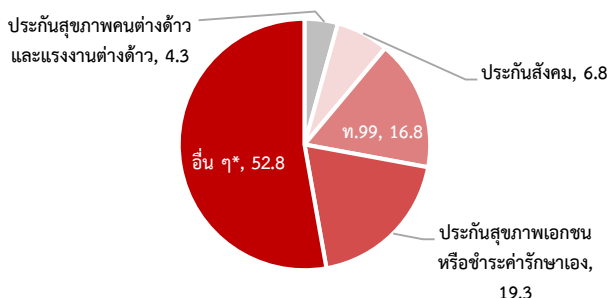


คนต่างด้าวกับระบบสาธารณสุขชายแดน

การเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขของคนต่างด้าวในไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน ซึ่งต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าวคิดเป็นมูลค่าสูง จึงเป็นประเด็นที่สร้างความกังวลต่อสังคมและกระทบต่อการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลชายแดน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าว มีความจำเป็นในฐานะด่านหน้าป้องกันโรคระบาดที่จะเข้าสู่ประเทศและการยึดหลักปฏิบัติตามหลักสิทธิมนุษยชน ดังนั้น จึงมีประเด็นที่ต้องให้ดำเนินการเพื่อให้สาธารณสุขชายแดนมีความมั่นคงมากขึ้น

ระบบสาธารณสุขของไทย เป็นระบบที่มีศักยภาพในการรักษาและการให้บริการที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านชายแดน ทั้งเมียนมา ลาว และกัมพูชา ส่งผลให้ประชากรจากทั้ง 3 ประเทศดังกล่าว เข้ามาใช้บริการการรักษาในไทยเป็นจำนวนมาก โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีคนต่างด้าวเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนทั้งสิ้น 8.7 แสนครั้ง โดยร้อยละ 19.3 เป็นคนต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพเอกชนหรือชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ร้อยละ 16.8 เป็นคนต่างด้าวที่ใช้สิทธิผ่านกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิหรือบุคคลไร้รัฐ (ท.99) ร้อยละ 6.8 เป็นคนต่างด้าวที่ใช้สิทธิผ่านกองทุนประกันสังคม และมีเพียงร้อยละ 4.3 ที่ใช้สิทธิผ่านกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ขณะที่คนต่างด้าวส่วนใหญ่หรือร้อยละ 52.8 เป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาใช้บริการที่สามารถชำระค่ารักษาได้บางส่วนหรือไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ และคนต่างด้าวที่ไม่ระบุสิทธิ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าว²⁵ ในพื้นที่ชายแดนไทย พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีมูลค่าถึง 2,315 ล้านบาท²⁶ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ถึงร้อยละ 12.6 โดยกว่าร้อยละ 76.3 ของมูลค่าดังกล่าวมาจากพื้นที่ชายแดนไทย - เมียนมา เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนคนต่างด้าวเข้ามารับบริการมากที่สุด เมื่อเทียบกับชายแดนอื่น สถานการณ์ข้างต้น สร้างความกังวลกับคนไทยในหลายด้าน โดยเฉพาะความกังวลต่องบประมาณที่ต้องมาสนับสนุนบริการดังกล่าว สอดคล้องกับผลการสำรวจความเห็นต่อสิทธิแรงงานต่างชาติ กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนทุกสาขาอาชีพทั่วประเทศระหว่างวันที่ 10 – 12 ตุลาคม 2567 ของสำนักวิจัยซูเปอร์โพล ที่พบว่า คนไทยกว่าร้อยละ 93.9 มีความกังวลมากถึงมากที่สุดต่อการเสี่ยงงบประมาณของประเทศให้กับคนต่างด้าวในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ การศึกษา รัฐสวัสดิการ ฯลฯ

แผนภาพ 19 สัดส่วนการเข้ารับบริการของคนต่างด้าวในพื้นที่จังหวัดชายแดน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ร้อยละ)



หมายเหตุ : *อื่น ๆ ประกอบด้วย คนต่างด้าวที่สามารถชำระค่ารักษาได้บางส่วนหรือไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ และคนต่างด้าวที่ไม่ระบุสิทธิ

