

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณและสถานการณ์ การให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างตัวที่ตกหล่น จากการประกันสุขภาพ

หทัยรัตน์ โกษียากรณ์*

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์[†]

สิรินาฏ นิกภาพ[‡]

เยาวลักษณ์ แหวงวงษ์*

ประภาพร นพรัตน์ยากรณ์[§]

วรากรณ์ ปวงกันทา*

วีระศักดิ์ พุทธาศรี[#]

ผู้รับผิดชอบบทความ: หทัยรัตน์ โกษียากรณ์

บทคัดย่อ

สุขภาพของคนต่างตัวนับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบัน อัตราการเกิดของเด็กต่างตัวสูงขึ้นเป็นอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะการให้บริการการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างตัวในประเทศไทยในปัจจุบัน จากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้รับบริการ 2) ประเมินสถานการณ์การเข้าถึงวัคซีนขั้นพื้นฐานของเด็กต่างตัวในประเทศไทย และ 3) คาดการณ์ภาระงบประมาณของภาครัฐ ในการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างตัวทั้งหมดในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี โดยใช้กรณีศึกษาจากสถานพยาบาลของรัฐใน 4 จังหวัดที่มีคนต่างตัวหนาแน่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางในเรื่องการให้บริการวัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างตัวที่ไม่มีประกันสุขภาพ แต่ในพื้นที่ก็มีการให้บริการวัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างตัวทั้งที่มีและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว โดยอาศัยวัคซีนส่วนที่เหลือจากการจัดสรรสำหรับเด็กไทย ในส่วนผู้รับบริการ ก็ให้ความสำคัญกับการรับวัคซีนและไม่ได้คิดว่าการซื้อบัตรจะเป็นเหตุผลของการได้สิทธิรับวัคซีน ทั้งนี้เด็กต่างตัวส่วนหนึ่งมักกลับไปประเทศต้นทางเมื่อเริ่มโตขึ้น อัตราการรับบริการวัคซีนพื้นฐานค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หากจะมีการลงทุนโดยภาครัฐเพื่อการให้วัคซีนสำหรับเด็กต่างตัวเพิ่มเติมจากวัคซีนที่ซื้ออยู่แล้วสำหรับเด็กไทย ภาครัฐพึงลงทุนประมาณ 6.9 ถึง 73.9 ล้านบาท ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญจากการศึกษานี้ คือ รัฐไทยควรพิจารณากำหนดให้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ ไม่ว่าจะได้รับการประกันตนหรือไม่ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน เงื่อนไขทางสัญชาติและสถานะการประกันตน ซึ่งอาจใช้งบประมาณเพิ่มเติมตามที่ระบุไว้ข้างต้น ทั้งนี้พึงมีระบบสนับสนุนให้กับหน่วยบริการอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพและสถานะการเงินการคลังของประเทศ

คำสำคัญ: ต่างตัว วัคซีน งบประมาณ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

[†] โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

[‡] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

[§] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

[#] สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

Budget Impact and Situation Analysis on the Basic Vaccination Service for Uninsured Migrant Children in Thailand

Hathairat Kosiyaporn*, Rapeepong Suphanchaimat**†, Sirinard Nipaporn‡, Yaowaluk Wanwong*, Prapaporn Nopparattayaporn§, Waraporn Pongkanta*, Weerasak Puthasri#

* International Health Policy Program, Ministry of Public Health

† Banphai Hospital, Khon Kaen Province

‡ National Health Security Office

§ Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

National Health Commission Office

Corresponding author: Hathairat Kosiyaporn, hathairat@ihpp.thaigov.net

Abstract

Migrant health is an important issue that has caught much political attention for years, particularly at the present where migrant birth rate is rapidly increasing. The objectives of this study are to 1) explore the operational system of the provision of essential vaccines for migrant children in Thailand through views of policy makers and health professionals, 2) analyze the extent to which migrant children have accessed to vaccination services in Thailand, and 3) estimate the budget impact in the provision of essential vaccines to all migrant children in Thailand. Parallel mixed methods design was employed. Data collection techniques comprised in-depth interviews for qualitative part and secondary data analysis for quantitative part. Study sites were public hospitals in four migrant-populated provinces. The results showed that although there was no explicit policy to provide basic vaccination for uninsured migrant children in Thailand but practically, health providers at the hospitals catered vaccination services free of charge for all migrant children regardless of their insured status through the leftover vaccines which were initially provided to Thai children. From migrants' perspectives, buying health insurance is not the most important reason that influenced migrant parents to pay for health insurance for their children. Some migrant children travelled back to their country of origin when they grew up. The vaccination utilization rates amongst migrant children were quite low relative to standard utilization rate. If the government wished to provide basic vaccinations specifically for migrant children, the additional budget impact would be around 6.9-73.9 million Baht. In terms of policy recommendations, the Thai government should consider imposing essential vaccination as basic rights for all children regardless of their insured status, and such a service should be independent from nationality precondition and financial barriers. The government might consider investing more on vaccination at the cost suggested above. However adequate supporting mechanisms for the health facilities should be in place in order to ensure the country's health system and financing sustainability.

Keywords: migrant, vaccines, budget impact, disease prevention and health promotion

ภูมิหลังและเหตุผล

การขยายหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนแผ่นดินไทยนั้น มีความพยายามในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังปรากฏเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารเชิงนโยบายหลายฉบับ เช่น แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561) วิสัยทัศน์

ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน (2555-2559) กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁻³⁾ ปัจจุบัน คาดการณ์ว่ามีบุคคลต่างด้าวในประเทศไทยทั้งหมดกว่า 3.2 ล้านคน หากนับเฉพาะที่ได้รับการลงทะเบียนในระบบ One Stop Service ก็มีมากกว่า 1.5 ล้านคน⁽⁴⁾



ในปัจจุบันนั้น การจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลต่างด้าว จำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาเมืองอย่างถูกกฎหมาย โดยที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสังคม 2) กลุ่มคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ได้แก่ แรงงานต่างด้าวนอกสถานประกอบการและผู้ติดตาม กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลประชากรกลุ่มนี้ บุคคลเหล่านี้มีสิทธิซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (ราคาบัตร 1,600 บาทสำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี) 3) กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปและผู้ติดตาม ซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจกับกระทรวงสาธารณสุขได้ (ราคาบัตร 2,200 บาทสำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี) และ 4) บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านสิทธิประกันสุขภาพที่เรียกว่า ท.99⁽⁵⁾

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีนั้น เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2556 โดยมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและค่าบริการทางการแพทย์ในกรณีเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน โดยที่บัตรประกันสุขภาพนั้นจะมีอายุคุ้มครอง 1 ปี⁽⁵⁾ ปัจจุบันพบว่าอัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นมากทุกปี แต่เด็กต่างด้าวที่เข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพก็มีจำนวนค่อนข้างน้อย (ข้อมูลปี 2558 พบว่ามีประมาณ 70,000 คนที่มีบัตรประกันสุขภาพ จากตัวเลขประมาณการจำนวนเด็กต่างด้าวทั้งหมด 250,000 คน)⁽⁶⁾ ซึ่งนับเป็นประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพไทย เนื่องจากเด็กต่างด้าวเหล่านี้ อาจไม่ได้รับการฉีดวัคซีนพื้นฐานอย่างเพียงพอ และอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพในอนาคตได้ เช่น ทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนหรือควบคุมได้แล้ว กลับมาระบาดใหม่ในประเทศไทย

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะการจัดบริการการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก

