินคดีตามกฎหมายคนเข้าเมือง และกฎหมายการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว สำหรับคนไทยและคนต่างชาติ ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙. ๒๕๖๓. [ออนไลน์] สืบค้นจาก <https://prachatai.com/journal/2020/12/90948> [เข้าถึงเมื่อ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔].
41. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของประเทศไทย. ๒๕๖๓
42. วีระ หวังสัจจะโชค และคณะ. การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๖๔.
43. The Johns Hopkins Center for Health Security. ๒๐๑๙