

ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติในประเทศไทย
(Health Equity as a Human Rights of the Hill Tribe Stateless in Thailand)

บุญมา สุนทราวิรัตน์

รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์

พฤษภาคม 2550

ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประกาศคุณูปการ

การศึกษานี้จะสำเร็จไปไม่ได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์ด้านวิชาการจากที่ปรึกษาโครงการวิจัย ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยยง ขามรัตน์ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, Dr. Samuel Umaweleneza และ ดร.สาโรจน์ เพชรมณี

ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) โดยอาจารย์ ดร.นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการ ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา ประธานกรรมการ รวมทั้งคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อชี้แนะ กำกับดูแลทางด้านวิชาการ การประสานงาน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย ซึ่งส่งผลให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดย นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข คณะกรรมการที่ปรึกษาและควบคุมคุณภาพวิชาการ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล รองศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตตรา สายสุนทร รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล และดร.อารี จำปากลาง ที่กรุณาชี้แนะแนวทางในการอภิปรายผลการศึกษา นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทุกท่านที่กรุณาประสานงานการเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลเพื่อให้การดำเนินวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเกิดประโยชน์และมีส่วนในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆในประเทศไทยต่อไป

บุญมา สุนทรวีรัตน์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา ด้วยวิธีผสมผสานทั้งปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเปรียบเทียบระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มชน 3 กลุ่ม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 789 คน ใน 10 จังหวัดภาคเหนือ ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ วิเคราะห์ความแปรปรวน ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการของ Tukey วิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วย Z-score เติมส่วนขาดด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม แล้วเสนอข้อมูลแก่ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาฉันทามติร่วมในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 7 กลุ่ม ($P\text{-Value} < .001$) โดยประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ($P\text{-Value} = .170$) กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ($P\text{-Value} = .227$) มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าค่าความเป็นธรรมทางสุขภาพของคนไทยพื้นราบมีค่าที่สูงสุด ($Z = .3293$) รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย ($Z = .0516$) และชาวเขาไร้สัญชาติ ($Z = -.3885$) ตามลำดับ แนวทางการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เสนอให้มีระบบฐานข้อมูลกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ, การจัดสรรงบประมาณรายหัวกลุ่มไร้สัญชาติ, คุณภาพมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุข และการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: ความเป็นธรรมทางสุขภาพ, สิทธิมนุษยชน, ชาวเขาไร้สัญชาติ

ABSTRACT

Research was conducted to compare health equity levels between three groups. These groups were compared using the benchmark of fairness. The multistage cluster sampling methods were used. The sample size for quantitative study included 789 subjects on 10 provinces in the north of Thailand and was strengthened by a qualitative component in the form of in-depth interviews. Data analysis utilized ANOVA and Post-hoc Tukey means. The counters for health equity were analyzed by Z-scores.

Results revealed a significance difference on 7 of the 9 factors (all at $p < .001$). Comparative measurements on Efficiency and Quality of Care ($p = .170$) as well as Administrative efficiency ($p = .227$) were not significant. With regards to Z score analysis Thai National Citizens were the highest scored ($Z = .3293$), Hill tribe Thai national citizens were average scored ($Z = .0516$) and Hill tribe stateless were the lowest scored ($Z = -.3885$). The means to reduce the gap between groups from the expertise aimed 1) The Hill tribe stateless data base. 2) The health needs budgetary for The Hill tribe stateless. 3) The only one standard in all health care units. 4) The decentralization to local government for provides health services.

Keyword: Health Equity, Human Rights, Hill Tribe Stateless

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของงานวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
หน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	13
ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม.....	14
ความเป็นธรรม ความเท่าเทียมทางสุขภาพ.....	18
สิทธิ กับ สิทธิมนุษยชน.....	37
ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย.....	49
การวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR.....	59
แนวคิดการจัดทำนโยบายสาธารณะ.....	65
คำถามการวิจัย.....	70
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	71
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	72
แบบการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือวิจัย.....	75
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 (Phase I Results).....	88
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	89
ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 กลุ่มตัวชี้วัด.....	113
ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	115
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 2 (Phase II Results).....	121
ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม.....	121
5 บทสรุป.....	144
สรุปผลการวิจัย.....	144
ระยะที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ.....	144
ข้อมูลทั่วไป.....	144
ผลการศึกษาระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบ.....	145
ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต.....	145
ระยะที่ 2 สรุปแนวทางการดำเนินงานจากความคิดเห็นหลายฝ่ายในการ	
ลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ.....	146
อภิปรายผล.....	152
กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	152
การประเมินสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบ.....	152
เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ.....	154
การศึกษาเพื่อหาแนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ	156
ข้อค้นพบ สิ่งที่ได้เรียนรู้.....	159
ข้อเสนอแนะ.....	162
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	162
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ.....	163

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	166
ภาคผนวก	172
ประวัติผู้วิจัย.....	185

สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

1 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขรายภาค พ.ศ. 2542.....	26
2 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรแยกตามภูมิภาคต่างๆ.....	27
3 ช่วงของความคลาดเคลื่อนและขนาดความคลาดเคลื่อนที่ลดลง.....	65
4 เปรียบเทียบกระแสการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ.....	69
5 กลุ่มอายุ.....	89
6 เพศ.....	90
7 สถานภาพสมรส.....	90
8 อาชีพหลักจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	91
9 ระดับการศึกษาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	92
10 รายได้ต่อปีจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	93
11 หลักประกันสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	94
12 ประวัติด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง.....	95
13 ผลการวิเคราะห์การรับบริการสุขภาพกับการจ่ายเงิน.....	96
14 ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการเฉลี่ยต่อคน.....	97
15 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ของชน 3 กลุ่ม แยกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ.....	97
16 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้าย.....	98
17 วิธีการในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ.....	99
18 เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ.....	99
19 สถานบริการภาครัฐที่เลือกไปใช้บริการครั้งสุดท้าย.....	100
20 อายุญาติพี่น้องคนหลังสุดที่เสียชีวิตเฉลี่ย.....	101
21 สาเหตุการเสียชีวิตของญาติพี่น้องคนหลังสุดที่เสียชีวิต.....	102
22 สาเหตุที่ส่งผลให้ไปหรือไม่ไปรับบริการสุขภาพ.....	103
23 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	104
24 วิเคราะห์สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยค่า Z-score.....	104
25 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม.....	105

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
26 วิเคราะห์อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมด้วยค่า Z-score....	105
27 ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ.....	106
28 วิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ด้วยค่า Z-score.....	106
29 ความครอบคลุม/ความเท่าเทียมในการใช้บริการ.....	107
30 วิเคราะห์ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการด้วยค่า Z-score...	107
31 ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน.....	108
32 วิเคราะห์ความเท่าเทียมในการจ่ายเงินด้วยค่า Z-score.....	108
33 ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ.....	109
34 วิเคราะห์ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการด้วยค่า Z-score.....	109
35 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ.....	110
36 วิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้วยค่า Z-score.....	110
37 การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	111
38 วิเคราะห์การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยค่า Z-score.....	111
39 ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ.....	112
40 วิเคราะห์ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการด้วยค่า Z-score.....	112
41 วิเคราะห์ความแตกต่างความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยเครื่องมือ วัดความเป็นธรรม (The Benchmark of Fairness) ด้วยสถิติ ANOVA....	113
42 วิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรม(The Benchmark of Fairness) โดยใช้สถิติ Z-score	114
43 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	122
44 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ.....	124
45 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน.....	125
46 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ.....	127
47 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน.....	128
48 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ.....	129

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
49 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ.....	130
50 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาการตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	131
51 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ.....	132
52 การประเมินของผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย	140
53 ชาวเขาเผ่าต่างๆในประเทศไทย แยกตามเผ่าพันธุ์.....	172
54 ชาวเขาเผ่าต่างๆ ในประเทศไทย แยกตามจังหวัดที่อาศัยอยู่.....	173

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุคาดเฉลี่ยและระดับรายได้ประชากรในสหรัฐอเมริกา.....	32
2 ความแตกต่างในการรับวัคซีนของกลุ่มที่มีฐานะแตกต่างกันในประเทศกำลังพัฒนา.....	35
3 Stream Windows Model.....	67
4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	71
5 ขั้นตอนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง.....	80
6 ขั้นตอนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง.....	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา (Rationale for the Study)

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) เป็นสิทธิที่ติดตัวคนมาตั้งแต่เกิด หากขาดสิทธินี้แล้ว เราจะดำรงชีวิตอยู่ไม่ได้ เนื่องจากเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เป็นสิทธิการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรี สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง ให้มีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงปลอดภัย และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานให้คนเรามีเสรีภาพที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง คุณภาพของความเป็นคน ตอบสนองความต้องการของชีวิต ทางกายจิตวิญญาณและอื่นๆ (บวรเจดิส สังคะเนติ, 2547, หน้า 62-63) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเป็นธรรม ที่เป็นหลักศีลธรรมที่คนต้องยอมรับและเคารพในการปฏิบัติต่อผู้อื่นโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าชายหรือหญิง เด็กหรือคนชรา คนรวยหรือคนจน เชื้อชาติหรือศาสนา ภาษาหรือเผ่าพันธุ์อุดมการณ์หรือสีผิว สิทธิมนุษยชน มีความเป็นมาที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับหลักพิจารณาสิทธิมนุษยชน เช่น กลุ่มคลาสสิกเยอรมัน แบ่งสิทธิเป็นประเภท Status Negativus หรือกลุ่มของสิทธิและเสรีภาพที่ปราศจากการแทรกแซงของรัฐ การใช้สิทธิและเสรีภาพส่วนนี้ปัจเจกชนสามารถดำเนินการได้เอง โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องเข้ามาแทรกแซงใดๆ สิทธิและเสรีภาพส่วนนี้เป็นส่วนที่ปฏิเสธอำนาจรัฐ และสิทธิประเภท Status Positivus ที่สิทธินั้นจะบรรลุเป้าหมายไม่ได้หากปราศจากการเข้ามาดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของรัฐ หรืออาจเรียกอีกอย่างว่า “สิทธิเรียกร้อง”(บวรเจดิส สังคะเนติ, 2547, หน้า 62-63) แต่หากพิจารณาจากผู้ทรงสิทธิโดยใช้เกณฑ์พิจารณาจากผู้ซึ่งได้รับสิทธิตามรัฐธรรมนูญ หรือบุคคลซึ่งรัฐธรรมนูญมุ่งที่จะให้ความคุ้มครอง อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิของทุกคน (Menschenrechte or Jedermannrechte, ภาษาเยอรมัน) สิทธิประเภทนี้ ได้แก่ สิทธิที่รัฐธรรมนูญมุ่งที่จะให้ความคุ้มครองแก่ทุกคน โดยไม่แบ่งแยกว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนของชาติใด เชื้อชาติใด หรือศาสนาใด หากบุคคลนั้นเข้ามาอยู่ในขอบเขตอำนาจรัฐที่ใช้รัฐธรรมนูญของประเทศนั้น บุคคลนั้นจะได้รับความคุ้มครองภายใต้รัฐธรรมนูญนั้นๆ ด้วย สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิเสรีภาพตามธรรมชาติที่เป็นของมนุษย์ในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ และด้วยเหตุผลเพียงอย่างเดียวคือ “เขาเกิดมาเป็นมนุษย์” ดังนั้นมนุษย์ทุกคน ที่เกิดมามีสิทธินี้ก่อนแล้ว ก่อนที่จะมีการกำหนดคำว่า “รัฐ” เกิดขึ้น สิทธิเหล่านี้ได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกาย สิทธิในการนับถือศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาล และสิทธิในการศึกษา กับสิทธิพลเมือง (Buergerrechte, ภาษาเยอรมัน) สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้เพื่อมุ่งสำหรับคุ้มครองบุคคลที่เป็นพลเมืองของรัฐเท่านั้น

การพิจารณาสิทธิมนุษยชน จะมี “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” แทรกเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 โยที่ บทบัญญัติมาตรา 4 ระบุว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับการคุ้มครอง” และมาตราที่ 28 ระบุว่า “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของตนได้ เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น และไม่ปฏิบัติต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน” ในหลายกรณีที่มีการกล่าวอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อเรียกร้อง สิทธิ เสรีภาพ รวมทั้งกรณีการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน หากกล่าวโดยสรุปโดยอ้างอิงนักกฎหมายชาวเยอรมัน รวมทั้งศาลรัฐธรรมนูญสหพันธ์รัฐเยอรมัน สรุปได้ว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะอันสืบเนื่องมาจากการเป็นมนุษย์ และเป็นคุณค่าที่ผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์เท่านั้น โดยไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นใดทั้งสิ้น เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ฯลฯ คุณค่าของมนุษย์ดังกล่าวนี้มีความมุ่งหมายเพื่อให้มนุษย์มีความเป็นอิสระในการที่จะพัฒนาบุคลิกภาพส่วนบุคคลนั้นๆ ภายใต้ความรับผิดชอบของตนเอง โดยถือว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นคุณค่าที่มีอาจล่วงละเมิดได้” (สมยศ เชื้อไทย, 2549, หน้า 29)

การละเมิดสิทธิมนุษยชนทุกระดับ นำมาซึ่งความขัดแย้ง และสร้างเงื่อนไขให้เกิดความไม่สงบสุข เกิดการต่อสู้และความรุนแรง ช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงได้เกิดปณิญาสาธก ว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Declaration of Human Rights) ที่นานาประเทศทั่วโลกได้ร่วมลงนามเมื่อปี 1949 รวมทั้งข้อตกลงอื่นๆ และองค์ระหว่างประเทศอย่างองค์การสหประชาชาติ เพื่อเป็นเวทีและกลไกในการสร้างความร่วมมือและสันติภาพ ซึ่งจะเกิดได้ถ้าหากทุกฝ่ายเคารพในสิทธิมนุษยชน หนึ่งในสิทธิมนุษยชนที่คนส่วนใหญ่มักจะมองข้ามคือสิทธิในสุขภาพร่างกายของตนเอง ในการที่จะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขรวมทั้งการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพที่ควรเป็น ทั้งนี้ การได้รับการดังกล่าวต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “สิทธิมนุษยชน” ไม่ใช่ “สิทธิพลเมือง” ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ให้ “สิทธิ” และความคุ้มครองในฐานะ “พลเมืองของประเทศ” ถึงกระนั้นก็ตามที่ ในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิ่งที่ได้รับนั้น ก็มีความแตกต่างที่ชัดเจนในหลายประเด็น

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเริ่มดำเนินการหลังจากที่รัฐบาล ดร.ทักษิณ ชินวัตร ชนะการเลือกตั้งเข้ามาบริหารประเทศสมัยที่ 1 พ.ศ.2544 และคงไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าหนึ่งในนโยบายสำคัญที่ส่งผลให้พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งในครั้งนั้นคือนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ที่ชาวบ้านทั่วไปทราบกันดีในชื่อโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นโครงการที่ชาวบ้านโดยทั่วไปประทับใจในแรกเริ่มเมื่อได้ทราบชื่อโครงการและแนวทางการ

ทำงานอย่างคร่าวๆ ในความประทับใจดังกล่าว ได้ถูกแฝงไว้ด้วยกระบวนการปฏิรูประบบครั้งใหญ่ ในประวัติศาสตร์การสาธารณสุขของชาติไทย และในกระบวนการปฏิรูปทุกระบบทุกครั้งในประวัติศาสตร์ก็ต้องพบกับปัญหา/อุปสรรคในการทำงานด้วยกันหมดทั้งสิ้น จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของ คน ระบบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิรูปนั้นๆ หากแต่เมื่อก้าวข้ามกระบวนการนั้นไปได้ สิ่งที่น่าประหลาดหรือผลของการปฏิรูปนั้นๆ จะดีกว่าระบบเก่าที่เป็นมาเป็นส่วนใหญ่ การปฏิรูประบบสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เช่นกัน มีปัญหาและอุปสรรคที่ตามมาพอสมควร หากแต่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ในหลายประเด็นเป็นที่ถกเถียงกันในเชิงวิชาการอย่างกว้างขวาง ว่าสิ่งที่ควรเป็นนั้น เป็นอย่างไร รูปแบบไหน ความเหมาะสมคืออะไร และคำถามอื่นๆ หนึ่งในคำถามเหล่านั้นคือ ความเป็นธรรมทางสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างไร อย่างเป็นจริงจะเรียกว่าเป็นธรรม มุมมองไหน มุมมองผู้ให้บริการหรือมุมมองผู้รับบริการ มุมมองนานาชาติเป็นอย่างไร มุมมองด้านสิทธิมนุษยชนเป็นอย่างไร เป็นต้น