ต่างด้าวที่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ทั้งในแง่ข้อดี ข้อเสีย และประเด็นท้าทาย จากมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับบริการ 2) ประเมินสถานการณ์การเข้าถึงวัคซีนขั้นพื้นฐานของเด็กต่างด้าวในประเทศไทย และ 3) คาดการณ์ภาระงบประมาณของภาครัฐในกรณีการให้วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2559 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560 ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมคู่ขนาน (parallel mixed methods design) วิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มหนึ่งครั้ง ก่อนสรุปโครงการ การสัมภาษณ์ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 45 นาที มีการบันทึกเสียงและถอดเทปโดยขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง การสัมภาษณ์กระทำที่สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ เช่น ข้อดีและข้อเสียของการจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในปัจจุบันเป็นอย่างไร ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และถ้าจะมีการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวในปัจจุบัน ควรจะอย่างไร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีปริมาณเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูล 3 ส่วน คือ (1) ข้อมูลประมาณการจำนวนเด็กต่างด้าวในระดับประเทศในปี 2559 ทั้งที่มีและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (2) ราคาวัดซีนย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2558-2560) และ (3) ข้อมูลการใช้บริการสถานพยาบาล (facility based data analysis) จากฐานข้อมูล 43 แห่งมามาตรฐานผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2559 ของจังหวัดที่ทำการศึกษ เหตุที่ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2559 เพราะเป็นปีที่มีข้อมูลครบถ้วนที่สุดและเป็นปีงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการฉีดวัคซีนพื้นฐานโดยเพิ่มการฉีด IPV ร่วมกับการให้ bivalent-OPV ในเด็กอายุ 4 เดือน⁽⁷⁾

อนึ่ง ขอบเขตการศึกษานี้ เน้นวัคซีนพื้นฐานใน extended program of immunization (EPI) เท่านั้น⁽⁷⁾ ไม่นับรวมวัคซีนทางเลือก และวัคซีนที่เป็นการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดที่สถานศึกษาเป็นการเฉพาะ เช่น วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม ในการคำนวณนี้ได้รวมวัคซีนใช้ขวดใหญ่ด้วย เนื่องจากเป็นวัคซีนที่มีประโยชน์ในเชิงสาธารณสุขอย่างชัดเจน

ขอบเขตประชากรและแหล่งข้อมูล

ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลหรือผู้แทน เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพในสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้แทนผู้บริหารที่รับผิดชอบนโยบายประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับบริการ รวม 40 คน และผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2560 อีกจำนวน 21 คน ในงานวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจาก 1) การใช้บริการจริงของเด็กต่างด้าวที่สถานบริการ และ 2) ต้นทุนวัคซีนของ สปสช. โดยคณะผู้วิจัยได้นิยาม ‘เด็กต่างด้าว’ ว่าหมายถึงเด็กที่ไม่มีสัญชาติไทย ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในทางเทคนิค การคำนวณได้จำกัดเฉพาะข้อมูลที่ลงรหัส 43 แพ้มในส่วน VACCINETYPE เป็น 10, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 51, 52, 53, 61, 81, 82, 83, 84, 85, 91, 92 และ 93 และต้องไม่ลงรหัส NATION เป็น 99 (ซึ่งหมายถึงเด็กสัญชาติไทย)

อนึ่ง การคำนวณต้องมีการคาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพด้วย ทำให้ต้องใช้ฐานข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลสัดส่วนของเด็กต่างด้าว (0-15 ปี) ต่อผู้ใหญ่ (มากกว่า 15 ปี) ซึ่งได้จากการทำสำมะโนประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยทางสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำมารายงานอีกต่อหนึ่ง⁽⁸⁾ 2) เฉพาะกลุ่มที่เป็นเด็ก มีงานวิจัยขององค์กร PATH และสถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ทำการสำรวจอนามัยแม่และเด็กในกรุงเทพมหานคร และแบ่งช่วงอายุของเด็กเป็นสามช่วงอายุ คือ 0-2 ปี 2-5 ปี และ 5-15 ปี นอกจากนั้น งานวิจัยนี้ยังได้แสดงค่าประมาณการสัดส่วนคนต่างด้าวที่ไม่ได้รับการประกันสุขภาพต่อคนต่างด้าวทั้งหมด⁽⁹⁾ และ 3) ข้อมูลจำนวนผู้ใหญ่ต่างด้าว ที่มีใบอนุญาตทำงาน ซึ่งเก็บสถิติรายปี ทั่วประเทศและแยกรายจังหวัด โดยสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน^(10,11)

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการแบบเจาะจง (purposive sampling) ให้พื้นที่ที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ และในด้านชาติพันธุ์ หลังจากนั้น ได้ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล 4 จังหวัด (จังหวัด A, B, C และ D) เป็นสถานพยาบาล 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 1 แห่งต่อจังหวัด ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในส่วนของกรณีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนั้น ผลลัพธ์ที่แสดงในบทความนี้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของ 3 จังหวัด คือ A, B และ C เนื่องจากข้อมูลของจังหวัด D ไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ คุณลักษณะของจังหวัดที่ทำการศึกษาได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยใช้วิธี framework analysis กำหนด theme หลักๆ คือ 1) มุมมองจากผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง 2) มุมมองจากพื้นที่ ซึ่งจำแนกย่อยเป็นมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองของผู้รับบริการ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยจำแนกเป็น 1) การคำนวณอัตราการใช้บริการในแต่ละพื้นที่ และ 2) การคำนวณภาระงบประมาณ

ในการคำนวณอัตราการใช้บริการ ได้นับการบริการเป็นจำนวนครั้งต่อคนต่อสถานบริการ (เช่น รมหัทสบุคคล

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นที่ทำการศึกษา

จังหวัด	ลักษณะพื้นที่ศึกษา	โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
A	พื้นที่ภาคใต้ กลุ่มชาติพันธุ์ เมียนมา กัมพูชา	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง รพ.สต. 1 แห่ง
B	พื้นที่ภาคตะวันออก กลุ่มชาติพันธุ์ เมียนมา กัมพูชา	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง รพ.สต. 1 แห่ง
C	พื้นที่ภาคกลาง กลุ่มแรงงานต่างด้าว และกลุ่มแม่และเด็กต่างด้าว	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 150 เตียง รพ.สต. 1 แห่ง
D	พื้นที่ภาคเหนือ กลุ่มชาติพันธุ์ ลาว เมียนมา	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง รพ.สต. 1 แห่ง

PID, การใช้บริการ SEQ, และหน่วยบริการ HOSPCODE เข้าด้วยกัน) และเก็บตัวแปรวันที่มาใช้บริการ วันที่เกิด (เพื่อคำนวณอายุ) เพศ และสิทธิประกันสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทั้ง 1) สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละ และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการคำนวณ Wilcoxon rank sum test และ multiple linear regression โดยมีตัวแปรตามคือจำนวนการใช้บริการต่อคน ณ ปีงบประมาณนั้น ตัวแปรต้นคือเพศ อายุและสิทธิประกันสุขภาพ

ในการคำนวณภาระงบประมาณ มีหลักคิดคือ งบประมาณคาดการณ์เท่ากับผลคูณของต้นทุนวัคซีนที่ต้องใช้ในแต่ละช่วงอายุ คูณกับ ประชากรของเด็กต่างด้าวในแต่ละช่วงอายุทั่วประเทศ บนสมมุติฐานที่ว่า ในแต่ละปี จำนวนเด็กต่างด้าวทั้งประเทศไม่มีการเปลี่ยนแปลง (เพื่อให้จำนวนเด็กต่อหนึ่ง cohort มีค่าคงที่) สำหรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ซึ่งให้ในเด็กทุกคนที่อายุน้อยกว่า 2 ปี และเมื่อมากกว่า 2 ปี ให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยง ในที่นี้ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากรเด็กทั้งหมด งบประมาณที่คำนวณได้ จำแนกได้เป็น 2 กรณี คือ (i) กรณี