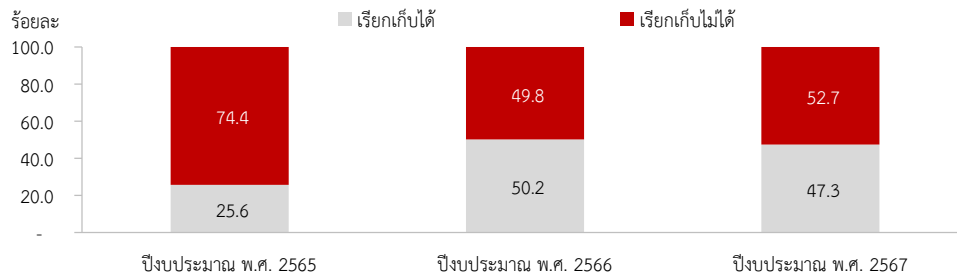
**ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

²⁵ ค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าว ครอบคลุมทั้งคนที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิการรักษา โดยกรณีของคนมีสิทธิการรักษา เกิดขึ้นจากการที่โรงพยาบาลให้การรักษานอกเหนือจากเกณฑ์การจ่ายที่กองทุนต่าง ๆ กำหนด ซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถจ่ายส่วนต่างได้ ส่วนคนต่างด้าวที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชน แต่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ เกิดจากความคุ้มครองของประกันไม่ครอบคลุมหรือเกินวงเงิน ซึ่งผู้มีประกันไม่สามารถชำระเงินส่วนต่างได้

²⁶ เป็นข้อมูลที่ปรับจากหนังสือ สธ. 0210.05/4756 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 ที่ส่งมาครั้งแรก เป็นข้อมูลชุดใหม่ที่ส่งมาอีกครั้งตามหนังสือ สธ. 0210.05/6021 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568

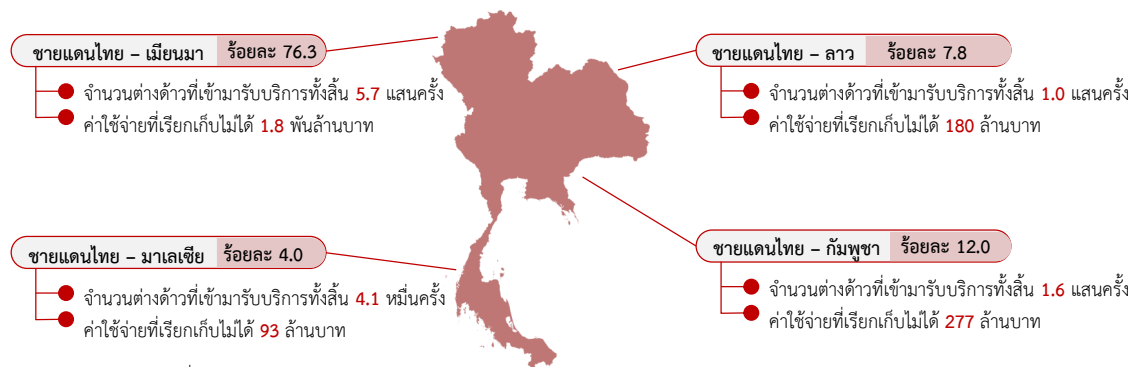
แผนภาพ 20 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนต่างด้าวในพื้นที่จังหวัดชายแดน จำแนกตามการเรียกเก็บ



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพ 21 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรต่างด้าวที่เรียกเก็บไม่ได้รายชายแดนต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้ของชายแดนทั้งหมด จำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2567