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity) ในฐานสิทธิมนุษยชน (Human Right) ในภาพรวมของประเทศไทย กลุ่มประชาชนชาวไทย จะพบว่ามีสถานะสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน หากมองภาพของประชาชนที่มีสัญชาติไทย (พินิจ ฟ้าอำนวยผล, 2546, หน้า 11) จากรายงานความเป็นธรรมของ โรบิน ในปี ค.ศ. 1999 พบว่า สถานะสุขภาพของประชาชน มีความแตกต่างกันระหว่างประชาชนในเขตเมืองกับประชาชนในเขตชนบท หรือระหว่างกลุ่มคนที่รวยสุดในเดไซด์ที่ 1 กับคนที่จนสุดในเดไซด์ที่ 10 กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกับกลุ่มที่มีการศึกษาดำ กลุ่มที่มีฐานะทางสังคมที่ดีกับกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม แม้กระทั่งเปรียบเทียบระหว่างชายกับหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา และกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา (Robine et al, 1999) หากแต่ปัจจัยเหล่านี้เป็นเรื่องที่ยากยิ่งในการที่จะพยายามลดช่องว่าง แต่เหนือสิ่งอื่นใดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามดำเนินการในการลดช่องว่างเหล่านั้นมาเป็นลำดับ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองนั้น ดำเนินการได้เฉพาะบุคคลที่มีสิทธิพลเมือง ซึ่งเป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้เพื่อมุ่งสำหรับคุ้มครองบุคคลที่เป็นพลเมืองของรัฐเท่านั้น แต่เมื่อมองภาพของประชาชนในพื้นที่สูงซึ่งบางคนก็มีสัญชาติไทยแต่บางคนก็ยังมี ทั้งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย แตกต่างที่มีเชื้อชาติที่ต่างกันออกไป หากมองภาพของสุขภาพในประเด็นของจรรยาวิชาชีพบอกไว้อย่างชัดเจนว่า “จะให้การรักษาพยาบาลทุกคนโดยไม่แยกเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา” แต่ในความเป็นจริงนั้น ความเป็นธรรมในประเด็นดังกล่าว ทั้งความเป็นธรรมในแนวตั้งและความเป็นธรรมในแนวนอน เมื่อพิจารณาอย่างถ่องแท้

แล้วอาจไม่เป็นเช่นนั้น ความแตกต่างเริ่มจากการไม่มีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยดำเนินการไม่ได้ หากไม่มีเลขประจำตัวประชาชน และไม่ได้เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในราชอาณาจักร ที่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพด้วยสิทธิประกันสังคม ในประเด็นหลักประกันสุขภาพ มีแนวทางในการดำเนินการอย่างไร กลุ่มบุคคลดังกล่าวจึงจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม เป็นธรรม ในระดับการยอมรับว่ามีคุณภาพในมุมมองของประชาชนในพื้นที่สูงเอง และในมุมมองนานาชาติหรือประเทศ หรืออย่างน้อยที่สุดในกลุ่มชนดังกล่าว ความเหมาะสมด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ อยู่ที่ใด จะมีมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรมี ควรเป็น อย่างไร

ประเด็นของการจัดสรรเงินสำหรับบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสิทธิต่างๆตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการจัดสรรเงินต่อหน่วยตามจำนวนบัตร โดยการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้ชี้ให้เห็นว่า สถานพยาบาลจะมีรายได้ขึ้นกับจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นกับปริมาณบริการที่จัดให้ ดังนั้น ในการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพ สถานบริการจึงต้องคำนึงถึงต้นทุนและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด ถึงแม้ว่าระบบเหมาจ่ายจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี แต่อาจมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2547, หน้า 12) ดังนั้น ในพื้นที่ที่ชนกลุ่มน้อยหรือผู้ที่ไม่มีสิทธิพลเมือง อันเนื่องมาจากบิดามารดาไม่มีสัญชาติไทยหรืออื่นใดที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน สถานบริการสาธารณสุขก็ยังคงให้บริการตามปกติ โดยที่การได้มาของเงินนั้นมีกลไกการได้มา 3 รูปแบบ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ, 2547, หน้า 14) คือ

1. การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับงบประมาณผู้ป่วยนอก
 2. การจัดสรรเงินตามกลุ่มโรคภายใต้วงเงินรวมที่จำกัด (Diagnosis related group with global cap) สำหรับผู้ป่วยใน
 3. การจ่ายตามกิจกรรม (Fee-for-service) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- โดยการเก็บเงินค่าบริการเฉพาะผู้ที่สามารถเรียกเก็บได้ ซึ่งมีเอกสารวิชาการหลายฉบับระบุว่า เป็นเพียงจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการไม่สามารถเรียกเก็บได้ ดังนั้นเงินที่ได้รับการจัดสรรตามระบบส่วนหนึ่งจึงถูกเฉลี่ยจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่กลุ่มคนดังกล่าว ประชาชนในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิตามระบบ จึงถูกระบบดังกล่าวลิดรอนสิทธิที่ควรได้ สิทธิที่ควรเป็น หรือถูกลดโอกาสที่จะได้รับการที่ดีๆ มีคุณภาพ หรือถูกลดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น จากเงินงบประมาณที่ถูกใช้จ่ายไปกับกลุ่มคนดังกล่าวที่ไม่มีบัตรหรือสิทธิและไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ส่งผลต่อความเป็นธรรมของคนทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ, 2548, หน้า 149-152) พอสรุปได้ดังนี้

1. ผลต่อกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ในพื้นที่ที่มีชนกลุ่มน้อยหรือคนไร้สัญชาติ ที่ไม่มีสิทธิพลเมือง อาศัยอยู่

1.1 ผลกระทบจากการเสียโอกาสในการได้รับการพัฒนาสุขภาพ จากงบประมาณที่จัดสรร

1.2 ผลกระทบจากการเสียเวลาที่มากขึ้นในการเข้ารับบริการ

1.3 ผลกระทบจากการเสียโอกาสในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

2. ผลกระทบกับชนกลุ่มน้อยหรือคนไร้สัญชาติที่ไม่มีสิทธิพลเมือง

2.1 ผลกระทบจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างเหมาะสม

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจในการเป็นประชาชนชั้น 2

2.3 ผลกระทบในการขาดโอกาสในการได้รับการพัฒนาสุขภาพ

3. ผลกระทบต่อสถานบริการสาธารณสุข

3.1 ผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาสถานบริการจากงบประมาณที่ต้องจ่ายออกไป

3.2 ผลกระทบต่อขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากงบประมาณสนับสนุน

ค่าตอบแทนลดลง

3.3 ผลกระทบต่อภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มากขึ้นและดำเนินการอย่างยากลำบาก

3.4 ผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่อาจลดลงเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้น

ประเด็นที่ตามมาคือ นานาอารยประเทศมองภาพเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างไร หากไม่มีมาตรฐานในการจัดบริการที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมองในมุมมองด้าน “สิทธิมนุษยชน”

จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าปัจจุบันมีกลุ่มคนไร้สัญชาติในกลุ่มนี้กว่า 1,150,000 คน มีบุคคลที่มีปัญหาด้านสิทธิและสถานะ ทั้งๆ ที่เกิดในประเทศไทย แต่ไม่ได้รับสิทธิใดๆเลย เช่น กลุ่มที่พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานาน แต่ยังขาดหลักฐานการรับรองสถานะทั้งที่มีเชื้อชาติไทยและไม่ใช่อสัญชาติไทยจำนวน 480,000 คน กลุ่มที่มีใบต่างด้าวและมีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย จำนวน 250,000 คน กลุ่มที่มีทะเบียนประวัติและเลขทะเบียนตามกฎหมาย ทะเบียนราษฎรและได้รับการผ่อนผันให้อยู่ชั่วคราว ประมาณ 360,000 คน ไม่รวมถึงแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ คือ พม่า กัมพูชา และลาว กลุ่มบุคคลที่เรียนอยู่ในสถานศึกษาในประเทศไทย แต่มีสถานะที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 60,000 คน และกลุ่มคนไร้รากเหง้าไม่มีที่มาที่ไป รวมทั้งเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน (สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ, 2548) กลุ่มคนเหล่านี้ล้วนแต่ขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล บุคคลเหล่านี้จะสามารถจ่ายเองได้หรือไม่ก็ตาม สถานพยาบาลก็ต้องให้การรักษายาพยาบาล ด้วยเหตุผลทางด้านมนุษยธรรมและเนื่องจากไม่มีงบประมาณสนับสนุน ทำให้สถานพยาบาลเหล่านั้นมีภาระเกี่ยวกับงบประมาณที่เพิ่มขึ้น

จากการสำรวจของ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2546 มีชาวเขาเผ่าต่างๆ ในประเทศไทย ทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติ ดังนี้ (Technical Service Club, 2004)

กะเหรี่ยง	438,131 คน	ม้ง	153,955 คน
ลาหู่	102,876 คน	อาข่า	68,653 คน
เมี่ยน	45,571 คน	คะฉิ่น	42,657 คน
ลีซู	38,299 คน	ลั้ว	22,260 คน
ขะมุ	10,573 คน	รวม	922,957 คน

สิ่งที่นโยบายการจัดสรรเงินงบประมาณแก่จังหวัดหรือพื้นที่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องตระหนักเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ควรมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นอย่างไร จัดสรรอย่างไร เพิ่มเติมหรือไม่ หรือควรมีการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอื่นๆ แก่กลุ่มดังกล่าวอย่างไร ใครคือผู้ที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแก่กลุ่มที่ไม่มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 คำถามเหล่านี้จะเคยมีคนให้ความสำคัญหรือไม่ หรือเป็นเพียงปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย (Purpose for the Study)

1. จุดมุ่งหมายทั่วไป (General Purpose)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูงประเทศไทย และแนวทางการลดช่องว่างในมุมมองหลายฝ่าย

2. จุดมุ่งหมายเฉพาะ (Specific purpose)

2.1 เพื่อศึกษาระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติ ด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness)

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติ กับค่าความเป็นธรรมเฉลี่ยของคนไทย ด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness)

2.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ระหว่างชาวเขาไร้สัญชาติ กับประชาชนทั่วไป

ความสำคัญของงานวิจัย (Significance of the Study)

งานวิจัยฉบับนี้ เป็นการศึกษาถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และศึกษาถึงแนวทางในการลดช่องว่างด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการผลักดันนโยบายด้านความครอบคลุมในการสร้างหลักประกันสุขภาพ แก่กลุ่มชน ต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งผลการวิจัยนี้ มีความคาดหวังในการใช้ประโยชน์ เพื่อลดช่องว่างความเป็น ธรรมทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะจะเป็นผลกระทบที่คาดหวังจากงานวิจัยชิ้นนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ชาวเขาไร้สัญชาติ ได้รับการบริการด้านสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนที่เหมาะสมใน สภาพปัจจุบันและสอดคล้องกับปรัชญาการบริหารงานสาธารณสุขในปัจจุบัน
2. ได้แนวทางในการให้บริการด้านสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน เพื่อลดช่องว่างความ เป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล
3. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการลดช่องว่างและสร้างความเป็นธรรม ทางสุขภาพแก่ชาวเขาไร้สัญชาติ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

หน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
2. กระทรวงสาธารณสุข
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
4. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
5. องค์การอนามัยโลก (WHO)
6. องค์การข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (UNHCR)
7. หน่วยงานและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย (Scope of the Study)

การศึกษานี้กำหนดรายละเอียดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตการศึกษาด้านพื้นที่ที่ใช้ศึกษาและพื้นที่ในการอ้างอิง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้กำหนดศึกษาในพื้นที่ 10 จังหวัดที่มีชาวเขาอาศัยอยู่ โดยอนุมานเป็นภาพรวมของประเทศไทย ประกอบด้วย

จังหวัดลำปาง	จังหวัดตาก
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	จังหวัดเชียงใหม่
จังหวัดเชียงราย	จังหวัดน่าน
จังหวัดพะเยา	จังหวัดลำพูน
จังหวัดพิษณุโลก	จังหวัดเพชรบูรณ์

2. ขอบเขตการศึกษาด้านกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยแยกกลุ่มชนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ชาวไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ โดยศึกษาในประชากรที่เคยไปรับบริการสุขภาพภาครัฐ ใช้กลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่สูงของประเทศไทย จำนวน 6 เผ่า ซึ่งประกอบด้วย

กะเหรี่ยง (ปะกาเกอวยอ)	ม้ง (แม้ว)
อาข่า (อิก้อ)	เมี่ยน (เย้า)
คะฉิ่น (ถิ่น)	ลาหู่ (มุเซอ)

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาหาแนวทางในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคต ด้วยกระบวนการศึกษาแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) โดยศึกษาในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน

3. ขอบเขตการศึกษาด้านระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 3.1 สรุปข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 | มีนาคม 2550 |
| 3.2 สรุปข้อมูลการศึกษาระยะที่ 2 | ตุลาคม 2550 |

ข้อตกลงเบื้องต้น (Basic Assumption)

เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมายส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นชาวเขาไร้สัญชาติ ซึ่งกลุ่มคนดังกล่าวมีที่มาที่หลากหลาย และมีอยู่หลายกลุ่ม ในการอนุมานกลับสู่ประชากรจึงมีข้อจำกัดเพียงกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติที่งานวิจัยนี้ กล่าวถึงไว้ในนิยามศัพท์เฉพาะเพียงเท่านั้น

นิยามศัพท์เฉพาะ (Definition of Terms)

1. **ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน** หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิในมาตรฐาน การครองชีพที่พอเพียงสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้ง อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงใน กรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย วัยชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดใน พฤติกรรมเกินกว่าที่ตนจะควบคุมได้ ทั้งนี้มาตรฐานควรเป็นไปตามความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Need: BMN) ทางด้านสุขภาพ

2. **สิทธิมนุษยชน** หมายถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาค ของบุคคล ที่ได้รับการรับรอง หรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตาม กฎหมายไทย หรือปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Declaration of Human Rights) รวมทั้ง ข้อตกลงอื่นๆตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทย มีพันธกรณี ที่จะต้องปฏิบัติตาม

3. **สิทธิพลเมือง** หมายถึง สิทธิและเสรีภาพที่บุคคลซึ่งมีความเป็นพลเมืองไทยได้รับ ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ให้ความคุ้มครองในฐานะที่เป็น “พลเมืองไทย”

4. **ความเสมอภาคด้านสุขภาพ** หมายถึง การนำเอาความต้องการของประชาชนมา เป็นข้อพิจารณาในการกระจายโอกาสเพื่อการเป็นอยู่ที่ดีและเท่าเทียม (ประยุกต์จาก WHO.1996)

5. **ชาวเขาสัญชาติไทย** หมายถึง ชาวเขาเผ่า ม้ง(แม้ว) กระเหรี่ยง(ปกาเกะยอ) คะชีน (ถิ่น) เมี่ยน(เหยา) อาข่า(อิก้อ) และลาหู่(มุเซอ) ที่มีสัญชาติไทย ใน 10 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พะเยา น่าน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน ตาก เพชรบูรณ์

6. **ชาวเขาไร้สัญชาติ** หมายถึง ชาวเขาเผ่า ม้ง(แม้ว) กระเหรี่ยง(ปกาเกะยอ) คะชีน (ถิ่น) เมี่ยน(เหยา) อาข่า(อิก้อ) และลาหู่(มุเซอ) และลีซอ(ลีซู) ทั้งที่มีและไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก แต่ไม่มีสัญชาติไทย และไม่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 10 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พะเยา น่าน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน ตาก เพชรบูรณ์

7. **คนไทยพื้นราบ** หมายถึง ประชาชนชาวไทยเชื้อชาติไทยและสัญชาติไทยโดยทั่วไป ที่อาศัยในเขตชนบท หรืออาศัยในพื้นที่เดียวกับชาวเขา

8. **ชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูง** หมายถึง ชาวเขาเผ่า ม้ง(แม้ว) กระเหรี่ยง(ปะกาเกะยอ) คะชีน (ถิ่น) เมี่ยน(เหยา) อาข่า(อิก้อ) ลาหู่(มุเซอ) ทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติไทย ใน 10 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง พะเยา น่าน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน ตาก เพชรบูรณ์ และใน บางครั้งอาจใช้คำว่า “ชาวเขา”

9. การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความเหมาะสมหรือความพอดีของผู้ใช้บริการ และระบบบริการ มีองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ความครอบคลุม (Availability) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความสะดวก (Accommodation) ความสามารถจ่าย (Affordability) และการยอมรับ (Acceptability)

10. การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ พัฒนาระบบการ ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ชาวบ้านรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล โดยมีแนวคิดความเป็นเจ้าของ การมีอำนาจในการตัดสินใจ อำนาจในการ ดำเนินงาน การบริหารจัดการ ร่วมรับผลประโยชน์ ผลลัพธ์ ผลกระทบจากการดำเนินงาน ร่วมประเมินผลเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ(ประยุกต์จาก ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)(คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.)