ที่เด็กมีโอกาสอาศัยอยู่ในประเทศไทยตลอดช่วงอายุ 0-15 ปี เท่าๆ กันทุกปี (ideal scenario) และ (ii) กรณีที่เด็กเมื่ออยู่ในช่วงอายุที่สูงขึ้นมีโอกาสอยู่ในประเทศไทยลดลง (realistic scenario) เพราะกลับไปรับบริการดูแลที่ประเทศต้นทาง โดยนำข้อมูลสัดส่วนเด็กต่างด้าวในแต่ละช่วงอายุจากองค์กร PATH และ สวรส. มาใช้ในการคำนวณ ซึ่งพบว่า สัดส่วนเด็กต่างด้าวในประเทศไทยจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น⁽⁹⁾ ข้อมูลนี้ได้รับการสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ด้วยดังจะได้แสดงต่อไป ในแต่ละกรณีได้แบ่งย่อยลงไปอีกเป็น 2 ส่วน คือ (a) คิดจำนวนเด็กทั้งหมด (all children) และ (b) คิดเฉพาะจำนวนเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ (non-insured children) กำหนดโดยรหัส INSTYPE ในข้อมูล 43 แพ้มเท่ากับ '9100' (เป็นรหัสบ่งบอกว่า ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง)

สรุปแล้วการคำนวณในส่วนนี้ได้แสดงผลการศึกษาใน 4 กรณี คือ (i-a) ideal scenario, all children, (i-b) ideal scenario, non-insured children, (ii-a) realistic scenario, all children และ (ii-b) realistic scenario, non-insured children

ประเด็นพิจารณาเชิงจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมแล้ว จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ตามหนังสือเลขที่ สคม. 393/2559 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2559

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

นโยบายส่วนกลางและมุมมองผู้กำหนดนโยบาย

ในภาพรวมนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการบริหารจัดการบัตรประกันสุขภาพเด็กอายุ 0-7 ปี ในราคา 365 บาทต่อปี โดยไม่มีค่าตรวจสุขภาพซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์หลากหลาย ในส่วนการบริหารจัดการ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับจังหวัด บริหารจัดการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน และ 2) ส่วนกลาง บริหารจัดการโดยกลุ่มประกันสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแบ่งหมวดการจัดสรรเงินออกเป็น 3 รายการ ได้แก่ 1) ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ค่าบริการทางการแพทย์ และ 3) ค่าบริหารจัดการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ในทางปฏิบัติ ไม่พบว่ามียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนจากส่วนกลางในการกำหนดให้เด็กต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกัน

สุขภาพต้องได้รับวัคซีนพื้นฐาน อย่างไรก็ตามผู้ถูกสัมภาษณ์ที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย มีความเข้าใจว่า เด็กต่างด้าวทุกคนมีสิทธิได้รับวัคซีนพื้นฐานอยู่แล้ว เนื่องจากหน่วยบริการสามารถเบิกวัคซีนจาก สปสช. ได้โดยตรง

“.....ไม่เคยสั่งซื้อวัคซีนมาใช้กับเด็กต่างด้าวนะ สามารถเบิกกับ สปสช. ได้ เพราะวัคซีนเป็นความรับผิดชอบของ สปสช. ที่ต้องให้บริการอยู่แล้ว” (ผู้กำหนดนโยบายรับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว) **นโยบายในระดับพื้นที่**

แต่ละพื้นที่มีบริบทแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นจำนวนสัญชาติ อาชีพของคนต่างด้าว ส่วนใหญ่เป็นชาวพม่าและกัมพูชา ที่ประกอบอาชีพประมง โดยมีทั้งที่เป็นคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองและที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงานอย่างถูกกฎหมาย รวมถึงความแตกต่างในรูปแบบการบริหารจัดการของสถานพยาบาลและมุมมองของผู้ให้บริการต่อบริการวัคซีน ดังแสดงในตารางที่ 3

1. บทบาทของสถานพยาบาล และมุมมองของผู้ให้บริการ

1.1 ด้านการจัดการงบประมาณ

ในแต่ละจังหวัดมีการออกแบบนโยบายการเงินการคลังในเรื่องบัตรประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ก็มีลักษณะคล้ายกัน คือ การรวมเงินค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งก็คือสำนักงานสาธารณสุข

ตารางที่ 2 การจัดสรรเงินสำหรับบัตรประกันสุขภาพเด็กต่างด้าว

รายการ	ราคา (บาท)	หน่วยงานรับผิดชอบ
ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	58	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ค่าบริการทางการแพทย์	271	
• หน่วยบริการ	257	สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน
• เข้าส่วนกลาง	14	กลุ่มประกันสุขภาพ
ค่าบริหารจัดการ	36	
• หน่วยบริการ	33	สสจ. (หรือกรมการแพทย์ ถ้าอยู่ในกรุงเทพฯ)
• เข้าส่วนกลาง	3	กลุ่มประกันสุขภาพ

แหล่งข้อมูล: กลุ่มประกันสุขภาพ⁽¹²⁾

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการวัคซีนในแต่ละพื้นที่

ประเด็นสำคัญ	พื้นที่ A	พื้นที่ B	พื้นที่ C	พื้นที่ D
ลักษณะคนต่างดาว	ส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมา (ร้อยละ 90) รองลงมาได้แก่ ชาวลาวและกัมพูชา ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคประมง	ส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชา ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคประมง	ส่วนใหญ่เป็นชาวกัมพูชา และประกอบอาชีพรับจ้างในภาคประมง	ส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมา และไทยใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคเกษตรกรรม และธุรกิจด้านการบริการ
การจัดการค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	หน่วยบริการเป็นผู้บริหารจัดการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้บริหารจัดการ โดยกันเงินเพิ่มร้อยละ 20 จากเงื่อนไขที่ระบุในบัตรประกันสุขภาพต่างดาว เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้บริหารจัดการ โดยกันเงินตามที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพต่างดาว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้บริหารจัดการ โดยกันเงินตามที่ระบุไว้ในบัตรประกันสุขภาพต่างดาว
หน่วยที่ให้บริการวัคซีน	คลินิกเด็กดี (well baby clinic) ในโรงพยาบาลและรพสต. โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้สนับสนุนเวชภัณฑ์	เด็กต่างดาวที่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถรับบริการวัคซีนที่ รพสต. ทุกแห่งในจังหวัดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเทศบาลได้จัดบริการสำหรับคนต่างดาวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ในอัตราที่กำหนด	เด็กต่างดาวที่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถไปรับบริการวัคซีนที่ รพสต. ทุกแห่งในจังหวัดได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย *รวมมือกับมูลนิธิไม่แสวงหาผลกำไร โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วยให้บริการ	เด็กต่างดาวที่มีบัตรประกันสุขภาพ สามารถไปรับบริการวัคซีนที่ รพสต. ทุกแห่งในจังหวัดได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
มุมมองผู้รับบริการด้านการซื้อบัตรประกันสุขภาพและการรับวัคซีน	บิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล รองลงมาคือสิทธิในการรับวัคซีนพื้นฐาน	บิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล รองลงมาคือสิทธิในการรับวัคซีนพื้นฐาน	บิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลรองลงมาคือสิทธิในการรับวัคซีนพื้นฐาน บางส่วนไม่ต้องการซื้อบัตรฯ เพราะในอนาคตต้องส่งบุตรกลับประเทศต้นทาง	บิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล รองลงมาคือสิทธิในการรับวัคซีนพื้นฐาน

จังหวัด บางพื้นที่กันเงินไว้ที่โรงพยาบาล บางพื้นที่ส่งเงินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาเพื่อการทำณรงค์ หรือสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยรวมกับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยอมรับว่า รายได้จากการประกันสุขภาพเด็กต่างดาวไม่คุ้มค่ากับการให้บริการอยู่แล้ว โดยเฉพาะค่าวัคซีนซึ่งสูงกว่าราคาบัตรประกันสุขภาพ 365 บาท

“ราคา 365 บาทนะเธอ คิดจากไหนจากอะไร

มันไม่คุ้มหรอก ค่าวัคซีนแต่ละครั้ง ปีๆหนึ่งก็เกินราคาไปแล้วละ ยิ่งถ้าเจ็บป่วยอีก มันยิ่งจะเกินราคาที่ขายไปมาก” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด C)

1.2 ด้านหน่วยที่ให้บริการ

หน่วยที่ให้บริการมีทั้งการให้บริการในโรงพยาบาลและที่ รพสต. โดยทำการเบิกจากระบบ vender managed inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรมที่ทำหน้าที่จัดหาและกระจายวัคซีนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่ง