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

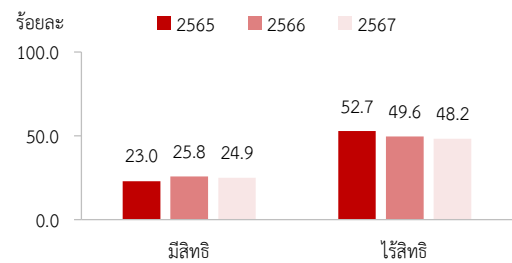
อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยบริการสาธารณสุขของจังหวัดตาก โรงพยาบาลอุ้มผาง และโรงพยาบาลท่าสองยาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอาณาเขตติดกับชายแดนประเทศเมียนมาที่กำลังเผชิญกับการเข้ามาใช้บริการจากคนต่างด้าวเป็นจำนวนมาก โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าวอยู่ที่ 27.2 ล้านบาท หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.7 ต่อค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลทั้งหมดของคนต่างด้าวของจังหวัดตากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบข้อเท็จจริงที่เชื่อมโยงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1) ชายแดนประเทศเมียนมาตรงข้ามกับจังหวัดตากขาดแคลนสถานพยาบาล รวมทั้งการให้บริการที่มีข้อจำกัดและยังขาดประสิทธิภาพ ทำให้คนต่างด้าวจำเป็นต้องข้ามแดนเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยกรณีของอำเภอท่าสองยาง และอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีพื้นที่ติดกับรัฐกะเหรี่ยงของประเทศเมียนมา ซึ่งไม่มีสถานพยาบาลแพทย์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย อีกทั้งคนต่างด้าวที่ข้ามแดนมาทำการรักษาส่วนใหญ่มีอาการป่วยหนัก และมีฐานะยากจน ทำให้ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ 2) คนต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิในการรักษาและมารับบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ในความเป็นจริงบางกลุ่มเป็นคนที่เกิดในประเทศไทย ซึ่งควรจะได้รับสิทธิ ท.99 อาทิ กรณีของจังหวัดตาก ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ปี 2568 พบว่ามีประชากรรวมประมาณ 9.7 แสนคน ซึ่งเกือบครึ่งหรือร้อยละ 43.2 เป็นคนต่างด้าว อย่างไรก็ตาม กว่า 2 ใน 5 ของประชากรต่างด้าวเป็นคนต่างด้าวที่ไม่ได้อยู่ในระบบทะเบียน ซึ่งบางส่วนอาจมีภูมิลำเนาอยู่ในไทยมาตั้งแต่แรกแต่ยังไม่ถึงสิทธิ ท.99²⁷ และ 3) โรงพยาบาลชายแดนไทยต้องเป็นด่านหน้าในการรับมือและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคติดต่อร้ายแรงไม่ให้ระบาดในประเทศไทย ซึ่งหลายกรณีแพทย์ตามโรงพยาบาลชายแดนจำเป็นต้องไปตรวจรักษาและให้บริการในประเทศเพื่อนบ้าน อาทิ การข้ามแดนไปรักษาอหิวาตกโรคในฝั่งเมียนมา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรค รวมทั้ง ต้องรักษาการเจ็บป่วยให้กับ

²⁷ ภาพรวมงบประมาณต่อหัวสำหรับผู้มีสิทธิ ท.99 ลดลงจาก 1,546 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็น 833 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คำนวณอัตราต่อหัวของผู้มีสิทธิ ท.99 คำนวณจากสัดส่วนของงบประมาณที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลได้รับการจัดสรร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อยู่ที่ร้อยละ 60 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 40

คนต่างด้าว เพื่อไม่ให้เกิดต้นทุนในการรักษาที่สูงขึ้นจากการเจ็บป่วยหนัก เช่น โรคโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยในกลุ่มคนต่างด้าวเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี 2564 - 2567 โดยในปี 2567 มีจำนวนถึง 474 ราย หรือมีสัดส่วนร้อยละ 54.4 มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยคนไทย ซึ่งหากมีการรักษาที่รวดเร็ว นอกจากจะป้องกันการแพร่ระบาดได้แล้ว ยังมีต้นทุนการรักษาที่ต่ำประมาณ 3,000 - 4,000 บาท แต่หากไม่ทำการรักษา จะเกิดภาวะดีดื้อยา ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นกว่า 200,000 บาท ในทำนองเดียวกัน โรคคอตีบ ซึ่งสามารถให้วัคซีนได้ตั้งแต่เด็กและมีต้นทุนวัคซีนต่ำกว่าการรักษาภายหลังการเป็นโรค

จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลชายแดนมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และภาระงานมากขึ้นจากจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอ โดยหากพิจารณากรณีของจังหวัดตาก จากดัชนีต้นทุนการรักษา (Summed Adjusted Relative Weight)²⁸ ซึ่งในทางสาธารณสุขใช้วัดระดับภาระงานและทรัพยากรที่โรงพยาบาลใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า ในปี 2567 คนต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในมีต้นทุนการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 33.1 ของผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งหมายถึง ประมาณ 1 ใน 3 ของต้นทุนรวม (ทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และเวลา) ที่ใช้ในการดูแลรักษาคนไข้ที่ต้องนอนโรงพยาบาลถูกใช้ไปกับผู้ป่วยที่เป็นคนต่างด้าว ขณะเดียวกันหากพิจารณาจำนวนวันนอนรวมยังพบอีกว่า เกือบครึ่งหรือร้อยละ 45.6 เป็นคนต่างด้าวไร้สิทธิ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ และมีสัดส่วนการครองเตียงสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มมีสิทธิการรักษาประมาณหนึ่งเท่าตัว ตลอดจน นอกจากนี้ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรของจังหวัดตากในปัจจุบันอยู่ที่ 1 : 2,864 คน ซึ่งได้รับการจัดสรรโดยพิจารณาเฉพาะจากจำนวนประชากรไทยเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากรวมประชากรต่างด้าวในพื้นที่เข้าไปด้วย อัตราส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นถึง 1 : 5,112 คน สูงกว่าอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมทั้งประเทศ²⁹ เกือบ 6 เท่าตัว ซึ่งการที่บุคลากรของโรงพยาบาลต้องทำงานหนักเกินไป อาจทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ขณะเดียวกัน ภาระทางการเงินของโรงพยาบาลชายแดนยังเพิ่มขึ้น อาทิ กรณีโรงพยาบาลชายแดน 5 แห่ง ที่มีอาณาเขตติดกับประเทศเมียนมา³⁰ มีค่าใช้จ่ายด้านสังคมสงเคราะห์³¹ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีมูลค่าอยู่ที่ 132.8 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่อยู่ที่ 101.9 ล้านบาท ถึงร้อยละ 30.4 ซึ่งเกือบครึ่งหรือร้อยละ 45.6 ของรายจ่ายดังกล่าวเป็นของโรงพยาบาลอุ้มผาง โดยมีมูลค่าอยู่ที่ 60.5 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึง 1.1 เท่า และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้ของโรงพยาบาลอุ้มผางติดลบสูงถึง 26.3 ล้านบาท นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีค่าใช้จ่ายบางรายการที่ไม่สามารถเบิกจ่ายจากงบประมาณได้ โดยเฉพาะงบประมาณที่ต้องใช้ไปในพื้นที่ชายแดนเมียนมา อาทิ การจัดตั้งศูนย์กักกันโรคในช่วง COVID-19 การลงพื้นที่สำรวจการระบาดของโรคไทรนและโรคเท้าช้างในหมู่บ้านฝั่งเมียนมา

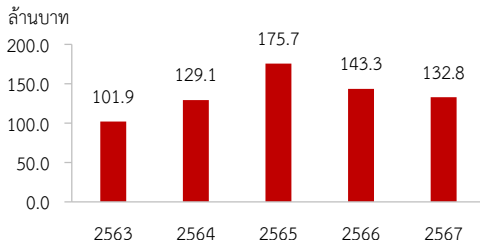
แผนภาพ 22 สัดส่วนคนต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยใน



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก

แผนภาพ 23 ค่าใช้จ่ายด้านสังคมสงเคราะห์

ของ 5 โรงพยาบาลชายแดน จังหวัดตาก



ที่มา : ข้อมูลค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์ บัญชีเกณฑ์คงค้าง

²⁸ Summed Adjusted Relative Weight หรือ Sum Adjust RW หมายถึง ผลรวมของต้นทุนการรักษา ที่พิจารณาจากระดับความหนักเบา ความซับซ้อน และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาโรค ซึ่งร้อยละของต้นทุนสูงขึ้นจะสะท้อนถึงระดับภาระงานของบุคลากรที่มากขึ้นตามไปด้วย

²⁹ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมทั้งประเทศอยู่ที่ 1 : 922 คน

³⁰ โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลท่าสองยาง โรงพยาบาลพบพระ และโรงพยาบาลอุ้มผาง

³¹ ค่าใช้จ่ายสังคมสงเคราะห์ คือ ค่าใช้จ่ายกรณีคนไข้ที่ไม่สิทธิใด ๆ และไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาล ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการและได้รับอนุมัติให้การสงเคราะห์แล้ว

เพื่อควบคุมโรคและลดการเดินทางของคนต่างด้าวที่ข้ามมารักษาในไทย ทำให้โรงพยาบาลชายแดนส่วนใหญ่จำเป็นต้องขอรับเงินบริจาคจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคมเพื่อใช้เป็นทุนในการดำเนินการดังกล่าว