11. มุมมองหลายฝ่ายหมายถึง มุมมองในแง่ของการดำเนินกิจกรรม มาตรการ หรือนโยบาย โดยมีความคาดหวังว่าจะสามารถลดช่องว่าง ระหว่างกลุ่มที่มีระดับค่าความเป็นธรรม ที่สูงสุดเกินมาตรฐานความเป็นธรรมของประเทศไทย กับกลุ่มที่มีระดับค่าความเป็นธรรมที่ต่ำสุด

12. เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) หมายถึง เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพที่พัฒนาโดยศุภสิทธิ์ พรรณารุณทัญและสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ร่วมกับวิทยาลัยการสาธารณสุขแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) โดยศาสตราจารย์ นอร์แมน แดเนียล (Norman Daniels) มีองค์ประกอบ การประเมิน 9 ด้าน ประกอบด้วย

12.1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)

12.1.1 สถานะสุขภาพโดยรวม

12.1.2 ความครอบคลุมของบริการ

12.1.3 สภาวะทางประชากร

12.1.4 สภาวะทางการศึกษา

12.1.5 สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม

12.1.6 สภาพแวดล้อม

12.1.7 สภาวะทางเศรษฐกิจ

12.1.8 สภาพความขาดแคลนทรัพยากร

12.2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

12.2.1 ความครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพ

12.2.2 ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ

12.2.3 ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์

12.3 ปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)

12.3.1 การกระจายทรัพยากร

12.3.2 ปริมาณบริการกับทรัพยากร

12.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

12.3.4 การใช้บริการสุขภาพโดยรวม

12.4 ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)

12.4.1 ความทั่วถึงในการใช้บริการ

12.4.2 การใช้บริการระดับต้น

12.4.3 ความต่อเนื่องของบริการ

12.4.4 ความครบถ้วนของบริการ

12.4.5 ความเสมอภาคในการได้รับบริการ

12.5 ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)

12.5.1 การสนับสนุนงบประมาณของรัฐ

12.5.2 ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ

12.5.3 ภาระรายจ่าย ณ จุดบริการ

12.6 ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)

12.6.1 ประสิทธิภาพของการให้บริการ

12.6.2 ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ

12.6.3 การบริการตามมาตรฐาน

12.6.4 คุณภาพในการให้บริการ

12.6.5 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

12.7 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

12.7.1 ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ

12.7.2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น

12.7.3 ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ

12.7.4 การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

12.7.5 การให้บริการที่เกินความจำเป็น

12.8 การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)

12.8.1 การเผยแพร่ผลงานบริการ

12.8.2 ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร

12.8.3 โอกาสในการแสดงความคิดเห็น

12.8.4 การเคารพสิทธิผู้ป่วย

12.8.5 การมีส่วนร่วมด้านกฎหมาย

12.8.6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

12.9 ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

12.9.1 โอกาสในการเลือกบริการระดับต้น

12.9.2 โอกาสในการเลือกบริการเฉพาะทาง

12.9.3 โอกาสในการเลือกบริการของรัฐ

12.9.4 โอกาสในการเลือกบริการเอกชน

12.9.5 โอกาสในการเลือกบริการแผนไทย

12.9.6 ความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้เริ่มต้นในรูปแบบระดับสากล โดยเริ่มใช้แบบผสมผสานระหว่างการใช้แนวคิดความเท่าเทียม (Egalitarianism) กับแนวคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism) จากการร่วมจ่าย (Co-Payment) ของประชาชนที่สามารถร่วมจ่ายได้ ผู้ยากไร้จะได้รับการดูแลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยเริ่มจากการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ.2526 จัดตั้งเป็นกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ในระดับหมู่บ้าน ตำบล ผสมผสานกองทุนยาประจำหมู่บ้าน โดยที่ผู้ยากไร้ได้รับบัตรประกันสุขภาพแบบบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร) ในปี พ.ศ.2534 รัฐบาลเยอรมันให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเงินทุนในการศึกษารูปแบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมในชื่อโครงการ GTZ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2536 โดยรัฐบาลประกาศใช้โครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ โดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบ 500 บาทหรือครึ่งหนึ่งของครัวเรือนที่ต้องจ่าย 500 บาท เช่นกัน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2544, หน้า90-108) โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจดังกล่าวสิ้นสุดลงเมื่อรัฐบาล พ.ต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร ชนะการเลือกตั้งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 และเข้ามาบริหารประเทศ โดยใช้นโยบายประชานิยมด้านสุขภาพในการหาเสียง จนได้รับการตอบรับจากประชาชนจำนวนมาก คือ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ทราบกันโดยทั่วไปในชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยโครงการดังกล่าวมุ่งเน้นที่ประเด็นความเท่าเทียม(Equality)ในการเข้าถึงบริการสุขภาพประชาชนชาวไทยทุกคน โดยมุ่งเน้นประเด็นของค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยผู้ที่มีความสามารถจ่ายได้จะต้องจ่าย 30 บาทต่อการไปพบแพทย์ หนึ่งครั้ง เว้นเสียแต่ผู้ยากไร้ จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่าย ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดไว้ตามมาตรา 52 ดังนั้นทุกคนที่มีสภาพเป็นประชาชนชาวไทยจะต้องจ่ายเท่ากันหมดทั้งสิ้น หรือไม่ต้องจ่ายในกรณีผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้ยากไร้ ส่งผลต่อความเท่าเทียม อย่างไม่สามารถปฏิเสธได้ หากแต่มีคำถามตามมาว่า แล้วความเป็นธรรมทางสุขภาพสามารถหาคำตอบได้หรือไม่ ซึ่งคำตอบเกี่ยวกับความเป็นธรรมดังกล่าวนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการหาคำตอบด้านความเป็นธรรม จนปัจจุบันคำถามด้านความเป็นธรรมสำหรับประชาชนชาตินั้น แทบกล่าวได้ว่ามีคำตอบเกือบทุกคำถาม หรืออาจมีคำถามอยู่บ้างก็

เฉพาะกรณีของรัฐ มีข้อจำกัดบางประการที่ไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น กรณีผู้ป่วยโรคไตวาย หากแต่การใช้คำถามนี้สำหรับประชาชนคนไร้สัญชาติแล้ว ยังไม่ปรากฏการกล่าวอ้างถึง อาจด้วย เพราะปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยทางด้านการเงินการคลัง ปัจจัย ทางด้านความมั่นคง และปัจจัยอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป การประกันสุขภาพก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย การประกันสุขภาพ 5 แบบ (คณะทำงานสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิต สภาที่ปรึกษา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548, หน้า 13-14) คือ

1. ระบบสวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
2. ระบบประกันสังคม
3. ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (โครงการของรัฐบาล)
4. ระบบโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
5. ระบบประกันสุขภาพเอกชน

จากคำถามการวิจัยที่ใช้เป็นแนวทางหลักในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีประเด็นที่การศึกษานี้ จำต้องทบทวนให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม (Theories of Social Justice)
2. ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพ (Health Equity and Health Equality)
3. สิทธิกับสิทธิมนุษยชน (Rights and Human Rights)
4. ชนกลุ่มน้อย ประชาชนในพื้นที่สูงและชาวเขา (Hill Tribe or Minor Tribal)
5. การวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)
6. แนวคิดการจัดทำนโยบายสาธารณะ

ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม (Theories of Social Justice)

ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม (Theories of Social Justice) มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนาน และมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องมากมาย หลายทฤษฎีที่มีลักษณะเกี่ยวเนื่องกัน โดยในที่นี้ ขอนำเสนอในมุมมองทางด้านความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพ เป็นความรู้ โดยสังเขป ดังนี้

ความยุติธรรม อริสโตเติล (Aristotle) นักปราชญ์ชาวกรีก ได้แบ่งความยุติธรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความยุติธรรมทั่วไป

ความยุติธรรมทั่วไปมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ

1.1 ความยุติธรรมตามธรรมชาติ (Natural justice) หมายถึงความยุติธรรมที่เป็นสากล ไม่ขึ้นอยู่กับการรับรู้หรือการยอมรับของมนุษย์ สามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตัวของมันเอง โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลในตัวทำให้แตกต่างจากสัตว์ รู้จักผิดชอบชั่วดี เช่นการทำร้ายผู้อื่นหรือการฆ่าผู้อื่นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การแย่งทรัพย์สินของคนอื่นมาเป็นของตน ฯลฯ การกระทำเช่นนั้นมนุษย์ทุกคนสามารถแยกแยะได้ว่าเป็นความชั่วร้าย เป็นต้น

1.2 ความยุติธรรมที่มนุษย์สมมุติขึ้น หมายถึง ความยุติธรรมที่ใช้เป็นมาตรการที่มนุษย์กำหนดขึ้น เพื่อชี้ถูกชี้ผิด ในเรื่องที่ไม่ได้ถูกไม่มีผิดในตัวมันเอง ความถูกต้องชนิดนี้ จึงเป็นความถูกต้องที่มนุษย์สมมุติขึ้นหรือกำหนดขึ้น เช่นในประเทศไทยกำหนดให้ร่วชิงชิตซ้าย หากชิงชิตขวาเป็นความผิด แต่ในประเทศลาวกำหนดให้ร่วชิงชิตขวา หากชิงชิตซ้ายเป็นความผิด เป็นต้น (สมยศ เชื้อไทย, 2549, หน้า 82-83)

2. ความยุติธรรมเฉพาะเรื่อง

ความยุติธรรมเฉพาะเรื่อง มีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ

2.1 ความยุติธรรมในแง่การแบ่งสัณปันส่วน (Justita Distributa)

2.2 ความยุติธรรมในแง่การแลกเปลี่ยนทดแทน (Justita Commutativa)

ความยุติธรรมในแง่การแบ่งสัณปันส่วน (Justita Distributa) จะเป็นหลักของความยุติธรรมและความยุติธรรมในแง่การแลกเปลี่ยนทดแทน (Justita Commutativa) ขึ้นอยู่กับความยุติธรรมในแง่การแบ่งสัณปันส่วน กล่าวคือ เราต้องทราบก่อนว่าอันไหนเป็นส่วนของใคร เมื่อทราบเช่นนี้แล้ว หากใครไปล่วงละเมิดหรือทำให้ส่วนของคนอื่นเสียหายไปก็ต้องทดแทนส่วนที่เสียหายนั้นให้กลับคืนดังเดิมจึงจะถือว่ายุติธรรม ความยุติธรรมในแง่การแลกเปลี่ยนทดแทน จึงเป็นส่วนสนับสนุนความยุติธรรมในแง่การแบ่งสัณปันส่วน

ปัญหามีอยู่ว่า ในการแบ่งสัณปันส่วนนั้น จะต้องแบ่งอย่างไรจึงจะถือว่ายุติธรรม ในประเด็นนี้ อริสโตเติล ได้วางหลักกว้างๆว่า “สิ่งที่เหมือนกันก็ควรได้รับการปฏิบัติเช่นกัน และสิ่งที่ต่างกันก็ควรได้รับการปฏิบัติต่างกันด้วย” ยังมีปัญหาให้คิดต่อไปอีกว่า มีหลักเกณฑ์อย่างไรที่จะชี้ว่าสิ่งใดเหมือนกันหรือแตกต่างกัน (สมยศ เชื้อไทย, 2549, หน้า 177-180)

ทฤษฎีความเป็นธรรมในสังคม (Theories of Social Justice) มีส่วนเกี่ยวข้องกับทฤษฎีที่ว่าบางครั้ง อาจใช้แทนกันกับทฤษฎีจริยศาสตร์ (An Ethical Theory) มีสาระสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในแง่มุมมองต่างๆ โดยเฉพาะมุมมองทางด้าน จริยศาสตร์ เกี่ยวกับการกระจาย

ทรัพยากรทางเศรษฐศาสตร์ที่มีอยู่อย่างจำกัด สู้สังคมด้วยความเป็นธรรมและเท่าเทียม (Folland S., Allen C. Goodman and Stano M., 1997)

3. แนวคิดยุคต้น

ในช่วงศตวรรษที่ 17-18 จอห์น ล็อก (John Locke: ค.ศ.1632-1704) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดกับนักคิดในยุคต่อมาได้เสนอแนวคิดที่ว่า โดยธรรมชาติของมนุษย์ชาติ ต้องการทำความดีและมีความดีงามอยู่แล้วในระยะยาว ความมีเหตุมีผลของแต่ละบุคคลจะมุ่งไปสู่ความผาสุก และความพอใจสูงสุด ดังนั้นมนุษย์หรือสังคมมนุษย์ชาติ จึงต้องปกป้องคุ้มครองความยุติธรรมนี้เพื่อความผาสุกของสังคม (Wikipedia, Social justice , 2006)

การที่มนุษย์มีธรรมชาติที่ดีนี้เอง สภาวะธรรมชาติของมนุษย์จึงมีสภาวะที่มนุษย์มีเสรีภาพอย่างสมบูรณ์ไม่มีขีดจำกัด และด้วยความมีเหตุมีผลจึงสามารถเข้าใจกฎหมายธรรมชาติได้ ซึ่งส่งผลให้มนุษย์รู้จักเคารพในสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ในสภาวะตามธรรมชาติเมื่อเกิดข้อพิพาทขึ้น มนุษย์แต่ละคนมีอำนาจที่จะบังคับให้เป็นไปตามสิทธิและลงโทษผู้กระทำผิดด้วยกำลังของตนเอง ด้วยเหตุนี้ กฎหมายธรรมชาติจึงเกิดความไม่แน่นอนและไม่มีหลักประกัน ดังนั้นเพื่อเกิดความสงบสุขและยุติธรรม มนุษย์จึงตกลงสัญญาเข้าอยู่ร่วมกันเป็นสังคมที่เรียกว่า “สัญญาประชาคม (Social Contract)” สัญญาประชาคมนี้อาจตั้งอำนาจกลางหรือรัฐบาลขึ้นมา เพื่อทำหน้าที่ในการให้ความยุติธรรมและรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม

ในศตวรรษที่ 18-19 เจเรมี เบ็นแทม (Jeremy Bentham: 1748-1832) และ จอห์น สจวร์ต มิล (John Stuart Mill : ค.ศ.1806-1873) ได้เสนอและส่งเสริมลัทธิประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ซึ่งได้ถูกปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและประยุกต์ใช้จนกระทั่งในปัจจุบัน โดยมีแนวคิดที่ว่าทรัพยากรจำกัดต้องถูกสังคมนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยทางเลือกที่ดีที่สุดบริการและเกิดผลรวมแห่งประโยชน์ต่อประชาชนทุกคนในสังคมในจำนวนมากที่สุด ทั้งนี้สามารถวัดเชิงประจักษ์ได้จากระดับความพึงพอใจสูงสุดของสังคม การกระทำใดๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เป็นการกระทำที่ถูกต้อง การกระทำใดๆ ของคนในสังคมก็ต้องนำมาซึ่งประโยชน์สุขของคนอื่นๆ ในสังคม ประโยชน์นิยมแบบเบ็นแทมไม่ได้แยกแยะเกี่ยวกับคุณภาพและปริมาณ ส่วนประโยชน์นิยมแบบมิลจะมองเรื่องคุณภาพเสมอและให้คุณค่าของคุณภาพเชิงสติปัญญา

4. แนวคิดสมัยใหม่

ในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 แนวคิดปรัชญาสังคมยุติธรรมจะเกี่ยวข้องกับนักปราชญ์การเมืองการปกครองท่านหนึ่ง โดยส่วนใหญ่ในแนวคิดด้านนี้จะได้รับอิทธิพลจากจอห์น รอลส์ (John Rawls: ค.ศ.1921-2002) นักปรัชญาการเมืองชาวอเมริกัน ท่านเป็นอาจารย์ด้านปรัชญาการเมืองของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา เป็นบุคคลที่เข้าใจและขับเคลื่อนแนวคิดลัทธิ