ชาติ ในทางปฏิบัติพบว่า เด็กต่างด้าวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพก็มีสิทธิรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนพื้นฐานได้ฟรี เนื่องจากผู้ให้บริการในระดับพื้นที่เกือบทุกแห่ง มีนโยบายให้วัคซีนกับเด็กต่างด้าวอยู่แล้ว เนื่องด้วยวัคซีนที่ สปสช. ซื้อและแจกจ่ายให้กับสถานพยาบาล มีการคำนวณวัคซีนส่วนเหลือ (wastage) อยู่แล้ว และระบบ VMI ไม่ได้ตรวจสอบว่าการเบิกจ่ายวัคซีนของ สปสช. เบิกจ่ายไปให้ ‘ใคร’ เนื่องด้วยระบบ VMI ตัดยอดและจ่ายชดเชยให้สถานบริการตามจำนวนการใช้เท่านั้น รวมถึงการที่อัตราการรับบริการวัคซีนของเด็กต่างด้าวยังมีอัตราที่ไม่สูงนัก จึงทำให้มีวัคซีนเพียงพอ

ในบางพื้นที่นั้น เด็กต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพของโรงพยาบาลจะสามารถรับบริการได้จากทุก รพสต. ในจังหวัดนั้นๆ นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งยังทำข้อตกลงกับเทศบาล ให้มีการจัดบริการทางการแพทย์พื้นฐานสำหรับคนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ผู้มารับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ในอัตราที่กำหนด (ประมาณ 50 บาทต่อครั้งสำหรับบริการวัคซีน)

2. มุมมองของผู้รับบริการ

2.1 ด้านการซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว

ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากหลายแหล่ง แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เช่น จากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดในโรงพยาบาล (หลังจากมารดาคลอดบุตร) เจ้าหน้าที่ของงานประกันสุขภาพ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (เวลาที่มาฝากครรภ์) หรือนายจ้าง เหตุผลหลักในการซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว คือ บิดามารดาต้องการสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล รองลงมาคือสิทธิประโยชน์ในการรับวัคซีนพื้นฐาน บางพื้นที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนให้ความเห็นว่า จะไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว เพราะต้องการส่งบุตรกลับประเทศต้นทางเนื่องด้วยบิดามารดาต้องทำงาน จึงไม่มีคนเลี้ยงดูบุตร

2.2 ด้านการรับบริการวัคซีน

ผู้ปกครองส่วนหนึ่งเห็นว่าการรับวัคซีนเป็นเรื่องสำคัญ แม้เด็กไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ก็พยายามให้บุตรของตนเข้าถึงบริการวัคซีน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การคำนวณ 1) อัตราการใช้บริการในแต่ละพื้นที่ และ 2) การคำนวณภาระงบประมาณ ซึ่งการคำนวณทั้งสองส่วนนี้ต้องอาศัยการคาดการณ์จำนวนเด็กต่างด้าวซึ่งไม่ได้ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพด้วย ตารางที่ 4 แสดงการคำนวณจำนวนเด็กต่างด้าวที่ตกหล่นจากการประกันสุขภาพ ซึ่งพบว่าทั่วประเทศมีประมาณ 89,908 คน เมื่อแยกรายจังหวัดพบว่า มีเด็กต่างด้าวจำนวน 3,914 คน, 5,069 คน, และ 12,895 คน ในจังหวัด A, B และ C ตามลำดับ และคิดเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพมีประมาณ 1,398-4,605 คน

อัตราการใช้บริการในแต่ละพื้นที่

การคำนวณสถิติเชิงพรรณนาบ่งชี้ว่า อัตราการรับบริการของเด็กในจังหวัด A ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนติดกับประเทศพม่า และเดินทางข้ามแดนได้สะดวก มีอัตราการใช้บริการสูงสุด คือ 1.3 ครั้งต่อปี จังหวัด B และ C มีอัตราการใช้บริการ 1.1 และ 0.8 ครั้งต่อปี ตามลำดับ จังหวัด A มีอัตราการใช้บริการของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพค่อนข้างสูง คือ 2.2 ครั้งต่อปี ส่วนจังหวัด B และ C มีอัตราการใช้บริการของเด็กที่มีประกันสุขภาพมากกว่าเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพเล็กน้อย ค่าอธิบายของปรากฏการณ์นี้ ได้แสดงในหัวข้อ ‘วิจารณ์’

หากพิจารณาการเข้าถึงบริการ พบว่าอัตราส่วนของเด็กต่างด้าวที่เข้าถึงบริการยังไม่สูงนัก คือประมาณร้อยละ 53.2-69.9 จังหวัด A มีอัตราส่วนของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพต่อเด็กทั้งหมดที่รับบริการค่อนข้างสูง คือร้อยละ 64.2 รองลงมาได้แก่ จังหวัด B และ C ที่ร้อยละ 40.5 และ 30.1

ตารางที่ 4 ตัวเลขอ้างอิงและสูตรคำนวณเพื่อคาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าว (ทั้งที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ)

หัวข้อ	ตัวเลข/สูตรคำนวณ	อ้างอิงจาก
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) ทั่วประเทศ	1,510,740 (a)	กระทรวงแรงงาน ^(10,11)
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด A	23,485 (b)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽⁸⁾
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด B	30,416 (c)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽⁸⁾
จำนวนแรงงานต่างด้าว (ผู้ใหญ่) จังหวัด C	77,377 (d)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽⁸⁾
สัดส่วนเด็ก : ผู้ใหญ่ : คนชราต่างด้าว (ร้อยละ)	9.0 (e) : 84.0 (f) : 7.0 (g)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ⁽⁸⁾
สัดส่วนเด็กต่างด้าว อายุ 0-2 ปี : 2-5 ปี : 5-15 ปี (ร้อยละ)	58.3 (h) : 19.4 (i) : 22.3 (j)	องค์กร PATH และ สวรส. ⁽⁹⁾
อัตราส่วนคนต่างด้าวไม่ได้ลงทะเบียนต่อคนต่างด้าวที่ลงทะเบียน (ร้อยละ)	35.7 (k)	องค์กร PATH และ สวรส. ⁽⁹⁾
จำนวนผู้ใหญ่ต่างด้าวทั้งหมด ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k))$ $= 2,349,883$	จากการคำนวณ
จำนวนเด็กต่างด้าวทั้งหมด ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k)) * (e / f)$ $= 251,773$	จากการคำนวณ
จำนวนเด็กต่างด้าวที่ไม่ได้ลงทะเบียน ทั่วประเทศ	$= (a * 100 / (100 - k)) * (e / f) * (k / 100)$ $= 89,908$	จากการคำนวณ

หมายเหตุ: การคำนวณจำนวนเด็กต่างด้าวรายจังหวัด ก็ใช้สูตรเดียวกันกับการคำนวณของทั้งประเทศ แต่เปลี่ยนตัวเลขในสูตรจาก จำนวนแรงงานต่างด้าวทั่วประเทศ (a) มาใช้จำนวนแรงงานต่างด้าวรายจังหวัด

ตารางที่ 5 สถิติเชิงพรรณนาแสดงการใช้บริการรับวัคซีนพื้นฐานของเด็กต่างด้าวในแต่ละพื้นที่