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของโรงพยาบาลชายแดน โดยเฉพาะจังหวัดตาก แม้จะมีผลต่อภาระงบประมาณและบุคลากรของไทย แต่มีความจำเป็นในการป้องกันโรคระบาดต่าง ๆ ไม่ให้เข้ามายังประเทศไทย อีกทั้ง ยังเป็นการดำเนินการตามหลักเหตุผลทางมนุษยธรรมและสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ที่แพทย์จะไม่เลือกปฏิบัติต่อเชื้อชาติ ภาษา หรือศาสนาฯ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลชายแดนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำเป็นต้องพิจารณาประเด็น ดังต่อไปนี้

1. **การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง** ทั้งทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากเกณฑ์จัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่เป็นแบบ One size fit all ไม่ได้คำนึงถึงบริบทของความแตกต่างของแต่ละพื้นที่เท่าที่ควร ทำให้การกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่หรืองบประมาณของแต่ละโรงพยาบาลชายแดนถูกจัดสรรโดยอิงจากจำนวนประชากรไทยในพื้นที่ โดยไม่ได้นำประชากรต่างด้าวที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพมาประกอบการพิจารณา รวมถึงอุปสรรคในการทำงานของบุคลากร อาทิ ความยากลำบากในการเดินทางของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ ซึ่งมีความห่างไกลและทุรกันดาร ทำให้บุคลากรในพื้นที่ชายแดนมีภาระงานเกิน (Overload) จนบุคลากรบางส่วนขอย้ายไปปฏิบัติงานในพื้นที่อื่น หรือเกิดปัญหาบุคลากรรั่วไหล นอกจากนี้ อาจจัดสรรทุนการศึกษาในสาขาทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่นักเรียนในพื้นที่ เพื่อให้กลับมาเป็นทรัพยากรบุคคลประจำพื้นที่ รวมถึงการอบรมหลักสูตรการดูแลสาธารณสุขเบื้องต้นแก่คนในพื้นที่ เพื่อลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์

2. **การสร้างกลไกความร่วมมือในการยกระดับสาธารณสุขชายแดน** โดยปัจจุบันประเทศไทย มีแผนปฏิบัติการสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2565 – 2570 เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับสาธารณสุขชายแดน และความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมีแนวทางที่สำคัญ คือ การยกระดับสาธารณสุขในพื้นที่และการสร้างความร่วมมือระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้านในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการฝึกอบรม ฯลฯ ซึ่งต้องมีการเร่งรัดการดำเนินการตามเป้าประสงค์ของแผนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอาศัยกลไกภาคีเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศ อาทิ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์กร NGOs สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) เครือข่ายอาสาสมัคร และมูลนิธิต่าง ๆ ในพื้นที่ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการยกระดับสาธารณสุขชายแดนทั้งฝั่งในไทย และประเทศเพื่อนบ้านเพื่อให้ระบบสาธารณสุขระดับปฐมนุรักษ์แข็งแรงและสามารถพึ่งตัวเองได้

3. **การเร่งรัดการพิสูจน์สิทธิในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้ครบถ้วน** โดยกลุ่มที่สามารถใช้สิทธิ ท.99 มีอยู่ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่คณะกรรมการรับรองสถานะให้อาศัยอยู่ถาวรตามมติ ครม. ปี 2553 และกลุ่มที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราวเพื่อรอกระบวนการแก้ปัญหา หรือกลุ่มที่มีปัญหาการส่งกลับ ซึ่งบุตรหลานของทั้งสองกลุ่มจะได้รับสิทธิ ท.99 ไปด้วย ทำให้ปัจจุบันผู้มีสิทธิ ท.99 มีจำนวนเพิ่มขึ้น และภาครัฐต้องใช้จ่ายงบประมาณเกินกว่าที่งบประมาณตั้งไว้ทุกปี อย่างไรก็ตาม ยังมีคนตกหล่นที่เป็นคนไทยแต่ไร้สิทธิ รวมทั้งคนต่างด้าวที่แอบอ้างสิทธิ ซึ่งหากมีการพิสูจน์สิทธิให้ชัดเจน จะทำให้คนไทยได้รับสิทธิที่ควรได้ ทั้งนี้ การพิสูจน์สิทธิอาจใช้กลไกภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนช่วยในการประสานการดำเนินการ ดังเช่นในพื้นที่อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ สสส. ร่วมกับภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปดำเนินการในการพิสูจน์สิทธิกับคนในพื้นที่ ซึ่งสามารถลดระยะเวลาในการดำเนินการลงจาก 10 - 20 ปี เหลือเพียงไม่เกิน 12 เดือน