ประโยชน์นิยม ของ เลอเวมี เป็นแทม และ จอน สจวร์ต มิล อีกทั้งยังนำแนวคิด “สัญญาประชาคม” ของ จอห์น ล็อค มาผสมผสานอย่างลงตัว แต่ท่านมองมุมมองทางด้าน จิตสำนึกและมโนธรรม มากกว่าวัตถุ มุ่งเน้นความเป็นธรรมและเท่าเทียมในทุกๆด้าน ท่านมีผลงานมากมาย โดยเฉพาะ ทฤษฎีความยุติธรรมในปี ค.ศ.1971 (A Theory of Justice) และนำเสนอแนวคิดในการกระจายรายได้ที่เหมาะสมหรือที่คนทั่วไปรู้จักกันในนาม “ทฤษฎีความเป็นธรรมในการกระจายรายได้” (Distributive Justice) โดยเสนอการทำสัญญาประชาคมระหว่างสมาชิกในสังคม ซึ่งเป็นการกระทำโดยที่ไม่มีใครทราบอนาคตล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้น สัญญาประชาคมนี้มีใจความว่า “คนในสังคมจะต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน” โดยที่สนับสนุนให้รัฐใช้นโยบาย “Maximin” ในความหมายของเขา ไม่ได้หมายความว่าทุกคนในสังคมจะต้องมีฐานะ รายได้ ที่เท่ากันทุกคน แต่หมายถึงรัฐจะต้องใช้นโยบายที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มคนในสังคมที่ด้อยโอกาสที่สุด เพื่อลดช่องว่างของคนในสังคม เช่นการจัดบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่าในกลุ่มคนยากจน แต่กลุ่มคนที่มีฐานะก็จัดเก็บตามปกติ การจัดเก็บภาษีระบบก้าวหน้า คนที่มีรายได้มาก จะมีสัดส่วนในการถูกเก็บภาษีมากกว่ากลุ่มคนยากจน ตัวอย่างเช่น มีรายได้ต่อปีไม่เกิน 100,000 บาท รัฐจัดเก็บภาษีรายได้ร้อยละ 5 มีรายได้ต่อปีไม่เกิน 500,000 บาท รัฐจัดเก็บภาษีรายได้ร้อยละ 7.50 มีรายได้ต่อปีไม่เกิน 1,000,000 บาท รัฐจัดเก็บภาษีรายได้ร้อยละ 10 เป็นต้น หรือ กระบวนการอื่นๆที่เปิดโอกาสให้ผู้ด้อยกว่าได้มีโอกาสที่มากกว่า เพื่อจุดมุ่งหมายลดช่องว่างในสังคมลง

5. ทฤษฎีความยุติธรรมในสังคม มีสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ดังนี้

5.1 เสรีภาพทางความคิด

5.2 เสรีภาพในการสำนึกผิดชอบชั่วดี การนับถือศาสนา ปรัชญา ศีลธรรมจรรยา

5.3 เสรีภาพทางการเมือง เช่นการจัดตั้งพรรคการเมือง การชุมนุมในที่สาธารณะ

การกล่าวสุนทรพจน์ การมีเสรีภาพของสื่อสารมวลชน ฯลฯ

5.4 เสรีภาพในการรวมตัวกันทางการเมือง

5.5 เสรีภาพในการติดต่อสื่อสาร

5.6 เสรีภาพในบุรณภาพและภราดรภาพ อิสรภาพจากความเป็นทาส การเคลื่อนไหว การเลือกอาชีพที่เหมาะสม

5.7 สิทธิและเสรีภาพเหล่านี้ จักดำเนินไปภายใต้สิ่งที่กฎหมายบัญญัติไว้

6. ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีความยุติธรรมในสังคม

คนบางคนมีความตระหนักว่าทฤษฎีความยุติธรรมในสังคม จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อหลักๆ ดังนี้

6.1 ความไม่เป็นธรรมมีมายาวนาน จนส่งผลประหนึ่งว่าความไม่ยุติธรรมเป็นเรื่องที่ถูกต้องและทุกคนยอมรับความไม่ยุติธรรมนั้นได้

6.2 การกระจายความมั่งคั่ง ความอยู่ดีมีสุข พลังอำนาจของบุคคล ชุมชนและสังคม จะต้องมีการกระจายใหม่อย่างเหมาะสม

6.3 รัฐจักต้องมีหน้าที่ในการรับรองคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนในประเทศ

ความเป็นธรรม, ความเท่าเทียมทางสุขภาพ (Health Equity and Health Equality)

1. ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity)

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity) ในขอบเขตความหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ หมายถึง “สภาพของสถานะสุขภาพที่เท่าเทียมกันโดยไม่มีอิทธิพลอย่างเป็นระบบจากความแตกต่างของลักษณะประชากร เช่น เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา ฯลฯ หรือสภาพความด้อยโอกาส เช่นความยากจน ความเท่าเทียมทางสุขภาพเหล่านี้ เป็นหลักจริยศาสตร์ ของระบบบริการสุขภาพและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน ที่ยอมรับในระดับสากล (ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัย, 2548, หน้า 7) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ นับเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งของระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งใช้ระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุม ที่มุ่งเน้นความมีประสิทธิภาพ(Efficiency)ประสิทธิผล(Effectiveness)โดยที่ทุกประเทศในระยะแรกๆจะมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางบริการสุขภาพและความเป็นธรรมทางการเงินการคลัง มากกว่าที่จะมุ่งเน้นความเป็นธรรมทางผลลัพธ์ทางสุขภาพ อันเนื่องมาจากผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ไม่ว่าจะเป็นพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษา ฯลฯ ซึ่งปัจจัยหลายอย่างที่ถูกกล่าวมา อยู่นอกเหนือบทบาทของระบบบริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ความเป็นธรรมทางผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้ถูกให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยกำหนดให้เป็นเป้าหมายเชิงนโยบายที่สำคัญ และในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 ที่ กรุงเทพมหานคร ได้มีข้อตกลง กฎบัตรกรุงเทพ(Bangkok Charter) โดยมีสาระสำคัญ 4 ประเด็นหลัก คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพในบริบทใหม่
2. พันธมิตรสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์
3. เครือข่ายการสร้างสุขภาพ
4. การพัฒนาที่ยั่งยืน

ประเด็นสาระสำคัญดังกล่าว แม้ไม่ได้ระบุความเป็นธรรมของผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างชัดเจนแต่เมื่อศึกษารายละเอียดแล้วจะเห็นว่ามีความมุ่งหวังที่จะให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันหรือใกล้เคียงกันในบริบทของแต่ละประเทศ

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก โดยคณะทำงานจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ (WHO Task Force on Resource Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team 2005)(ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุณทัตย์, 2548, หน้า 7) ได้ข้อสรุปเป็นแนวทางในการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น คือ

1.1 กระแสโลกาภิวัตน์ที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กระแสโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา จากการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร เทคโนโลยีด้านขนส่ง เทคโนโลยีชีวภาพ ฯลฯ ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชากรโลก โดยที่หลายฝ่ายมองเฉพาะในด้านที่เป็นประโยชน์ เกิดผลดีต่อสุขภาพ หากแต่ตรงกันข้ามผลด้านสุขภาพที่ปรากฏเป็นประจักษ์ การเปิดเขตการค้าเสรีในหลายส่วนของโลก ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายฐานการผลิต โดยมีเป้าหมายที่ผลกำไรสูงสุด ประเทศที่มีต้นทุนด้านแรงงานต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกลุ่มโลกที่สาม จะเป็นฐานการผลิตทางอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก ปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพอนามัยของประชากร

1.2 โครงสร้างสังคมการเมืองที่ขัดขวางการมีสุขภาพดี

โครงสร้างทางสังคม รวมทั้งบริบททางสังคมต่างๆ ล้วนเป็นปัจจัยกำหนดหรือสร้างความไม่เท่าเทียมกันหรือความเป็นธรรมในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ การศึกษา การเงินหรือเศรษฐกิจ โอกาสในการสร้างสุขภาพ โอกาสเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพ บริบทเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ปัจจัยโครงสร้างและบริบทของสังคม จึงมีอิทธิพลอย่างมากในการขัดขวางหรือส่งเสริมการมีสุขภาพดี และสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลมาจากอิทธิพลของการกำหนดนโยบายของภาคการเมืองเกือบทั้งสิ้น เช่น นโยบายการกระจายรายได้ นโยบายด้านแรงงาน นโยบายการเงินการคลัง นโยบายทางด้านการศึกษา นโยบายด้านความมั่นคง นโยบายการดูแลสิ่งแวดล้อม ฯลฯ การกำหนดนโยบายของรัฐฯ จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ในภาพรวม

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคลและบริบททางสังคม

การกระจายสถานะสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม เป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยความเสี่ยงส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ฯลฯ แต่จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ล้วนสัมพันธ์

ใกล้เคียงกับสถานะทางสังคมของบุคคลนั้น เช่น รายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เชื้อชาติ การศึกษาและหน้าที่การงาน สถานะในสังคม ฯลฯ

1.4 ปัจจัยระบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ

สถานะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับปัจจัยการดำรงชีวิตหลายประการหากสิ่งหนึ่งสิ่งใดเปลี่ยนแปลงไปก็ส่งผลต่อสภาวะอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำงานได้ สถานะทางสังคมจะตกต่ำลงเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Mackenbach et al, 2002 อ้างอิงใน ศุภสิทธิ์ พรหมารุณทัตย์, 2548, หน้า 9) การแก้ไขปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพในภาพกว้างนักวิชาการทั่วโลกให้ความสำคัญและเชื่อว่าสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยการกำหนดนโยบาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการเมือง ฯลฯ แต่ระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดบริการก็ยังเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาระยะสั้นที่ได้ผลรวดเร็ว

มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในประเทศไทยในหลายวิธีเช่นการกำหนดให้ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเงิน จ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในปริมาณที่เท่ากันในการเข้ารับบริการหนึ่งครั้ง ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งนับเป็นความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นรายละเอียดย่อยของความเป็นธรรมทางสุขภาพประการหนึ่ง

1.5 การพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิผลเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

การแก้ไขปัญหาในประเทศหรือแม้แต่ในระดับนานาชาติ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าหากมีการนํานโยบายที่บรรลุผลได้ มาใช้ในการแก้ไขปัญหา ก็มักจะลดปัญหาหรือสามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง แต่ในระหว่างที่มีการพัฒนาหรือแม้แต่กระบวนการที่ดำเนินการตามนโยบายนั้นๆ จะเป็นการทดลองดำเนินการทางธรรมชาติและการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของนโยบายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ปรากฏ ผู้ดำเนินการตามนโยบายต้องติดตามแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และการรวบรวมประสบการณ์จากหลายๆส่วนหลายประเทศจะส่งผลให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยใช้นโยบายสาธารณะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. รูปแบบความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity)

ความเป็นธรรมทางสุขภาพจะไม่มี ความหมายและความสำคัญใดๆ หากทรัพยากรด้านบริการสาธารณสุขในโลกนี้มีอย่างไม่จำกัด และประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม หากแต่ตรงกันข้าม ทรัพยากรด้านบริการสาธารณสุขมีอยู่อย่างจำกัดในขณะที่ความต้องการของมนุษย์ด้านบริการสุขภาพนั้นมีอย่างไม่จำกัด ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการจัดสรร การกระจาย

ทรัพยากร ควรเป็นไปอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม โดยที่ระบบเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสำคัญความเป็นธรรมในสองรูปแบบคือ

2.1 ความเป็นธรรมในแนวนอน (Horizontal Equity) หมายถึง ความเท่าเทียมกันของบุคคลที่มีความจำเป็นเท่ากัน จะได้รับบริการสุขภาพที่เท่ากัน หรือบุคคลที่มีความสามารถในการจ่ายเงินเท่ากัน ควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เท่ากัน

2.2 ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical Equity) หมายถึง ความเท่าเทียมกันของบุคคลที่มีความจำเป็นไม่เท่ากัน จะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่เท่ากัน หรือบุคคลที่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่เท่ากัน ควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่ไม่เท่ากัน ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายมากกว่าควรจ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่มากกว่า (พินิจ พำอำนวยผล, 2543, หน้า 1-2)

แนวทางการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในมุมมองของศุภสิทธิ์ พรธรรณูโณทัย มีมุมมองในบริบทของประเทศไทย ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพประกอบไปด้วยดัชนีชี้วัด 9 กลุ่ม คือ (ศุภสิทธิ์ พรธรรณูโณทัย และพินิจ พำอำนวยผล, 2548, หน้า 11-15)

1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ
3. ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน
4. ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ
5. ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน
6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ
7. ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ
8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน
9. ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

องค์ประกอบของเครื่องมือวัดความเป็นธรรม (Benchmark of Fairness) ทั้ง 9 กลุ่ม เริ่มแรกเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกา โดยศาสตราจารย์ นอร์แมน แดเนียล (Norman Daniels) แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา แต่การใช้เครื่องมือดังกล่าวประเมินนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น ไม่ประสบความสำเร็จ และในปี ค.ศ.1999-2000 ได้มีการจัดประชุมปฏิบัติการถึนานาชาติ ประกอบด้วยประเทศไทย ประเทศปากีสถาน ประเทศโคลัมเบีย และประเทศเม็กซิโก เครื่องชี้วัดดังกล่าวถูกนำมาพัฒนาปรับปรุงเพื่อใช้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา และได้มีการทดลองใช้ในหลายประเทศ เช่น ประเทศไทย ปากีสถาน บังคลาเทศ มลฑลยูนานประเทศจีน แคมเบรูน แซมเบีย ซิลี เอกวาดอร์

นิกคาลากัวร์ กัวเตมาลา และประเทศเม็กซิโก รายละเอียดตัวชี้วัด มีการประยุกต์ในรายละเอียด แต่โครงสร้างหลัก มีดังนี้ (Harvard School of Public Health, 2006)

ข้อ 1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)

หมายถึง ผลลัพธ์ต่อสุขภาพประชาชน ซึ่งอาจหมายถึงการป่วย การตาย สถานะสุขภาพโดยรวม รวมไปถึงปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่นอกเหนือไปจากระบบสุขภาพ ได้แก่ สถานะเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆในการแก้ไขปัญหา

ข้อ 2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ (Financial barrier to equitable access) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ โดยที่ไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีหลักประกันสุขภาพ รวมไปถึงภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากค่ารักษาพยาบาล

ข้อ 3. ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน (Non-financial barrier to access) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากการเงินที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพอันเนื่องมาจากการกระจายที่ไม่ทั่วถึง หรือปัญหาการยอมรับในการเข้าไปใช้สถานบริการซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชน

ข้อ 4. ความครอบคลุม/ความเท่าเทียมของบริการ (Comprehensiveness of care and tiering) หมายถึง ความครบถ้วนทั่วถึงของการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการปฐมภูมิ ซึ่งรวมถึงความต่อเนื่องของบริการและระบบการส่งต่อ นอกจากนั้นยังเน้นไปที่ความเท่าเทียมในการใช้บริการทางการแพทย์ ที่ไม่มีการแบ่งแยกประชาชนให้ได้รับบริการที่แตกต่างกัน

ข้อ 5. ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน (Equitable financing) หมายถึง การจ่ายเงินเข้าระบบสุขภาพที่ควรแปรไปตามความสามารถในการจ่ายของประชาชน กล่าวคือผู้มีรายได้น้อยควรมีการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากกว่าผู้มีรายได้น้อย เพื่อเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงิน

ข้อ 6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care) หมายถึง การให้บริการมีความเหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีกลไกการพัฒนาคุณภาพที่ดี บริการที่มีความสมเหตุสมผล และคุ้มค่า ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

ข้อ 7. ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ (Administrative efficiency) หมายถึง การลดต้นทุนการบริหารที่ไม่จำเป็น และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม อันส่งผลต่อทุนโดยรวมของบริการสุขภาพ

ข้อ 8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment) หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ทั้งด้านการรับรู้ข้อมูล การเสนอแนะต่อบริการ การร่วมจัดบริการ และการร่วมตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ข้อ 9. ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy) หมายถึง การมีโอกาสดำเนินการเลือกใช้บริการของประชาชน และความมีอิสระของสถานบริการในการบริหารจัดการบริการที่เหมาะสม (พินิจ ฟาอำนาจผล และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ม.ป.ป.)

ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmark of Fairness) นี้ได้ถูกประยุกต์และนำมาทดลองใช้ในประเทศไทยครั้งแรกโดยศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ โดยการประยุกต์และพัฒนาร่วมกับวิทยาลัยการสาธารณสุขแห่งมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด (Pannarunothai S, Srithamrongsawat S. 2004) เป็นการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพหลังจากมีการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมุ่งหวังประสิทธิภาพของระบบและความเป็นธรรมในการดำเนินงาน ทั้งนี้รายละเอียดในตัวเครื่องมือวัดนั้นครอบคลุมมากกว่าคำจำกัดความของคำว่า “ความเป็นธรรมทางสุขภาพ” เป็นอย่างมาก ในการพัฒนาและประยุกต์ในครั้งนี้ พบจุดแข็งและจุดอ่อนของเครื่องมือ ดังนี้

จุดแข็ง: ในทัศนะของนักวิจัยที่ได้ทำการศึกษารายละเอียดเครื่องมือนี้ พบว่าเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmark of Fairness) ที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการวัดประสิทธิภาพ ของการปฏิรูประบบสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถมองเห็นภาพของความเป็นธรรม ซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม (Abstract) ให้สามารถมองเป็นและวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม จับต้องได้ ไม่ได้เป็นสิ่งที่พูดหรือลอยอยู่ในอากาศอีกต่อไป อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในบริบทที่แตกต่างกัน ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ใช้

ข้อจำกัด: ผลของการปฏิรูประบบสุขภาพ บางประเด็นมีการเปลี่ยนแปลงสามารถวัดได้ในระยะที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบนั้น แต่ประเด็นอาจจะยังไม่ส่งผลสุขภาพในระยะสั้นๆ แต่อาจเกิดผลในระยะยาว ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดในการนำมาประเมินเทียบเคียงผล

หลังจากนั้น ได้มีการพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพดังกล่าวโดยศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และพินิจ ฟาอำนาจผล ได้ใช้เครื่องมือวัดเปรียบเทียบผลการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเปรียบเทียบผลเมื่อ 3 ปีที่แล้ว และใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม 8 กลุ่ม ใน 10 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งเป็นการพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยอาศัยกลไก

ประชาคม (ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ และพินิจ ฟ้าอำนวยการผล, 2548, หน้า 11-15) ในการพัฒนาและประยุกต์ในครั้งนี้ พบจุดแข็งและจุดอ่อนของเครื่องมือ และการดำเนินงาน ดังนี้

จุดแข็ง: ในกระบวนการดำเนินการด้วยการวัดผลไปประชาคมและนำผลที่ได้โดยกลุ่มเป็นคนให้ค่า ว่าผลที่เกิดขึ้นแตกต่างจากที่ผ่านมาหรือไม่ จะทำให้เกิดความเที่ยงมากขึ้นในการวัด อีกทั้งยังสามารถแปลผลจากความรู้สึกที่เป็นนามธรรม มาเป็นค่าคะแนนความเป็นธรรมที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมและวัดเทียบเคียงกันได้ อีกทั้งยังดำเนินการในกลุ่มที่หลากหลาย จะส่งผลให้ค่าที่ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงยิ่งขึ้น

ข้อจำกัด: ข้อจำกัดของเครื่องมือที่เกิดจากการใช้ค่าคะแนน Z-score มาเป็นคะแนนความเป็นธรรม ได้แก่

1. Asymmetric Distribution : การกระจายของค่าคะแนนที่บิดเบี้ยว ไม่สมมาตร ซึ่งทำให้คะแนนกระจายไม่เท่ากันระหว่างคะแนนบวก กับคะแนนลบ จึงควรนำลำดับที่ มาพิจารณาประกอบด้วย

2. Ceiling of possible maximum or minimum score : คะแนนที่ได้จะมีค่าสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้ อาจไม่ถึง +4 แม้จะมีความครอบคลุม 100 % ก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างค่าสูงสุดและต่ำสุด เมื่อเทียบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. Gap ignorance: ค่าคะแนน Z-score จะไม่แสดงความแตกต่างของข้อมูล ทำให้ไม่ทราบความกว้างของความแตกต่าง ข้อมูลบางอย่างมีค่า Z-score ใกล้เคียงกันมากแต่ค่าคะแนนความจริงแตกต่างกันมาก จึงควรพิจารณาคะแนนควบคู่ไปกับข้อมูลจริง

Mooney นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อธิบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์วัดความเป็นธรรม ดังนี้

1. ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว
2. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว
3. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
4. ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
5. ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
6. ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล
7. ความเสมอภาคของสุขภาพ

Mooney ได้ใช้ความเสมอภาคมาอธิบายความหมายของความเป็นธรรม โดยเน้นที่ความเท่าเทียมกัน ซึ่งใกล้เคียงหรือเทียบเคียงกับความเป็นธรรมในแนวราบ โดยที่ทุกคนที่มีความจำเป็นทาง

สุขภาพที่เท่ากัน ควรได้รับการสุขภาพที่เท่ากัน และอาจกล่าวได้ว่า Mooney มองประเด็นของค่าใช้จ่ายต่อหัวเป็นแนวราบด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่สามารถมองแตกต่างออกไป เนื่องจากนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขส่วนใหญ่มักจะมองเรื่องของการจ่ายเงินของบุคคลเป็นความเป็นธรรมในแนวดิ่ง คือผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายที่แตกต่างกัน จะจ่ายเงินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ เมื่อแยกประเด็นต่างๆ ที่ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาและนักวิชาการให้ความสนใจศึกษา อาจแยกเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544)

1. ความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ
2. ความไม่เสมอภาคของการจัดสรร/กระจายทรัพยากรสาธารณสุข
3. ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1. ความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ

ความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ ประเด็นที่สามารถเป็นเกณฑ์ด้านความเสมอภาคที่ชัดเจนก็คืออัตราการตายของทารก โดยมีข้อมูลอัตราการตายของทารกในเขตและนอกเขตเทศบาลที่มีความแตกต่างกันถึง 1.85 เท่า โดยที่ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา อัตราตายทารกลดลงเรื่อยๆ หากแต่ความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

2. ความไม่เสมอภาคของการจัดสรร/กระจายทรัพยากรสาธารณสุข

ความไม่เสมอภาคในการจัดสรร/การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทยยังคงเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียม มีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกันอย่างชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเปรียบเทียบกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายละเอียดเหล่านี้สอดคล้องกับการกระจายทรัพยากรอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ การกระจายงบประมาณสาธารณสุข แต่ในประเด็นของงบประมาณนั้นเริ่มมีแนวทางที่ดีขึ้นเมื่อมีการจัดสรรงบประมาณรายหัวประชากรตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขรายภาค พ.ศ.2542

ประเภท/ภาค	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ใต้	อีสาน	เฉลี่ย
เตียง	1:199	1:376	1:478	1:509	1:780	1:455
สถานีนอนมัย	1:39,346	1:3,660	1:4,047	1:4,090	1:5,038	1:4,304
แพทย์	1:760	1:3,653	1:4,869	1:4,888	1:8,116	1:3,395
ทันตแพทย์	1:2,991	1:17,494	1:27,225	1:25,663	1:38,487	1:15,295
เภสัชกร	1:2,132	1:11,458	1:16,610	1:13,382	1:25,954	1:10,158
พยาบาลรวม	1:252	1:558	1:676	1:605	1:1,064	1:619
พยาบาล ว.	1:305	1:855	1:1,022	1:973	1:1,707	1:905
พยาบาล ท.	1:1,444	1:1,609	1:1,994	1:1,597	1:2,822	1:1,952
ร้านขายยา	1:2,039	1:9,311	1:19,062	1:16,721	1:39,704	1:10,315
แผนปัจจุบัน						
ร้านขายยา	1:14,209	1:25,239	1:38,063	1:42,018	1:40,999	1:30,820
แผนโบราณ						

ที่มา สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ: ระบบสุขภาพของประเทศไทย, หน้า 17

ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ใน Thailand Health Profile 2001-2004 (Suwit Wibulpolprasert et al, 2005) เกี่ยวกับการกระจายแพทย์ในภูมิภาคต่างในประเทศไทย อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร และสัดส่วนความแตกต่างของแพทย์ในภาคต่างๆเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในเรื่องของอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรโดยพบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร = 1: 1210 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ = 1: 25713 แตกต่างกันถึง 21.5 เท่า ในปี ค.ศ. 1979 และมีแนวโน้มลดลงโดยพบว่าอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร = 1: 767 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ = 1: 7251 แตกต่างกันถึง 9.5 เท่า ในปี ค.ศ. 2002 อย่างไรก็ตามความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ต่อผู้ป่วยในแต่ละภาคมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในระหว่างภาคก็ลดแคบลงอย่างต่อเนื่องด้วย รายละเอียดดังตาราง

ตาราง 2 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรแยกตามภูมิภาคต่างๆในประเทศไทย

	1979	1989	1999	2001	2002
Bangkok Metropolis	4,069 (1,210)	5,888 (1,062)	7,438 (760)	7,504 (760)	7,504 (767)
The Central	814 (11,652)	2,008 (5,920)	3,917 (3,653)	4,315 (3,375)	4,135 (3,566)
The North	741 (13,112)	2,021 (5,331)	2,494 (4,869)	2,699 (4,488)	2,698 (4,499)
The South	362 (15,641)	1,165 (6,306)	1,659 (4,888)	1,612 (5,127)	1,678 (4,984)
The Northeast	633 (25,713)	1,631 (11,762)	2,632 (8,116)	2,817 (7,614)	2,972 (7,251)
Disparity between Bangkok's Northeast's population/doctor ratios	1:21.3	1:11.1	1:10.7	1:10.0	1:9.5

Sources Reports on Health Resources. Bureau of Policy and Strategy, MOPH

- Notes**
1. Figures in () are populations to doctor ratios.
 2. Figures from the surveys are estimated to be 20 % less than actuality.

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขนับว่าส่งผลต่อสุขภาพอนามัยเป็นอย่างยิ่ง ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบในภาพและรายละเอียดที่กว้างขวาง เพราะอุปสรรคในการเข้าถึงบริการนั้นมีมากมาย ทั้งระบบการจัดการภาครัฐหรือแม้แต่ผู้รับบริการ หากมองประเด็นการกระจายทรัพยากรอาจดูได้จากการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ เรื่องการกระจายเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย 2538 โดยพบว่าการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการกระจายที่ไม่เสมอภาค โดยพบว่าการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี 2541 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน

กรุงเทพฯ มี 14.8 เครื่อง/ประชากรล้านคน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 1.8 เครื่อง/ประชากรล้านคน เฉลี่ยทั่วประเทศมี 3.9 เครื่อง/ประชากรล้านคน (จเด็จ ธรรมธัชอารี, 2544, หน้า 25) หากคิดอัตราส่วน เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีค่าต่ำสุดเป็น 1 จะพบว่าในปี 2541 กรุงเทพมหานครจะมีค่าดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy Index) เป็น 8.6 ดัชนีเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคในการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ถึงแม้ว่าในหลายกรณีจะทราบรายละเอียดว่ามีการกระจายที่แตกต่างกัน แต่การแก้ไขนั้นก็ยังไม่อย่างล้ำลึก การศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทย: ประสพการณ์ของผู้บริหารระดับสูง พบว่า การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขเป็นประเด็นที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เห็นว่ายังเป็นปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร และควรมีการปฏิบัติเป็นรูปธรรม รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการร่วมดำเนินการด้วย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2548, หน้า 28)

3. ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ในประเด็นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้น สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับรายได้ของคนจน มีสัดส่วนที่มากกว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยมาก โดยข้อมูลการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2535 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนจนคิดเป็นร้อยละ 8.17 ของรายได้ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยคิดเป็นร้อยละ 1.27 ของรายได้ เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ามี ความแตกต่างกันคิดเป็น 6.4 เท่า แต่แนวโน้มความแตกต่างด้านค่าใช้จ่ายแค้นลงโดยพบว่า ในปี พ.ศ.2541 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนจนคิดเป็นร้อยละ 4.22 ของรายได้ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยคิดเป็นร้อยละ 1.23 ของรายได้ เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่ามี ความแตกต่างกันเหลือเพียง 3.4 เท่า

จากกรณีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย กนกพร สุธนัฐกุล และคณะ ทำการศึกษาเรื่อง ต้นทุนบริการผู้ป่วยแยกตามประเภทสิทธิ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า ต้นทุนบริการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มสิทธิมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน กลุ่มข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีต้นทุนสูงสุดคือ 23,655 บาท/ครั้ง ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีต้นทุนบริการต่อครั้งเพียง 10,576 บาท/ครั้ง และสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค มีต้นทุนบริการ 15,068 บาท/ครั้ง ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกพบว่า กลุ่มข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีต้นทุนสูงสุดคือ 1,952 บาท/ครั้ง ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีต้นทุนบริการต่อครั้งเพียง 832 บาท/ครั้ง และสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค มีต้นทุนบริการ 874 บาท/ครั้ง (กนกพร สุธนัฐกุล ศิริรัตน์ สนชัย และศุภสิทธิ พรพรรณารุณทัย, 2547, หน้า 7)

การศึกษาของสถาบันนโยบายและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แห่งประเทศญี่ปุ่น โดยศาสตราจารย์ ฮิเดโอะ เอ็นโด และคณะ เรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการจ่ายเอง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบนานาชาติโดยใช้ อัตราส่วนค่าใช้จ่ายและดัชนีคความ (Kakwani index) พบว่าญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีค่าดัชนีคความต่ำ ประชาชนทุกกลุ่มรายได้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับเดียวกัน ทั้งที่ช่องว่างระหว่างกลุ่มรายได้ค่อนข้างน้อย แต่ดัชนีคความก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ในสหรัฐอเมริกา ความสัมพันธ์เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มรายได้มีความแตกต่างกันมากกว่าญี่ปุ่น เนื่องจากช่องว่างระหว่างกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกันมากกว่า อย่างไรก็ตาม ดัชนีคความของสหรัฐอเมริกามีค่าน้อยกว่าญี่ปุ่น (Institute for Health Economics and Policy, 2001)

กรณีเดียวกัน มีเอกสารวิชาการหลายฉบับที่มีความพยายามจะศึกษาเพื่อยืนยันผลว่าสิ่งที่รัฐดำเนินการในปัจจุบันนั้น ความเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร เช่น จากการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิวและคณะ ในปี พ.ศ.2544 เรื่อง “ความเป็นธรรมทางสุขภาพการประเมินระดับครัวเรือน” โดยทำการศึกษาในจังหวัด 4 จังหวัดนำร่องจากทั้งสิ้น 21 จังหวัดนำร่องมา ดำเนินตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการสำรวจครัวเรือนพบว่า นโยบายนี้เป็นที่ชื่นชอบทั้งครัวเรือนร่ำรวยและครัวเรือนยากจน ประชาชนไทยเปลี่ยนแนวคิดจากเชิงเสรีนิยม (โดยให้ครัวเรือนรับผิดชอบจ่ายเงินเอง) เอนเอียงไปทางนโยบายสังคม สวัสดิภาพนิยม โดยลดการแบ่งแยกเป้าหมายระหว่างคนรวยคนจน เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างครัวเรือนภายใต้หลักประกันสำคัญของประเทศ (สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ ประกันสังคม 30 บาทรักษาทุกโรค) พบว่าผู้ได้รับสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังมีอัตราการใช้สิทธิเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับบริการในระดับต่ำ ทั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการใช้บริการผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามครัวเรือนที่ยากจน มีอัตราการปฏิบัติตามสิทธิที่ตนมีสูงกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย หมายความว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสามารถบรรลุผลได้บางส่วน เมื่อเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะการจ่ายเงินเมื่อรับบริการ ผู้มีสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรคได้รับการปกป้องจากการจ่ายเงินแบบถดถอยต่อรายได้ครัวเรือนกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเฉพาะครัวเรือนยากจนยังรับภาระสูงเมื่อแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อให้นโยบายมีประสิทธิภาพผลระยะยาว ควรบริหารจัดการนโยบายนี้เน้นหนักในด้านอุปทานของบริการสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทิวและคณะ, 2545, หน้า 7)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินความเป็นธรรมในการให้บริการและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า “การใช้บริการผู้ป่วยนอกรวมของผู้สูงอายุมีความเป็นธรรม ทั้งโอกาสในการให้บริการและความถี่ในการให้บริการ และขึ้นกับความเป็นธรรมด้านสถานะสุขภาพเป็นหลัก คือการมีโรคเรื้อรัง ทั้งที่มีและไม่มีภาวะทุพพลภาพ ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในนั้นยังคงมีความไม่เป็นธรรม โดยผู้สูงอายุในเมืองและผู้รายงานว่าสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน มีความถี่ในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในชนบทและที่รายงานว่าจะไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน อย่างไรก็ตามพบว่ามี ความแตกต่างในประเภทสถานพยาบาลที่ใช้ของคนในเขตเมืองและชนบทและระหว่างชั้นรายได้ การขาดข้อมูลด้านคุณภาพและประสิทธิผลของบริการทำให้ยากที่จะบอกได้ว่า การใช้บริการดังกล่าวมีความเป็นธรรมหรือไม่ ในด้านภาระค่าใช้จ่ายนั้นพบว่า ภาระค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีเมื่อเทียบกับรายได้ต่อคนของผู้สูงอายุนั้นยังคงสูงมากโดยเฉพาะกลุ่มคนจนและไม่เป็นธรรม โดยภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญ” (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2547, หน้า 8)