สถิติ	จังหวัด A	จังหวัด B	จังหวัด C
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กทั้งหมด (ครั้ง)	5,055	5,368	9,961
อัตราการให้บริการของเด็กทั้งหมดในจังหวัด (ครั้ง/คน/ปี)	1.3	1.1	0.8
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง)	3,029	1,441	4,035
อัตราการให้บริการในจังหวัดของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง/คน/ปี)	2.2	0.8	0.7
จำนวนครั้งการใช้บริการของเด็กที่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง)	2,026	3,927	5,926
อัตราการให้บริการในจังหวัดของเด็กที่มีประกันสุขภาพ (ครั้ง/คน/ปี)	0.8	1.2	0.9
จำนวนเด็กที่มาใช้บริการทั้งหมด (คน)	2,736	3,508	6,854
อัตราส่วนของเด็กที่ได้รับบริการต่อเด็กทั้งหมดในจังหวัด (ร้อยละ)	69.9	69.2	53.2
จำนวนเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพที่มาใช้บริการ (คน)	1,757	1,056	2,774
อัตราส่วนของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพต่อเด็กที่มาใช้บริการ (ร้อยละ)	64.2	40.5	30.1
อัตราส่วนเด็กที่เป็นเพศชาย (ร้อยละ)	51.5	50.6	51.3
ค่าเฉลี่ยอายุในหน่วยเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.2 (16.4)	11.1 (14.0)	9.8 (12.9)
ค่ามัธยฐานในหน่วยเดือน (พิสัยควอไทล์)	9.5 (16.6)	6.6 (11.7)	5.0 (12.6)
จำนวนคนในกลุ่มอายุ (ร้อยละ)			
0-2 ปี	2,226 (81.4)	3,148 (89.7)	6,079 (88.7)
2-5 ปี	466 (17.0)	325 (9.3)	742 (10.8)
5-15 ปี	44 (1.6)	35 (1.0)	33 (0.5)

ตามลำดับ สัดส่วนของเด็กที่เป็นเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกันในทุกจังหวัด อายุเฉลี่ยของเด็กที่มารับบริการอยู่ที่ 9.8-14.2 เดือน

สังเกตว่าข้อมูลอายุมีการกระจายตัวไม่ปกติ เพราะมีค่ามัธยฐานน้อยกว่าค่าเฉลี่ยค่อนข้างมาก ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ในทุกจังหวัดอยู่ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี (ร้อยละ 81.4-88.7) ดังแสดงในตารางที่ 5

เมื่อวิเคราะห์จำนวนครั้งการใช้บริการต่อปี จำแนกตามช่วงอายุ ในแต่ละจังหวัด เปรียบเทียบกับจำนวนการใช้บริการวัคซีน EPI ที่พึงได้ (minimal ideal rate) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดว่า เด็กพึงได้รับวัคซีนพื้นฐานในช่วง 0-2 ปีแรก จำนวน 8 ครั้ง (4 ครั้งต่อปี) ช่วง 2-5 ปี จำนวน 2 ครั้ง ($2/3 = 0.7$ ครั้งต่อปี) และช่วง 5-15 ปี อีก 1 ครั้ง (0.1 ครั้งต่อปี) แต่พบว่าเด็กที่มารับบริการส่วนใหญ่ ได้วัคซีนไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำ ยกเว้นเด็กในช่วง 2-5 ปีในจังหวัด A ที่มีจำนวนครั้งการได้วัคซีนสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ ดูภาพที่ 1

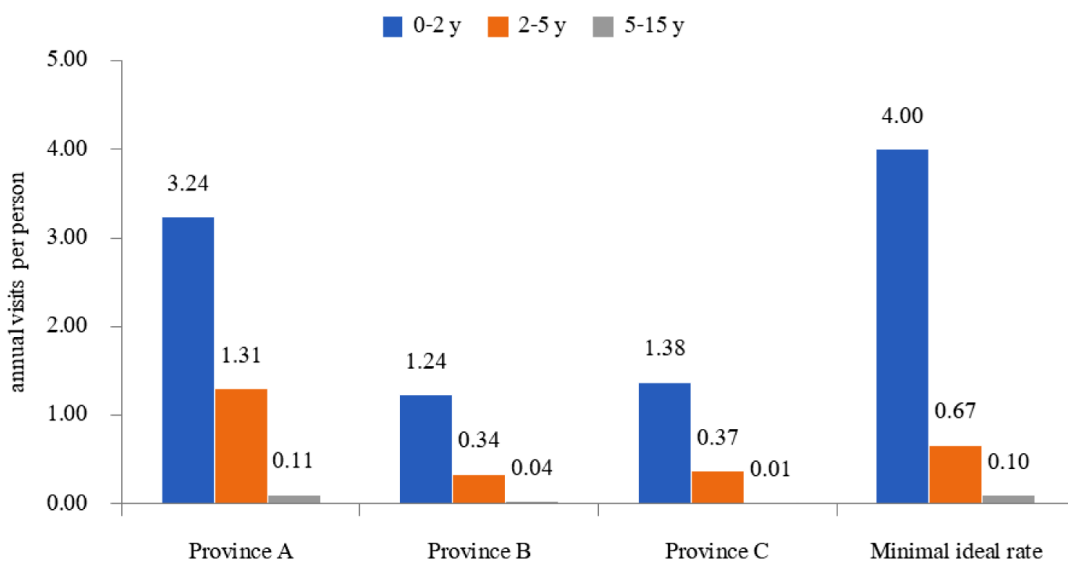
การวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้วยสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบจำนวนครั้งการใช้บริการ ระหว่างเด็กที่มีกับไม่มีประกันสุขภาพ ด้วย Wilcoxon rank sum

test พบว่า การมีหรือไม่มีประกันสุขภาพนั้น ไม่ส่งผลให้จำนวนการใช้บริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.413, 0.112 และ 0.226 ที่จังหวัด A, B และ C ตามลำดับ) ดูตารางที่ 6

ผลการวิเคราะห์ multiple regression โดยมีตัวแปรตามคือจำนวนการใช้บริการต่อคนต่อปี ตัวแปรต้นคือกลุ่มอายุ (ใช้กลุ่มอายุน้อยกว่า 2 ปีเป็นฐาน) เพศ (ใช้เพศหญิงเป็นฐาน) และสิทธิประกันสุขภาพ (ใช้การมีประกันสุขภาพเป็นฐาน) พบว่าในทั้งสามจังหวัด สิทธิประกันสุขภาพและเพศไม่ได้ส่งผลเพิ่มหรือลดจำนวนการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงจังหวัด A ที่ตัวแปรเรื่องอายุที่มากกว่า 2 ปี มีผลเพิ่มการใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้วย effect size ที่น้อยมาก ดูตารางที่ 7

การคำนวณภาระงบประมาณ

ตามแนวทางการให้วัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข เด็กทุกคนพึงได้รับวัคซีนพื้นฐานในช่วง 0-2 ปีแรก จำนวน 8 ครั้ง ช่วง 2-5 ปี จำนวน 2 ครั้ง และช่วง 5-15 ปี อีก 1 ครั้ง และพึงได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ปีละครั้งหากเป็นกลุ่มเสี่ยง รายละเอียดอายุที่พึงได้วัคซีนและต้นทุนวัคซีน แสดงในตารางที่ 8



ภาพที่ 1 จำนวนครั้งการได้บริการวัคซีนต่อคนต่อปี ในแต่ละจังหวัดเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำ



ตารางที่ 6 ผลการคำนวณด้วย Wilcoxon rank sum test เปรียบเทียบการมีประกันสุขภาพต่อจำนวนการใช้บริการ

จังหวัด	ค่าเฉลี่ย—ครั้งต่อคนต่อปี		p-value
	มีประกัน	(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ไม่มีประกัน	
A	1.000 (0.000)	1.000 (0.018)	0.413
B	1.002 (0.045)	1.005 (0.723)	0.112
C	1.000 (0.000)	1.000 (0.016)	0.226

ตารางที่ 7 ผลการคำนวณด้วย multiple regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยซึ่งส่งผลต่อจำนวนการใช้บริการ^{+, 5}

จังหวัด	เพศชาย	การไม่มีประกันสุขภาพ	อายุมากกว่า 2 ปี
A	-0.000 [-0.001, 0.000]	0.000 [-0.000, 0.001]	0.002 [0.000, 0.003]*
B	-0.001 [-0.005, 0.002]	-0.003 [-0.007, 0.001]	-0.004 [-0.012, 0.002]
C	0.000 [-0.000, 0.001]	0.000 [-0.000, 0.001]	-0.000 [-0.001, 0.006]

หมายเหตุ: *ตัวเลขที่แสดงในแต่ละช่องของตาราง คือ point estimate, ⁵ตัวเลขที่แสดงในวงเล็บคือ 95% confidence interval, *p-value = 0.007

ตารางที่ 8 ตารางการฉีดวัคซีนพื้นฐานและต้นทุนวัคซีน

รายการ	อายุ (เดือน)	Baht/dose ราคาปี 60	Baht/dose ราคาปี 59	Baht/dose ราคาปี 58
BCG	0	13.81	13.81	13.81
HBV1	0	24.73	33.31	33.31
DTwP+HB1	2	44.41	36.56	36.56
OPV1	2	6.29	5.59	5.59
DTwP+HB2	4	44.41	36.56	36.56
OPV2 + IPV	4	101.99	5.59	5.59
DTwP+HB3	6	44.41	36.56	36.56
OPV3	6	6.29	5.59	5.59
MMR1	9	180.51	126.88	126.88
JE1	12	163.55	198.92	198.92
DTwP4	18	14.76	10.75	10.75
OPV4	18	6.29	5.59	5.59
JE2	24	163.55	198.92	198.92
MMR2	30	180.51	126.88	126.88
OPV5	48	6.29	5.59	5.59
DTwP5	48	14.76	10.75	10.75
dT	144	6.77	7.87	7.87
Flu	*	109.14	109.14	113.29

หมายเหตุ: *วัคซีนไขหวัดใหญ่ เด็กฉีดได้ทุกปี ในเด็กน้อยกว่า 2 ปี ถ้ามากกว่า 2 ปีให้เฉพาะเด็กโรคเรื้อรัง แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹³⁾

ตารางที่ 9 งบประมาณคาดการณ์สำหรับการให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างด้าว (เฉพาะปี 2560) แบ่งตามสมมุติฐาน

อายุ (ปี)	ราคาวัคซีน	Population				Budget			
		scenario i-a	scenario i-b	scenario ii-a	scenario ii-b	scenario i-a	scenario i-b	scenario ii-a	scenario ii-b
0-1	740	16,785	5,994	73,391	26,208	12,412,926	4,432,656	54,274,961	19,381,589
1-2	294	16,785	5,994	73,391	26,208	4,930,335	1,760,623	21,557,668	7,698,243
2-3	203	16,785	5,994	16,282	5,814	3,401,445	1,214,656	3,299,554	1,178,271
3-4	109*0.01	16,785	5,994	16,282	5,814	18,319	6,542	17,770	6,346
4-5	109*0.01	16,785	5,994	16,282	5,814	18,319	6,542	17,770	6,346
5-6	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
6-7	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
7-8	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
8-9	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
9-10	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
10-11	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
11-12	109*0.01+6.8	16,785	5,994	5,614	2,005	132,023	47,145	44,161	15,770
12-13	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
13-14	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
14-15	109*0.01	16,785	5,994	5,614	2,005	18,319	6,542	6,128	2,188
SUM	1,256	251,773	89,908	251,773	89,908	21,078,239	7,527,039	79,267,033	28,306,258

หมายเหตุ: ในที่นี้แสดงเฉพาะปี 2560 เพื่อให้รายงานมีความกระชับ ปี 2558 และ 2559 ก็ใช้หลักการคำนวณเช่นเดียวกัน; i-a = ideal scenario, all children, i-b = ideal scenario, non-insured children, ii-a = realistic scenario, all children, ii-b = realistic scenario, non-insured children

วิธีการคำนวณงบประมาณวัคซีนทั้งประเทศได้แสดงในหัวข้อ ‘ระเบียบวิธีศึกษา’ ข้างต้น และได้จำแนกการคำนวณเป็น 4 กรณีย่อย คือ (i-a) ideal scenario, all children, (i-b) ideal scenario, non-insured children, (ii-a) realistic scenario, all children และ (ii-b) realistic scenario, non-insured children ในกรณี ideal scenario จำนวนเด็กต่างด้าวจะถูกจำแนกให้เท่ากันในทุกช่วงอายุ ส่วน realistic scenario จะมีการเทียบสัดส่วนตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ผลการศึกษาโดยละเอียดจากตัวอย่างปี 2560 แสดงในตารางที่ 9 และจากข้อมูลเฉลี่ย 3 ปี (2558-2560) ดังแสดงในภาพที่ 2

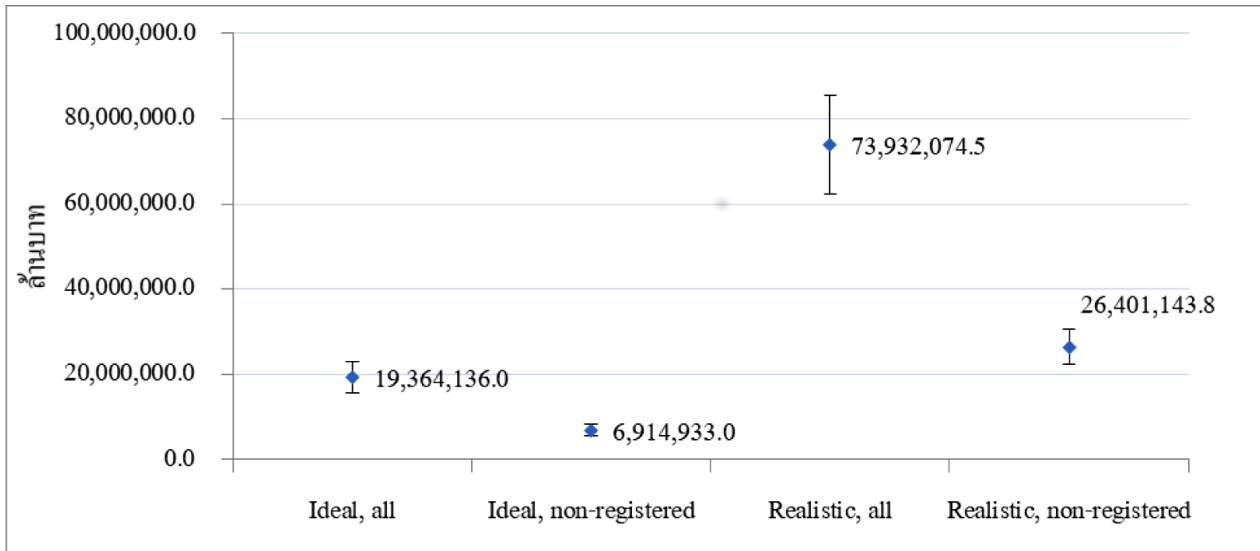
โดยสรุปพบว่า หากรัฐประสงค์จะลงทุนในการให้บริการวัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างด้าวทุกคน จะต้องใช้งบ

ประมาณ 21.1-79.2 ล้านบาท แต่หากจำกัดการลงทุนเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ จะต้องใช้งบประมาณ 7.5-28.3 ล้านบาทในปี 2560 และถ้าคำนวณงบประมาณโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังสามปี (ปี 2558-2560) จะต้องลงทุนทั้งสิ้น 19.4-73.9 ล้านบาทสำหรับการครอบคลุมเด็กต่างด้าวทั้งหมด หรือ 6.9-26.4 ล้านบาทสำหรับการครอบคลุมเฉพาะเด็กต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ

วิจารณ์

วิจารณ์ส่วนผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับบริการวัคซีนพื้นฐานเป็นอย่างมาก โดยให้



ภาพที่ 2 งบประมาณคาดการณ์สำหรับการให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็กต่างด้าว (ปี 2558-2560)