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ กรณีที่มีการซื้อบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ในมุมมองของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2544) มองภาพประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพเกี่ยวกับการกระจายบริการและภาระค่าใช้จ่าย โดยประเด็นดังกล่าวถือเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของนโยบายสาธารณะ โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ประเด็น

1. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (Equity in Access) มองประเด็นที่ประชาชนที่มีภูมิฐานะอาศัยในเขตเมือง สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและยังสามารถเข้าถึงบริการของแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง ในขณะที่ประชาชนที่อาศัยในเขตชนบท ต้องผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน มีวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่ด้อยกว่า

2. ความเป็นธรรมในด้านการคลัง (Equity in Finance) ประชาชนที่มีภูมิฐานะอาศัยในเขตเมือง สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและยังสามารถเข้าถึงบริการของแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง จะมีต้นทุนการจัดบริการทางการแพทย์ที่สูงกว่าเขตชนบท เท่ากับว่ารัฐอุดหนุนประชาชนในเขตเมืองมากกว่าประชาชนในเขตชนบท และหากเปรียบเทียบกลุ่มที่มารับบริการ รัฐอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ

เป็นที่ถกเถียงกันทางวิชาการในระดับโลกเกี่ยวกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพว่าจะทำอย่างไรหรือมีรูปแบบการดำเนินการอย่างไร ให้เกิดความสมดุลและเหมาะสม หากไม่สามารถดำเนินการให้เกิดความสมดุลและเหมาะสมได้ ไม่ว่าจากสาเหตุใด ควรให้ความสำคัญกับประเด็นไหนมากกว่า ในบริบททางระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง เช่นใด และปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการบรรลุความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพ

4. การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

วิธีการวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ สามารถวัดได้ 3 วิธีหลักๆ คือ

4.1 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างบุคคล

4.2 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคล

4.3 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างพื้นที่ (พินิจ ฟาอำนวนยผล, 2543, หน้า 5)

4.1 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างบุคคล (Inter-individual health differences) การวัดความไม่เสมอภาคระหว่างบุคคล เป็นการวัดความแตกต่างระหว่างระดับของสุขภาพในแต่ละคน แล้วนำระดับสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นมาคำนวณหาความแตกต่างทั้งหมดระหว่างบุคคล วิธีการคำนวณความแตกต่างระหว่างบุคคลนั้น มี 2 วิธีการคือ

วิธีที่ 1 การวัดผลรวมของความแตกต่างของสุขภาพระหว่างคนแต่ละคนกับค่าเฉลี่ย (Individual Mean Differences)

วิธีที่ 2. การวัดผลรวมของความแตกต่างของสุขภาพระหว่างคนแต่ละคนที่จับคู่กันแต่ละคู่ (Inter Individual Differences)

4.2 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคล (Inter-social group health differences) เป็นวิธีการวัดความแตกต่างระหว่างระดับสุขภาพในกลุ่มบุคคล เป็นวิธีการวัดความไม่เสมอภาคระหว่างกลุ่มบุคคลที่ง่าย และสามารถนำมาใช้ในเชิงนโยบายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายทางด้านสังคม โดยสามารถแยกกลุ่มบุคคลออกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น เศรษฐกิจ สังคม การปกครอง เขตการควบคุม โดยสามารถวัดความแตกต่างได้หลายวิธี เช่น

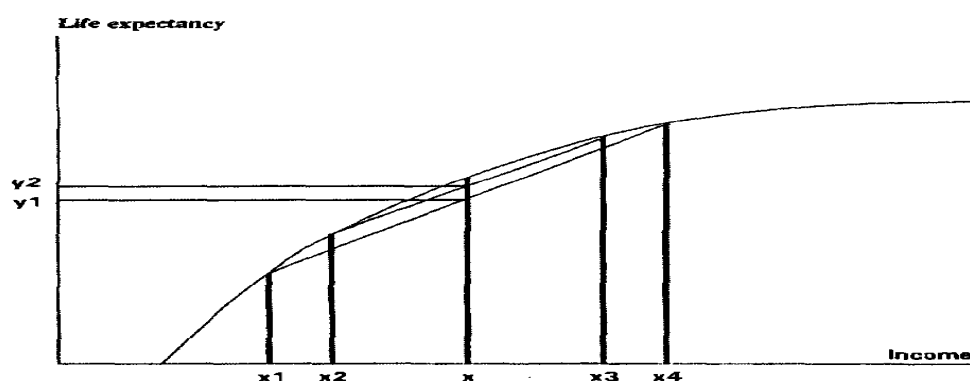
4.2.1 การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลโดยแบ่งตามลำดับที่ของรายได้ (Income Quintile or Deciles) เป็นการแบ่งกลุ่มบุคคลตามลำดับที่ของรายได้ที่รับ โดยนำรายได้ของบุคคลมาเรียงลำดับกันอาจเรียงจากมากไปหาน้อยหรือน้อยไปหา มาก และนำมาแบ่งสัดส่วนให้เท่าๆ กัน โดยอาจแบ่งเป็น 5 ช่วงๆ ละ 20 % (Quintile) หรือแบ่งเป็น 10 ช่วงๆ ละ 10 % (Deciles) เป็นต้น

4.2.2 การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลโดยแบ่งตามระดับรายได้ (Absolute Income) โดยสามารถแบ่งกลุ่มตามระดับรายได้ที่ได้รับจริงโดยกำหนดค่า

อ้างอิงค่าใดค่าหนึ่งในการแยกกลุ่มออกเป็นกลุ่มต่างๆ ที่ต้องการวัดความแตกต่างนั้น เช่น กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มรายได้สูง โดยกำหนดค่าอ้างอิงเป็น รายได้น้อย มีค่าอ้างอิงว่าต้องมีรายได้น้อยกว่าค่าอ้างอิงค่าหนึ่งที่กำหนด เช่น อาจกำหนดเป็น 3,000 บาท/เดือน เป็นต้น รายได้ปานกลาง อาจกำหนดค่าอ้างอิงค่าหนึ่งเช่น มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001 ถึง 30,000 บาท/เดือน และกำหนดกลุ่มที่มีรายได้สูง เป็น มีรายได้ตั้งแต่ 30,001 บาท/เดือน ขึ้นไป เป็นต้น

จากการศึกษาของ โจดี้ เฮแมน เรื่อง Global Inequality at Work: Work's Impact on the Health of Individuals, Families and Societies. พบว่า ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งมีผลมาจากโลกาภิวัตน์และระบบเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อรายได้ที่ไม่เท่าเทียม และสิ่งนี้เป็นปัจจัยสำคัญหลัก ในระดับสุขภาพที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นระหว่างกลุ่มรายได้ในเมืองเดียวกันหรือระหว่างเมือง โดยที่กลุ่มที่มีระดับรายได้ต่ำกว่ามีแนวโน้มของระดับสุขภาพที่ต่ำกว่า การปรับเปลี่ยนนโยบายด้านเศรษฐกิจและสาธารณสุขจะเป็นกลไกที่นำไปสู่การลดช่องว่างความแตกต่างด้านสุขภาพได้ (Heymann J, 2003)

จากรายงานของ นอร์แมน บี แอนเดอร์สัน ในหนังสือสารานุกรมสุขภาพและพฤติกรรม เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และสุขภาพ พบว่า เมื่อช่องว่างของรายได้เพิ่มมากขึ้น อายุคาดเฉลี่ยจะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยเสนอความสัมพันธ์ ดังภาพต่อไปนี้ (Norman b. Anderson, 2004)



ภาพ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุคาดเฉลี่ยกับระดับรายได้ประชาชนในสหรัฐอเมริกา

ที่มา ประยุกต์จากนอร์แมน บี แอนเดอร์สัน (Norman b. Anderson, 2004)

4.2.3 การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลโดยแบ่งตามลำดับชั้นทางสังคม (Social Classes) การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลในบางประเทศสามารถทำได้ตามลำดับชั้นทางสังคม ทั้งนี้ ประเทศดังกล่าวจะต้องมีการแบ่งลำดับชั้นทางสังคมที่ชัดเจน เช่น ประเทศอินเดีย จึงจะสามารถวัดและแยกลำดับชั้นได้ถูกต้อง ข้อมูลที่ได้มาจึงจะเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

จุดแข็ง: ในการวัดด้วยวิธีนี้จะเหมาะสำหรับประเทศที่มีการแบ่งลำดับชั้นทางสังคมอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบให้เห็นผลของความแตกต่างที่ปรากฏได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเช่นการศึกษาของ จิซนู ดาส ,ไพรยานกา ปานเดย์ และไทรสถาน ซายอน (Das J, Pandey P. and Zajonc T., 2006) เรื่อง ระดับการศึกษาและช่องว่างทางการศึกษาในประเทศปากีสถาน พบว่า ระดับคะแนนและผลการศึกษารวมของนักเรียนประถมศึกษาทั้งของรัฐและเอกชนในชนบทมีระดับต่ำกว่าผลการศึกษามาตรฐานของประเทศ หากดูรายละเอียดพบว่า ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างนักเรียนที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะดีและพ่อแม่อ่านออกเขียนได้ มีระดับการเรียนรู้ที่ดีกว่า นักเรียนที่ครอบครัวยากจนพ่อแม่ไม่ได้รับการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีระดับความรุนแรงในเมืองที่มีค่าครองชีพสูงๆ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเมือง พบว่า เมืองที่มีเจริญและมั่งคั่งมากกว่าจะมีระดับผลการศึกษที่ดีกว่า

จุดอ่อน: สามารถดำเนินการวัดได้เฉพาะกลุ่มประเทศที่มีการกำหนดลำดับชั้นทางสังคมชัดเจน เช่นอินเดีย ไม่สามารถนำมาใช้ในกลุ่มประเทศที่ประชาชนมีความเท่าเทียมกัน และแบ่งแยกไม่ชัดเจน เพราะจะส่งผลต่อการสรุปตัวอย่างจากประชากรที่จะเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

4.2.4 การวัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลโดยแบ่งตามลักษณะทางสังคมอื่นๆ เช่น แบ่งกลุ่มตามเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา ฯลฯ

การวัดความแตกต่างทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคล สามารถวัดได้โดยการนำค่าเฉลี่ยของสุขภาพแต่ละกลุ่มบุคคลมาเปรียบเทียบกัน โดยการคำนวณเป็น อัตราส่วนระหว่างอัตรา(Rate Ratio) หรือความแตกต่างระหว่างอัตรา (Rate Difference) ในการศึกษาเปรียบเทียบความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มบุคคลจะใช้ประเด็นใดในการแยกกลุ่มเพื่อการศึกษาจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ ว่าต้องการอะไร เพื่ออะไร และเมื่อได้ผลลัพธ์แล้วนำไปใช้ชี้ให้เห็นสถานการณ์อย่างไร นำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์อย่างไร ในกรณีตัวอย่างการศึกษาเปรียบเทียบความเสมอภาคระหว่างกลุ่ม พบการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ เรื่อง การใช้เครื่องสลายนิวไนในประเทศไทยประสิทธิภาพและความเสมอภาค (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2537) โดยทำการศึกษาประสิทธิภาพและความเสมอภาคในหลายกรณี เช่น

1. เปรียบเทียบความเสมอภาคระหว่างกลุ่มในประเด็นค่าใช้จ่าย
2. เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการระหว่างกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพ
3. เปรียบเทียบการกระจายทรัพยากรระหว่างพื้นที่ในภาคต่างๆ
4. เปรียบเทียบประสิทธิผลทางคลินิกกับความพึงพอใจเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน

4.3 ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างพื้นที่ (Inter –Area Health Difference)

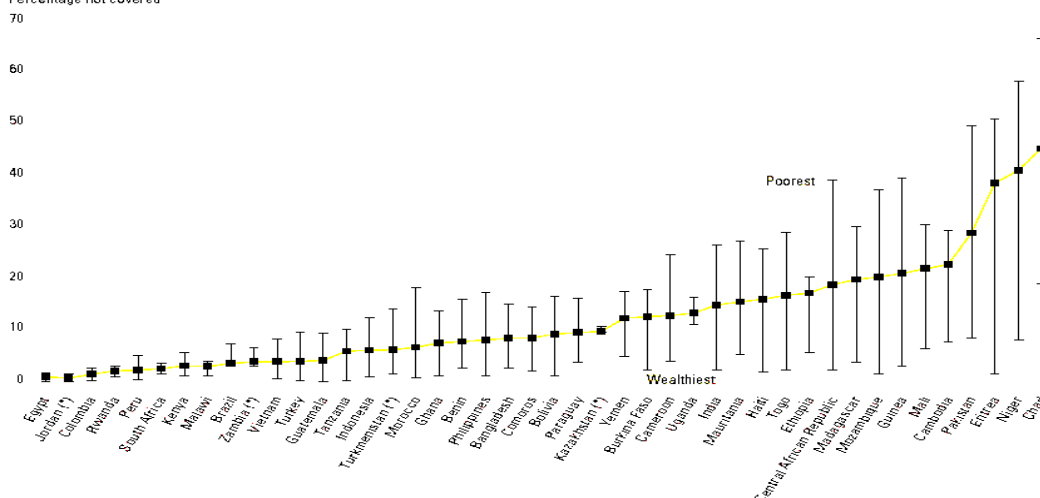
การวัดความไม่เสมอภาคระหว่างพื้นที่นับเป็นวิธีการวัดความไม่เสมอภาคที่เหมาะสมที่สุด (พินิจ ฟ้าอำนวยผล, 2543, หน้า 9) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวัดความไม่เสมอภาคระหว่างพื้นที่ขนาดเล็ก (Small Area) วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้แทนการวัดความไม่เสมอภาคระหว่างบุคคล เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล การวัดความแตกต่างทางสุขภาพระหว่างพื้นที่ที่สามารถทำได้ด้วยการศึกษาลักษณะการกระจายความแตกต่างระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราสูงสุด กับต่ำสุด โดยสามารถผสมผสานข้อมูลเข้ากับระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS: Geographical Information System)

ในการศึกษาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างพื้นที่ ได้มีการวิเคราะห์หลายระดับ (Multilevel analysis) เพื่อประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพที่วัดด้วยอัตราตาย และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของพื้นที่ต่อการตายในพื้นที่ขนาดเล็ก (Small Area) โดยการวิเคราะห์หลายระดับ (Multilevel Analysis) พบว่า “ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของพื้นที่ที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพที่วัดด้วยข้อมูลการตายอย่างน้อย 2 กลไก คือ ผ่านอิทธิพลปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และผ่านอิทธิพลทรัพยากรบริการสุขภาพ ซึ่งมีน้ำหนักของอิทธิพลที่แตกต่างกันในระดับอำเภอและจังหวัด การวิเคราะห์หลายระดับช่วยในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการตายระหว่างพื้นที่ภูมิศาสตร์และความแปรปรวนของอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายระหว่างพื้นที่ได้” (พินิจ ฟ้าอำนวยผล, 2547, หน้า 69-71)

ตัวอย่างที่มองเห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้นเป็นข้อมูลของธนาคารโลกในวารสารประจำปีของธนาคารโลก ประเด็นความเป็นธรรมและการพัฒนาพบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างประเทศแม้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน ในการได้รับวัคซีนโดยวัดจากความครอบคลุมการได้รับวัคซีน และความแตกต่างระหว่างคนที่มีความยากจนที่สุดเทียบกับกลุ่มที่รวยที่สุด ทั้งนี้ อาจมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งงานวิจัยหลายฉบับถึงแม้จะดำเนินการวัดในประเทศเดียวกัน แต่ต่างเมือง หรือต่างพื้นที่ ผลที่ออกมาก็มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีช่องว่างที่แคบกว่ากลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ที่พบว่ามีช่องว่างระหว่างพื้นที่ที่กว้างกว่า

Figure 1 Wealth matters for the immunization of children

Percentage not covered



ภาพ 2 ความแตกต่างการรับวัคซีนของกลุ่มที่มีฐานะแตกต่างกันในประเทศกำลังพัฒนา

ที่มา The World Bank Report, 2006.