หมายเหตุ: เส้นในแนวตั้ง คือ 95% confidence interval

แก่ทั้งผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ โดยผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (มีเพียงบางแห่งที่เก็บค่าใช้จ่าย 30-50 บาท เป็นค่าธรรมเนียม) โดยอาศัยวัคซีนส่วนเหลือที่จัดสรรสำหรับเด็กไทยอยู่แล้ว การดำเนินงานเช่นนี้ในระดับพื้นที่แม้ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ในมุมหนึ่งก็นับเป็นการปรับตัวของสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีเรื่องการดำเนินนโยบายว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จะมีการปรับเปลี่ยนนโยบาย (หรือปรับตัว) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในชีวิตประจำวันเสมอ ซึ่งการปรับตัวนั้นอาจเป็นไปในทางเดียวกันหรือเป็นไปในทิศทางอื่นจากนโยบายของส่วนกลางก็ได้ (street-level bureaucracy theory)⁽¹⁴⁾ สำหรับบริการอื่นๆ นอกเหนือจากการให้วัคซีนก็ผนวกรวมไปกับบริการปกติสำหรับเด็กไทย ส่วนในด้านของผู้รับบริการ ก็ให้ความสำคัญกับการรับวัคซีน และไม่ได้คิดว่า การซื้อบัตรจะเป็นเหตุผลของการได้สิทธิวัคซีน เหตุผลหลักๆ ของการซื้อบัตรประกันสุขภาพก็คือ เพื่อประโยชน์ของการรักษาพยาบาล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในตารางที่ 7 ที่ระบุว่า การมีหรือไม่มีบัตรประกันสุขภาพไม่ได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเข้ารับบริการวัคซีน

ข้ออธิบายอีกประการที่สำคัญในเรื่องอัตราการใช้บริการที่ค่อนข้างต่ำในบางพื้นที่ อาจเป็นเพราะการที่เด็กต่างด้าวส่วนหนึ่งกลับไปสู่ประเทศต้นทางเมื่อเริ่มพ้นวัยทารก และอาจกลับมาภายหลังเมื่อเข้าสู่วัยแรงงาน มีเพียงจังหวัด A ซึ่งมีการใช้บริการที่ค่อนข้างสูง จากการสนทนากลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ของจังหวัด A ให้เหตุผลว่า เป็นเพราะจังหวัด A มีการดำเนินนโยบายให้วัคซีนเด็กต่างด้าวทุกคน (ไม่ว่าสิทธิใด) มาอย่างยาวนานหลายปี จนคนต่างด้าวส่วนใหญ่ ‘รู้’ ในสิทธิดังกล่าว จึงมาใช้บริการค่อนข้างมาก และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด A ก็มีมาตรการกระตุ้นให้มีการบันทึกข้อมูลอย่างเข้มข้น

ประเด็นข้อค้นพบเชิงคุณภาพ เมื่อเชื่อมโยงกับราคาคำนวณงบประมาณในเรื่องการให้วัคซีนพื้นฐาน (รวมใช้หัวดีใหญ่) ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น ด้วยโจทย์ที่ว่า หากจะมีการลงทุนโดยภาครัฐเพื่อการให้วัคซีนสำหรับเด็กต่างด้าว เพิ่มเติมจากวัคซีนที่ซื้ออยู่แล้วสำหรับเด็กไทย ภาครัฐพึงลงทุนเท่าไร ผลการศึกษาพบว่า ภาครัฐพึงลงทุนประมาณ 6.9 ถึง 73.9 ล้านบาท ขึ้นกับสมมติฐาน เช่น หากต้องการลงทุนเพิ่มเติมเฉพาะเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพ และเชื่อว่าเด็กทุกช่วงอายุมีการกระจายตัวเท่ากัน ก็พึงลงทุน

ประมาณ 6.9 ล้านบาท สมมติฐานที่เป็นไปได้มากกว่าคือ เด็กแต่ละช่วงอายุมีการกระจายตัวไม่เท่ากัน นั่นคือ มีการกระจายตัวหนาแน่นในช่วง 0-2 ปี ถ้าเป็นกรณีเช่นนี้อาจต้องมีการลงทุนมากขึ้น (เพราะวัคซีนส่วนใหญ่ให้ในช่วงอายุ 0-2 ปี) คือระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท

งบประมาณส่วนนี้ หากพิจารณาในเชิงนโยบาย ก็นับว่ามีความสำคัญ เพราะงบประมาณจำนวนนี้ไม่มากนัก แต่มีประโยชน์มาก กล่าวคือ 1) เป็นการลงทุนเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของทั้งประเทศ ซึ่งวัคซีนถือว่าเป็นการลงทุนที่มีผลในทางบวกเหนือระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากก่อให้เกิดประโยชน์ในสังคม รวมถึงผู้ที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนด้วย (positive externalities)⁽¹⁵⁾ และ 2) เป็นการดำเนินการสอดคล้องตามแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561)⁽¹⁾ และเป็นการเสริมภาพลักษณ์ให้แก่ประเทศไทย ว่าเป็นประเทศที่เป็นแกนนำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีสุขภาพโลก⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ หากกำหนดให้นโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (รวมถึงการให้วัคซีน) สำหรับเด็กต่างด้าวเป็นนโยบายกลางของรัฐ อาจส่งผลต่อการจัดการงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว เช่น อาจต้องมีการคำนวณราคาบัตรประกันสุขภาพใหม่ เพราะงบในส่วนวัคซีนใช้งบประมาณกลางของรัฐแล้ว รวมถึงอาจต้องมีระบบระเบียบที่ชัดเจนมากขึ้นว่าบส่วนนี้สามารถใช้ในกิจกรรมใดได้บ้าง เช่น ใช้ในกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค แต่ไม่รวมเรื่องครุภัณฑ์ ทั้งนี้ การให้บริการวัคซีนควรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐพึงจัดให้ทุกคนเพราะเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมมิใช่ประโยชน์ส่วนบุคคลและสร้างความเท่าเทียมภายใต้หลักสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตามพึงมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต ในประเด็นท้าทายบางอย่าง เช่น ระบบการให้บริการจะผนวกรวมกับการให้บริการวัคซีนของเด็กไทยหรือไม่ ซึ่งมีประเด็นที่ต้องพิจารณา คือ การจัดซื้อและการบริหารจัดการวัคซีน ในทางปฏิบัติจะอย่างไร ใครจะเป็นผู้ลงทุน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. (หรือหน่วยงานอื่นๆ) แต่ละหน่วยงานมีข้อจำกัดอย่างไร หรือ

อาจมีวิธีการบริหารจัดการอื่นๆ เช่น ใช้ระบบการจัดซื้อของ สปสช. กับองค์การเภสัชกรรมตามปกติ แต่กระทรวงสาธารณสุขร่วมลงทุน โดยมีการกระจายวัคซีนภายใต้ระบบ VMI และในระดับพื้นที่ หน่วยงานที่ให้บริการวัคซีน อาจต้องมีการปรับตัวในด้านการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงการมีสิทธิประกันสุขภาพของเด็กต่างด้าว นอกจากนี้ การกำหนดให้มีนโยบายที่ชัดเจนในการจัดสรรวัคซีนแก่เด็กต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพอาจเป็นแรงดึงดูดทางอ้อมให้คนต่างด้าวเข้าเมืองไทยมากขึ้นด้วยวิธีการที่ผิดกฎหมาย โดยมุ่งหวังให้บุตรของตนได้รับสิทธิประโยชน์ในส่วนนี้ รวมถึงทำให้คนต่างด้าวบางส่วนไม่เห็นประโยชน์เพิ่มเติมของการต้องมีบัตรประกันสุขภาพ

วิจารณ์ส่วนระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น 1) การคำนวณต้นทุนข้างต้น ยังจำกัดเฉพาะต้นทุนส่วนที่เป็นค่าวัสดุ ยังไม่ได้รวมส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น ต้นทุนค่าแรงหรือต้นทุนการบริหารจัดการ 2) การคำนวณต้องอาศัยสมมติฐานหลายประการ บางสมมติฐานอ้างอิงตัวเลขจากงานวิจัยเก่าที่ทำมานานมาแล้ว (ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดที่ผู้วิจัยเข้าถึงได้) ดังนั้นหากจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อผลักดันเชิงนโยบาย พึงมีกระบวนการให้ทุกฝ่ายตกลงและยอมรับในสมมติฐานก่อน การศึกษาในอนาคตจึงควรมีตัวเลขอ้างอิงที่ทันสมัยกว่านี้ และรวมต้นทุนในส่วนอื่นๆ ให้ครบถ้วน 3) ในการศึกษาเชิงคุณภาพมีผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่มากและไม่ได้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การสังเกต ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สถานะของผู้สัมภาษณ์ว่าทำงานในส่วนกลาง จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงทัศนคติให้ตรงกับความคาดหวังของผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จึงเสี่ยงต่ออคติ (แม้ว่าผู้วิจัยได้พยายามตรวจสอบจากเอกสาร และมีกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบสามเส้าแล้ว แต่ก็ไม่อาจยืนยันได้ว่า ข้อมูลที่ได้ปราศจากอคติ) 4) การศึกษาดำเนินการในพื้นที่เพียง 4 จังหวัด และบางจังหวัดก็ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้มีข้อจำกัดในการให้ข้อสรุปผลการศึกษานี้เป็นตัวแทน