กล่าวโดยสรุป การศึกษาแต่ละวิธี มีจุดแข็งและข้อด้อยที่แตกต่างกัน การศึกษาโดยส่วนใหญ่จะเลือกใช้วิธีการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและไม่มีข้อจำกัดในงานวิจัย

5. แนวคิดและหลักการพื้นฐานในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดและหลักการพื้นฐานในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผ่านมาพบรายละเอียดได้ดำเนินงานสอดคล้องกับ “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” บทที่กำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทาง ระบุชัดเจนว่า “ประชาชน” ซึ่งหมายถึง “พลเมืองของรัฐ” หรือบุคคลที่มีสภาพเป็น “พลเมือง” ของประเทศไทย ไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มคนไร้สัญชาติหรือบุคคลที่ไม่ได้มีสัญชาติไทยแต่ประการใด

จากเอกสารของ คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน” (คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 15-24) ได้เสนอภาพลักษณ์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ (Ultimate Scenario) ดังนี้

5.1 ครอบคลุมประชาชนทุกคน (Universal Coverage) ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็น “สิทธิ”

5.2 ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (Core Package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (Cost Effectiveness) โดยให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วย (personal and family preventive and promotive service) เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นระยะๆ ด้วยข้อมูลที่มีหลักฐานสนับสนุน

5.3 ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.3.1 สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้สถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU)

5.3.2 ให้สถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) เป็นผู้รับสัญญาหลัก (Main Contractor)

5.3.3 ให้สถานบริการอื่นๆ ร่วมกันเป็นลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมภาครัฐ-เอกชน)

5.3.4 มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานบริการ (Health Care Accreditation)

5.4 ระบบการเงินการคลัง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.4.1 เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ผลในระยะยาว (Cost Containment System)

5.4.2 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้คิดอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและงบลงทุนด้วย

5.4.3 การจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่เพื่อดำเนินการให้จัดสรรเฉพาะงบดำเนินการที่รวมเงินเดือน โดยจัดสรรต่อหัวประชากรในพื้นที่ ทั้งนี้ให้ปรับเพิ่ม ลด (Adjust Rate) ด้วยตัวแปรอื่นๆ

5.4.4 ให้อำนาจเงินเครือข่ายบริการแบบปลายปิด โดยมีทางเลือก 3 วิธี คือ

- 1) Inclusive Capitation
- 2) Capitation and Global Budget

3) รวม ข้อ 1 และข้อ 2 เพิ่มแบบ Fee for service ตาม standard fee schedule

5.4.5 เน้นการจ่ายเงินตามผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

สิทธิการรับบริการสาธารณสุขที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้กำหนดไว้สำหรับ “บุคคล” โดยมาตรา 5 กำหนดว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้” (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545, หน้า 3) นั้นหมายความว่า เมื่อใดก็ตามที่มีสภาพเป็นบุคคล กล่าวคือเกิดมาและมีชีวิตก็มีสภาพเป็นบุคคล ทั้งนี้ก็วิจัยมองว่ามีน้อยสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน” และเมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออก “ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ พ.ศ.2546” ก็ยังคงใช้คำว่า “บุคคล” ในรายละเอียด เช่น “ข้อ 5 บุคคลใดประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้ยื่นคำขอต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547, หน้า 42) หากแต่เมื่อนำระเบียบดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติกลับมีรายละเอียดที่เปลี่ยนไป คือมีการกำหนดหลักเกณฑ์ว่า บุคคลที่จะดำเนินการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพได้ จะต้องมียศประจำตัวประชาชน 13 หลักและต้องมีสัญชาติไทย เท่านั้น ซึ่งประเด็นนี้เอง ส่งผลให้กลุ่มชาวเขากลุ่มหนึ่งที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก แต่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย ต้องถูกเรียกบัตรประกันสุขภาพกลับคืน และไม่สามารถดำเนินการได้ กระทั่ง ปัจจุบันประเด็นดังกล่าว นักวิจัยไม่สามารถบอกได้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปฏิบัติชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ อย่างไร หรือชอบและสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญหรือไม่ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาและตีความกันต่อไป

สิทธิ กับ สิทธิมนุษยชน (Rights and Human Rights)

1. สิทธิ (Rights)

ความหมายของสิทธิ มีความเห็นแยกเป็น 2 ความเห็นคือ

ความเห็นที่ 1. สิทธิ หมายถึง อำนาจที่กฎหมายให้แก่บุคคลอันมีเจตจำนง (Willensmacht, ภาษาเยอรมัน) โดยที่ความเห็นนี้ให้ความสำคัญของสิทธิ อยู่ที่ อำนาจที่กฎหมาย

ให้แก่บุคคล ความเห็นนี้ วินด์ไฮต์ (Windscheid) นักกฎหมายชาวเยอรมันให้คำจำกัดความไว้ (หยุด แสงอุทัย, 2538, หน้า 205)

ความเห็นที่ 2. สิทธิ หมายถึง ประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองให้ โดยที่ความเห็นที่ 2 นี้ เน้นหนักไปที่วัตถุประสงค์ (Zweck) ของสิทธิ กล่าวคือ กฎหมายให้เจตจำนง (Willensmacht) ก็เพื่อประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลมุ่งประสงค์ ฉะนั้นจึงควรจะต้องถือว่า สิทธิ เป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมากกว่าที่จะเป็นอำนาจ ความเห็นนี้ เยียร์ริง (Jhering) นักกฎหมายชาวเยอรมัน เป็นผู้คิดขึ้น (หยุด แสงอุทัย, 2538, หน้า 205)

ในมุมมองเรื่องสิทธิ หากใช้กรอบการคิดควบคู่ไปกับเรื่อง เสรีภาพ หรือสิทธิและเสรีภาพ โดยกรอบการคิดแบบ “หลักนิติรัฐ” (Rechtsstaat, ภาษาเยอรมัน) โดยที่หลักนิติรัฐ ประกอบด้วย หลักพื้นฐาน 2 ประการคือหลักสิทธิขั้นพื้นฐาน กับหลักแบ่งแยกอำนาจ (สมยศ เชื้อไทย, 2549, หน้า 96-98)

1.1 หลักสิทธิขั้นพื้นฐาน

สิทธิขั้นพื้นฐาน เป็นสิทธิที่ติดตัวมนุษย์แต่ละคน ซึ่งไม่มีใครสามารถพรากจากมนุษย์แต่ละคนได้ (Unalienable Rights) เป็นสิทธิของมนุษย์เองมิใช่สิทธิที่รัฐมอบให้ สิทธิเสรีภาพขั้นมูลฐานนี้สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ สิทธิมนุษยชน และ สิทธิพลเมือง

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิในฐานะที่เป็นมนุษย์ ได้แก่ สิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิเสรีภาพในเคหสถาน สิทธิเสรีภาพในการติดต่อสื่อสารถึงกันและกัน สิทธิเสรีภาพในการเดินทาง และสิทธิเสรีภาพในการเลือกถิ่นที่อยู่ สิทธิเสรีภาพในครอบครัว สิทธิเสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิเสรีภาพในการมีและใช้ทรัพย์สิน สิทธิเสรีภาพในการทำสัญญา สิทธิเสรีภาพในการที่จะแสดงความคิดเห็น

สิทธิพลเมือง หมายถึง สิทธิในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างเจตนารมณ์ของรัฐ ได้แก่ สิทธิเสรีภาพในอันที่จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มเป็นสมาคม หรือเป็นพรรคการเมือง สิทธิเสรีภาพในการลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง และสิทธิในการสมัครเข้ารับการเลือกตั้ง เพื่อการเข้าไปดำเนินการใดๆของรัฐ

1.2 หลักแบ่งแยกอำนาจ

หลักแบ่งแยกอำนาจ เป็นหลักการในเชิงเนื้อหาของหลักนิติรัฐ เป็นหลักการในการจัดวางอำนาจรัฐไม่ให้มีอำนาจเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ซึ่งเป็นหลักประกันสิทธิในแง่การจัดองค์กรจึงเป็นหลักการในเชิงรูปแบบของนิติรัฐ เพราะหลักการสำคัญของนิติรัฐที่เกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นจะปรากฏเป็นจริงขึ้นมาได้ยากหรือไม่ได้เลย หากอำนาจหน้าที่ในการตรากฎหมาย

หรืออำนาจนิติบัญญัติ อำนาจในการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย หรืออำนาจบริหาร และอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายของการกระทำขององค์กรเจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจตุลาการ รวมศูนย์อยู่ในบุคคลหรือคณะบุคคลเดียวกัน ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะได้รับการเลือกตั้งมาจากราษฎรตามวิถีทางประชาธิปไตยก็ตาม ก็มิอาจไว้วางใจผู้ปกครองที่มีอำนาจได้ ดังที่ Montesquieu กล่าวว่า “ประวัติศาสตร์แห่งการเมืองการปกครองของมนุษยชาติให้บทเรียนว่า บุคคลทุกคนเมื่อมีอำนาจ มีแนวโน้มว่าจะมัวเมาในอำนาจและใช้อำนาจเกินเลยอยู่เสมอๆ การใช้อำนาจอย่างพอเหมาะพอควรจะเป็นไปได้ก็แต่โดยการจัดตั้งองค์กรของรัฐในลักษณะที่ให้ อำนาจหนึ่งหยุดยั้งอีกอำนาจหนึ่ง การแบ่งแยกอำนาจทำได้โดยจัดให้อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหาร และอำนาจตุลาการ มีองค์กรผู้ใช้ต่างองค์กรกัน และเป็นอิสระจากกัน โดยให้องค์กรเหล่านั้นตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจกันและกัน (Check and Balance)

กลุ่มคลาสสิกเยอรมัน แบ่งสิทธิเป็นประเภท Status Negativus หรือกลุ่มของสิทธิและเสรีภาพที่ปราศจากการแทรกแซงของรัฐ การใช้สิทธิและเสรีภาพส่วนนี้ บังคับชนสามารถดำเนินการได้เอง โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องเข้ามาแทรกแซงใดๆ สิทธิส่วนนี้เป็นสิทธิที่ปฏิเสธอำนาจรัฐ บังคับบุคคลอาจเรียกร้องให้มีการแก้ไขเยียวยาจากรัฐได้ในกรณีที่มีการแทรกแซงหรือละเมิดจากรัฐ ตัวอย่างสิทธิกลุ่มนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 เช่น เสรีภาพในการนับถือศาสนา (มาตรา 37) เสรีภาพในเคหสถาน (มาตรา 33) เสรีภาพในการสื่อสาร (มาตรา 36) สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย (มาตรา 32) สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น (มาตรา 45) สิทธิเสรีภาพในทางวิชาการ (มาตรา 50) เป็นต้น สิทธิและเสรีภาพส่วนนี้ปฏิเสธอำนาจรัฐ และสิทธิอีกประเภทคือสิทธิที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้หากปราศจากการดำเนินการของรัฐหรือสิทธิประเภท Status Positivus หรืออาจเรียกอีกอย่างว่า “สิทธิเรียกร้อง” ตัวอย่างสิทธิประเภทนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 เช่น สิทธิในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (มาตรา 43) สิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุข (มาตรา 49)

หากนำบทบัญญัติตามมาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 จะพบความสอดคล้องกับบทบัญญัติ ตามมาตรา 25 แห่งปญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งบัญญัติไว้ว่า

1. มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตามมาตรฐานเพื่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี สำหรับตนเองและครอบครัว โดยรวมถึงการได้รับเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคง เมื่อว่างงาน เจ็บป่วย เป็นหม้าย ยามชราหรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขาไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. มารดาและเด็ก จำต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษทุกคน ไม่ว่าจะเกิดใน หรือ นอกสมรส ต้องได้รับการคุ้มครองจากสังคมเท่าเทียมกัน (ชูชัย ศุภวงศ์, 2538, หน้า 24)

2. ปัญหาสิทธิมนุษยชนกับผู้อพยพในประเทศไทย

จากรายงานของ คณะกรรมาธิการวิสามัญศึกษาปัญหาสิทธิมนุษยชนวุฒิสภา เรื่อง ปัญหาสิทธิมนุษยชน ซึ่งมีรายงานเมื่อ วันศุกร์ ที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2542 พบว่า ผู้ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนอีกกลุ่มหนึ่งในประเทศไทยก็คือ ผู้อพยพ สาเหตุที่ทำให้บุคคลอพยพเข้ามาในประเทศไทยมีอยู่หลายสาเหตุ เช่น เข้ามาเพื่อหลบหนีภัยจากความตายอันเกิดจากการสู้รบระหว่างชนในชาติ หรือ เข้ามาเพื่อหลบหนีจากความตายอันเกิดจากความยากจนที่ประสบอยู่ในประเทศต้นทาง ดังนั้น ผู้อพยพในประเทศไทยจึงอาจจะเป็นผู้อพยพหนีภัยการเมืองหรือเศรษฐกิจก็ได้

ในทางปฏิบัติของฝ่ายบริหารไทยมิได้ถือตามข้อเท็จจริง ประกาศกระทรวงมหาดไทย เลขที่ 4678/2497 ลงวันที่ 8 เมษายน พ.ศ.2497 เกี่ยวกับผู้อพยพจากประเทศเพื่อนบ้าน กำหนดว่า “ผู้อพยพ” (Displaced Persons) หมายถึง ผู้ที่หนีจากอันตรายอันเนื่องมาจากการจลาจล การต่อสู้ หรือสงคราม และเข้ามาในราชอาณาจักรโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง บุคคลที่ได้รับการเรียกขานว่า “ผู้อพยพ” ในประเทศไทย จึงมีความหมายเฉพาะเพียง “บุคคลผู้ลี้ภัยจากความตายหรือผู้ลี้ภัยนั่นเอง” มิได้หมายรวมถึงบุคคลที่อพยพหนีความอดอยากในประเทศของตน เข้ามาหางานทำในประเทศไทย ซึ่งทางปฏิบัติไทยจะเรียกขานว่า “แรงงานต่างชาติ” มิใช่ผู้อพยพ เพราะเหตุใดประเทศไทยจึงไม่เรียกชนกลุ่มแรกว่า “ผู้ลี้ภัย” คำตอบก็คงเป็นเพราะรัฐเกรงว่า คำว่า “ผู้ลี้ภัย” จะนำตนไปสู่การยอมรับพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศในเรื่องผู้ลี้ภัยนั่นเอง (กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 101)

3. ความเป็นมาของปัญหาผู้อพยพในประเทศไทย

นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีผู้อพยพเพื่อหนีภัยต่อชีวิตจากต่างประเทศมาสู่ประเทศไทยอย่างน้อย 3 กลุ่ม ทั้งนี้โดยจำแนกตามช่วงเวลาที่มาถึงและถิ่นที่มาของผู้อพยพ ดังนี้

3.1 ผู้อพยพมาจากทางตอนใต้ของเทศจีน

มีประชาชนจำนวนมากอพยพเพื่อหลบหนีภัย อันเกิดจากความขัดแย้งในทางการเมืองในยุคที่ประเทศจีนเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบบการปกครองแบบเสรีประชาธิปไตย เป็นการปกครองในระบอบคอมมิวนิสต์ ส่งผลให้มีผู้อพยพมาจากประเทศจีนจำนวนหนึ่ง ซึ่งประเทศไทยได้ยอมรับให้อยู่ในประเทศไทยภายใต้นโยบายที่มีวิวัฒนาการตามสถานการณ์โลก โดยประเทศไทยได้จำแนกบุคคลดังกล่าวออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ได้แก่