ของสถานการณ์การดูแลเด็กต่างด้าวทั้งหมดในประเทศไทย การศึกษาในอนาคตจึงควรมีพื้นที่ที่เข้าร่วมการศึกษามากขึ้น และมีการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ และ 5) ปัจจัยเรื่องการเข้าถึงบริการของคนต่างด้าวมีมากมาย ไม่เพียงเฉพาะการ ‘มี’ หรือ ‘ไม่มี’ นโยบายส่งเสริมการเข้าถึงการรับบริการ ปัจจัยเหล่านั้น เช่น เศรษฐกิจ (เช่น คนต่างด้าวอาจมีปัญหาทางเศรษฐกิจฐานะ ทำให้เข้าไม่ถึงการประกันสุขภาพ) ทักษะคิดและความเชื่อ (เช่น คนต่างด้าวบางส่วนอาจเชื่อว่าเด็กที่โตแล้วไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนก็ได้) และสถานะแวดล้อม (เช่น คนต่างด้าวบางคนอยู่กับนายจ้างที่ไม่สนับสนุนการประกันสุขภาพ) การจะศึกษาปัจจัยเหล่านี้ให้ครบถ้วน ต้องอาศัยกระบวนการเก็บข้อมูลที่ต่างออกไป นอกเหนือไปจากรายงานฉบับนี้ เช่น การสัมภาษณ์ครัวเรือน หรือการสังเกต ซึ่งนับเป็นประเด็นสำคัญที่ควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพราะความรู้ที่ได้จากมุมมองของคนต่างด้าวเมื่อประกอบกับข้อค้นพบในการศึกษานี้ จะทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความคมชัดมากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษานี้ได้สรุปข้อค้นพบเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นสิทธิพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ ไม่ว่าจะได้รับการประกันตนหรือไม่ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงินและเงื่อนไขทางสัญชาติ
2. เพื่อให้ข้อเสนอในข้อ 1. มีความชัดเจนมากขึ้น พึงมีระบบสนับสนุนหน่วยบริการอย่างเพียงพอหรือเหมาะสม ทั้งในด้านการเงินการคลังและด้านบุคลากร ในการให้บริการเด็กต่างด้าวเหล่านั้น โดยไม่เป็นภาระกับสถานพยาบาลและกับผู้ป่วย
3. ในระยะสั้นพึงมุ่งเน้นที่บริการบางส่วนที่ชัดเจนที่สุดคือ เรื่องการให้วัคซีนพื้นฐาน โดยตัดออกมาจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการในพื้นที่ที่ได้ให้กับเด็ก

ต่างด้าวทุกคนอยู่แล้ว โดยใช้วัคซีนส่วนเหลือที่ซื้อให้สำหรับเด็กไทย แต่ถ้าหากเด็กต่างด้าวมีปริมาณมากขึ้น ก็อาจไม่เพียงพอ ดังนั้น ภาครัฐจึงควรพิจารณาลงทุนในเรื่องวัคซีนเพิ่มเติม แยกออกจากวัคซีนของเด็กไทย จากการคำนวณพบว่างบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มเติมมีมูลค่าระหว่าง 26.4-73.9 ล้านบาท ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเปิดกว้างของนโยบายว่าจะครอบคลุมทุกคน หรือครอบคลุมเพิ่มเติมเฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ ซึ่งถ้าหากเป็นอย่างหลัง ก็อาจลงทุนไม่มากนัก คือประมาณ 6.9-26.4 ล้านบาท

4. เมื่อนโยบายส่วนกลางมีความชัดเจนแล้ว หน่วยบริการควรปรับรูปแบบการให้บริการโดยผนวกรวมเข้ากับการบริการแก่เด็กไทย แต่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม เช่น อาจมีการจ้างล่ามคนต่างด้าวเพื่อกระตุ้นและแรงจูงใจให้คนต่างด้าวตระหนักถึงสิทธิของบุตรหลานตน ซึ่งจะช่วยให้อัตราการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สำหรับการย้ายถิ่นฐานที่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามการให้บริการ หน่วยบริการควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดและเชื่อมโยงระบบข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้านที่ประชากรมีการเคลื่อนย้ายกลับไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และเจ้าหน้าที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศทุกท่าน ที่ช่วยประสานงานการวิจัยและให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ต่อคณะผู้วิจัยเสมอมา

References

1. Rights and Liberties Protection Department. Thailand's 3rd national human rights plan 2014-2018. Bangkok: Ministry of Justice; 2013. (in Thai)
2. National Health Security Office. NHSO annual report 2013 [Internet]. 2014 [cited 13 November 2015]. Available from: <http://www.nhso.go.th/eng/Files/content/255804/7beb65df-fd3e-4871-b7af-9781896ee255-130740737044951250.pdf>.

3. Bureau of Policy and Strategy. Border health plan (2012–2016). Nonthaburi: Ministry of Public Health of Thailand; 2012.
4. Migrant Health and Border Health Committee. Proceeding of the 4th Migrant Health and Border Health Committee Meeting 2014 November 5. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
5. Mekthon S. Policy and operational plan on health screening and health insurance for general migrant, maternal and child health. Proceedings of the Measurement and Operational Plan on Migrant Health Screening and Health Insurance Conference; 2013 July 9–10 at Best Western Plus Grand Howard. Bangkok 2013. (in Thai)
6. Health Insurance Group. Number of insured migrants by facilities as of August 2015 [Internet]. 2016 [cited 30 July 2017]. Available from: <http://fwf.cfo.in.th/Portals/0/2558/%E0%B8%97%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%9A%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99/fwf25580625.pdf>.
7. Department of Disease Control. EPI schedule for fiscal year 2560 B.E. [Internet]. 2017 [cited 14 June 2017]. Available from: <http://thaigcd.ddc.moph.go.th/mediapublics/download/349>.
8. Vapattanawong P. Foreigners in Thailand [Internet]. 2015 [cited 14 July 2017]. Available from: <http://www.ms.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceXI/Download/Book/447-IP-SR-Conference-A12-fulltext.pdf>.
9. Kantayaporn T, Sinhkul N, Ditthawongsa N, Chinworasopark P, Silwutthaya S, Phanathanasarn K. Estimation of transnational population for developing maternal and child health in Bangkok. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2013.
10. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand (as of September 2016) [Internet]. 2016 [cited 10 July 2017]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/9543df52b3c6627a674841501f323738.pdf.
11. Office of Foreign Workers Administration. Statistics of migrants with work permit in Thailand in 2014 [Internet]. 2015 [cited 10 July 2017]. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/14050/17885.pdf.
12. Ministry of Public Health. Ministerial announcement on health screening and insuring migrants in Thailand as of 30 March 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015.
13. National Health Security Office. Unit cost of vaccines in Thailand [unpublished data]. Nonthaburi: NHSO; 2017.
14. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
15. Chen F, Toxvaerd F. The economics of vaccination. *J Theor Biol.* 2014;363:105–117. doi:10.1016/j.jtbi.2014.08.003.
16. United Nations. The Future We Want: Outcome document of the United Nations Conference on Sustainable Development [Internet]. 2012 [cited 27 March 2016]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/733FutureWeWant.pdf>.