อดีตทหารจีนคณะชาติ

จีนฮ่ออพยพ พลเรือน

จีนฮ่ออิสระ

ไทยลื้อ

แต่เนื่องจากความไม่สามารถส่งกลับบุคคลดังกล่าวกลับคืนไปยังประเทศต้นทางบุคคล ดังกล่าวจึงตกค้างอาศัยอยู่ในประเทศไทยมาแล้วจนถึงรุ่นหลาน อันทำให้ประเทศไทยต้องถูกบังคับให้ยอมรับให้บุคคลดังกล่าวตั้งรกรากอยู่ในประเทศไทย บุคคลดังกล่าวจึงได้รับการยอมรับ ในช่วงเวลาหลังๆ ในสถานะของ “ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย” โดยเวลาทั้งหมดที่พวกเขาอพยพเข้ามาในประเทศไทย พวกเขาจึงเริ่มจะได้รับการยอมรับให้ “ผสมกลมกลืนได้ในสังคมไทย” ดัง จะเห็นว่า มีการยอมรับให้บุคคลดังกล่าวได้สัญชาติไทยโดยหลายมติคณะรัฐมนตรี หรือการยอมรับให้บุคคลดังกล่าวมีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทยโดยหลายมติคณะรัฐมนตรี ดังนั้น ในทัศนคติของบุคคลทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน บุคคลในสถานการณ์นี้จึงไม่มีสถานะเป็น “ผู้อพยพ” อีกต่อไป ปัญหาอาจจะยังมีอยู่บ้างในส่วนที่เกี่ยวกับจีนฮ่ออิสระ ทั้งนี้ เพราะกระบวนการยอมรับให้บุคคลดังกล่าวกลมกลืนในสังคมยังไม่เสร็จสิ้นลง แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการนี้ก็คงจะเสร็จสิ้นลงในไม่ช้า ด้วยว่า ประเทศไทยไม่อาจจะปฏิเสธความเป็นจริงที่ว่า บุคคลดังกล่าวได้รับการผสมกลมกลืนแล้วในสังคมจนปรากฏมีความเป็นไทยแล้วในตัวบุคคลนั่นเอง

3.2 ผู้อพยพจากกลุ่มประเทศอินโดจีน (เวียดนาม ลาว และกัมพูชา)

กลุ่มที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้อพยพเพื่อหลบหนีภัยต่อชีวิต อันเกิดจากความขัดแย้งในทางการเมืองในยุคที่ประเทศเหล่านี้เปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบการปกครองแบบเสรีประชาธิปไตยมาเป็นการปกครองในระบอบสังคมนิยมประชาธิปไตยเช่นกัน ผลของเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้มีผู้อพยพกลุ่มใหญ่จากประเทศอินโดจีนเข้ามาในประเทศไทย ปรากฏการณ์เริ่มชัดเจนในราว พ.ศ.2515 จะเห็นว่าในช่วงต้นของเหตุการณ์ ประเทศไทยมีท่าทีที่ระมัดระวังอย่างยิ่งในการยอมรับให้ถิ่นที่พำนักแก่บุคคลดังกล่าว ในลักษณะเดียวกับกลุ่มแรก ฝ่ายบริหารของไทยไม่ยอมเรียกบุคคลดังกล่าวว่า “ผู้ลี้ภัย” ด้วยเกรงว่าถ้อยคำเช่นนั้นจะนำมาซึ่งพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศ แต่ประเทศไทยก็ได้ยอมรับผู้หนีภัยต่อชีวิตจำนวนมากจากประเทศอินโดจีนให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยภายใต้คำว่า “ผู้อพยพ” หรือ “ผู้พลัดถิ่น” และในปัจจุบันบุตรหลานของบุคคลดังกล่าวก็ได้รับการผสมกลมกลืนเข้าสู่สังคมไทยแล้วทั้งโดยการยอมรับให้สัญชาติไทยหรือถิ่นที่อยู่ถาวร ความเป็นผู้อพยพจึงค่อยๆ ถูกแทนที่ด้วยคำว่า “ชนกลุ่มน้อย” และคำหลังนี้ก็จะค่อยจางหายไปในที่สุดเช่นกัน

3.3 ชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่า

ชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่า นับเป็นผู้ที่อพยพหนีภัยอันตรายต่อชีวิตเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งมีความขัดแย้งกับรัฐบาลพม่าในปัจจุบัน จนกระทั่งมีการใช้กำลังในการต่อสู้กันตลอดจนมีการบังคับใช้แรงงานชนกลุ่มน้อยดังกล่าวเยี่ยงทาส กระบวนการอพยพหนีภัยต่อชีวิตของบุคคลดังกล่าวนี้เองจึงเกิดขึ้น โดยมีประเทศไทยเป็นจุดหมายตั้งแต่ตอนปลายศตวรรษที่ 20 นี้เอง กรณีของผู้อพยพหนีภัยความตายจากประเทศพม่ายังคงมีอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากความขัดแย้งระหว่างชนเผ่าต่างๆ ในประเทศพม่า ยังไม่สิ้นสุด ประเทศไทยจึงยังไม่อาจมีท่าทีที่ชัดเจนต่อคนกลุ่มนี้ การยอมรับให้ตั้งรกรากในประเทศไทย จึงเป็นแนวความคิดที่ยังยอมรับไม่ได้ ด้วยเหตุผลหลายประการ ผู้อพยพกลุ่มนี้จึงเป็นชนกลุ่มน้อยทั้งในประเทศพม่าและประเทศไทย ตัวอย่าง เช่น ชาวเขาที่เพิ่งอพยพจากประเทศพม่าเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยหรือบุคคลที่เข้ามาก่อนวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2519 ซึ่งทางราชการไทยเรียกว่า “ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า” การยอมรับให้บุคคลดังกล่าวผสมกลมกลืนในสังคมไทยเริ่มได้รับการเสนอจากหลายฝ่ายสำหรับผู้อพยพที่เข้ามานานแล้วด้วยเหตุผลหลายประการ ที่สำคัญที่สุดก็คือ แนวความคิดที่เชื่อว่า ระยะเวลายาวนานที่อยู่ในประเทศไทยย่อมทำให้บุคคลที่แม้เกิดนอกประเทศไทยได้สามารถเรียนรู้ที่มีความรู้สึกนึกคิดแบบไทย โดยเฉพาะรุ่นบุตรที่เกิดในประเทศไทย พูดภาษาไทย และมีกระบวนการคิดแบบไทยๆ ความแตกต่างด้วยย่อมจะเริ่มเฉือนจางลง ดังนั้นจึงควรมีกระบวนการทางกฎหมายที่ยอมรับให้บุคคลในลักษณะดังกล่าวได้สัญชาติไทย ตัวอย่างของนโยบายดังกล่าวคือ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.2538 ซึ่งยอมรับให้สิทธิที่จะอาศัยอยู่ในลักษณะถาวรแก่ชาวเขาที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่ก่อน พ.ศ.2528 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่อาจมีนโยบายผสมกลมกลืนชนกลุ่มน้อยจากประเทศพม่าที่เพิ่งหนีภัยเข้าในปัจจุบันเป็นการทั่วไป ด้วยเหตุผลทางการเมืองระหว่างประเทศประกอบกับเศรษฐกิจระหว่างประเทศ สิ่งประเทศไทยทำได้เพื่อพวกเขาเหล่านี้ คือ บุคคลดังกล่าวจึงยังคงมีสถานะภาพเป็น “ผู้อพยพ” ในประเทศไทย จึงยังมีชื่อ “ชนกลุ่มน้อยของประเทศไทย” ดังเช่น บุคคลในกลุ่มสองกลุ่มข้างต้นตัวอย่างของบุคคลในกลุ่มสามนี้ก็คือ

2.5.1 ผู้หลบหนีจากการสู้รบในพม่า

2.5.2 นักศึกษาพม่าที่หลบหนีการปราบปรามของรัฐบาลพม่า

ในปัจจุบัน ยังมีผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทยตามแนวชายแดนราชบุรีและกาญจนบุรีอีกเป็นจำนวนมากในแต่ละครั้งที่มีการสู้รบในประเทศพม่าระหว่างกองกำลังชนกลุ่มน้อยในประเทศพม่าและกองกำลังทหารของรัฐบาลพม่า กลุ่มผู้อพยพดังกล่าวมีทั้งที่อยูในการดูแลของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนบนพื้นที่แล้ว และทั้งที่ยังตกค้างอยู่ตามแนวชายป่าตามแนวชายแดน ปัญหาจึงยังคงค้างคา

ที่จะต้องแก้ไขต่อไป การไม่มีท่าทีที่ชัดเจนในการแก้ไขของภาครัฐ ประกอบกับการไม่ประสานงานของภาครัฐด้วยกันหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน จึงนำมาซึ่งการเติบโตของปัญหาเกี่ยวกับผู้อพยพกลุ่มนี้ซึ่งกลายเป็นปัญหาที่ยากจะแก้ไข

4. สถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้อพยพในประเทศไทย

ปัญหาการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้อพยพในประเทศไทยในปัจจุบัน อาจแยกเป็น 4 สถานการณ์ คือ

4.1 สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของผู้อพยพมักจะถูกละเมิด สิทธิดังกล่าวก็คือ สิทธิในชีวิต ร่างกาย เสรีภาพและทรัพย์สิน โดยมักถูกละเมิดระหว่างการอพยพ ผู้ละเมิดโดยหลักคือประเทศต้นทางผู้อพยพ เช่น ในกรณีของผู้อพยพจากประเทศพม่าการละเมิดในลำดับนี้มักจะเป็นการกระทำของกองกำลังทหารพม่า และการละเมิดโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในดินแดนของประเทศพม่า ก่อนที่ผู้อพยพจะเข้ามาสู่ประเทศไทย หรือแม้ในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางชายแดน กองกำลังต่างประเทศก็ได้เคยเข้ามาโจมตีค่ายพักพิงของผู้อพยพได้ นอกจากนี้ การละเมิดผู้อพยพโดยฝ่ายไทยก็ได้เกิดขึ้นเช่นกัน แต่มิใช่การกระทำที่เกิดขึ้นในลักษณะทั่วไป แต่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นกรณีเฉพาะราย มิใช่การกระทำของภาครัฐ หากแต่เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ละเมิดนั้น เช่นกรณีการล่อลวง ข่มขู่ การกระทำชำเรา อนาคตสตรีและเด็ก เป็นต้น

4.2 ประเทศไทยได้ละเมิดสิทธิในการเคลื่อนไหวของผู้อพยพ ซึ่งในกรณีนี้อาจกล่าวได้ว่า ดำเนินการไปเพื่อความมั่นคงของประเทศ ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ของประเทศไทย โดยไม่มีเจตนาในการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่ประการใด ผู้อพยพยอมถูกกักกันให้อยู่อาศัยอยู่ในค่ายพักพิง พวกเขาจึงไม่อาจเดินทางไปมาได้สะดวกในประเทศไทย

4.3 ผู้อพยพมิได้รับการรับรองให้มีสถานะบุคคลที่ชอบด้วยกฎหมายไทย ในกรณีที่ผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทยโดยไม่มีเอกสารพิสูจน์ตนออกโดยประเทศพม่า ผู้อพยพนั้นก็จะมีเอกสารพิสูจน์ตัวบุคคลใดๆ เลย การจะใช้สิทธิในความเป็นบุคคลจึงทำได้ การทะเบียนบุคคลอาทิ การแจ้งเกิด การแจ้งตาย การจดทะเบียนครอบครัว จึงไม่สามารถดำเนินการได้ มีการเรียกร้องให้ประเทศไทยยอมรับที่จะทำทะเบียนบุคคลรับรองการเกิดให้แก่บุตรของผู้อพยพที่เกิดในประเทศไทย เพื่อให้ได้รับสัญชาติ แต่กรณีดังกล่าวก็ยังไม่อาจดำเนินการได้

ในแง่ของกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ผู้อพยพยอมตกเป็นบุคคลที่ มิได้รับอนุญาตให้เข้ามาในประเทศไทยตามกฎหมายนี้ ทั้งนี้ เพราะบุคคลดังกล่าวไม่อาจแสดงเอกสารพิสูจน์ตนที่ออกโดยรัฐเจ้าของตัวบุคคล และยอมไม่อาจจะร้องขอรับการตรวจลงตราจากสถานทูตไทยก่อนการอพยพ โดยผลของกฎหมายนี้ ผู้อพยพจึงมีความผิดฐานเข้ามาในประเทศไทยโดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษทางอาญาอีกด้วย จึงมีคำถามว่า การกระทำผิดนั้นยอมมา

จากเจตนาที่จะหลบหนีเข้าเมือง แต่ในกรณีของผู้หนีภัยจากความตายนั้น การบุกรุกเข้ามาในประเทศไทยเป็นไปโดยความจำเป็น นโยบายของรัฐบาลไทยที่ปล่อยให้ผู้อพยพยังคงมีสถานภาพเป็นคนหลบหนีเข้าเมืองจึงน่าจะได้รับการแก้ไข

4.4 มีข้อท้วงติงเสมอทั้งจากบุคคลภายในประเทศ และนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์การข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugee: UNHCR) ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ลี้ภัยซึ่งอาศัยอยู่ในค่ายพักพิงตามแนวชายแดน ทั้งจังหวัดแม่ฮ่องสอน หรือแม้แต่ค่ายอพยพบ้านน้ำขาว ตำบลเช็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเหตุที่ว่า ค่ายอพยพมีพื้นที่แคบ ส่งผลให้เกิดความแออัด แน่นมาก หรือแม้กระทั่งอาหารไม่เพียงพอ ตั้งอยู่ใกล้แนวชายแดนเกินไป และมักจะมีน้ำท่วมเมื่อฝนตกเสมอๆ

(กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 105)

4.5 มีการเรียกร้องให้ประเทศไทยดูแลเอาใจใส่ปัญหาการศึกษาภาคบังคับของบุตรผู้อพยพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มที่เกิดในประเทศไทย ทั้งนี้เพราะในอดีตที่ผ่านมา ปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากรัฐบาลไทยเท่าที่ควร เด็กในค่ายอพยพ หรือนอกค่ายอพยพที่เกิดจากมารดาที่เป็นคนอพยพ จึงมิได้รับการศึกษาในวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติของตน แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีคำถามว่า ประเทศไทยมีหน้าที่ให้การศึกษากับบุตรของผู้ลี้ภัยหรือไม่ หากประเทศไทยไม่มีหน้าที่ดังกล่าว การละเลยไม่เอาใจใส่ก็มิได้ทำให้ประเทศไทยต้องรับผิดชอบต่อการละเลยที่เกิดขึ้น แต่หากบอกว่า การส่งเสริมการศึกษาในประเทศไทย ได้กลายเป็นหน้าที่ของรัฐบาลไทย การละเลยไม่เอาใจใส่ก็จะทำให้ประเทศไทยต้องรับผิดชอบต่อการละเลยที่เกิดขึ้น ทศนคติเช่นใดคือความเข้าใจที่ถูกต้องต่อปัญหานี้ ในขณะนี้ยังไม่มีคำตอบ แต่อย่างไร

5. สาเหตุของปัญหาสิทธิมนุษยชนกับผู้ลี้ภัยในประเทศไทย

5.1 เนื่องจากผู้ละเมิดหลักอยู่ในประเทศพม่า ดังนั้น การแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพโดยฝ่ายรัฐบาลไทยแต่ฝ่ายเดียวจึงเป็นไปได้ จะต้องอาศัยความร่วมมือที่จะเจรจากดดันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

5.2 สิทธิมนุษยชนบางประการ จะต้องอาศัยเงินเพื่อใช้เป็นทุน การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิจึงทำไม่ได้เพราะขาดงบประมาณสนับสนุน เช่น สิทธิในการศึกษาเป็นต้น การจะส่งเสริมระบบการศึกษาที่สมบูรณ์ให้แก่บุตรของผู้ลี้ภัยจึงเป็นปัญหาสำหรับประเทศผู้รับผู้ลี้ภัยในการแสวงหาทุนเพื่อจะส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของผู้ลี้ภัย การทำไม่ได้จึงไม่หมายความว่าประเทศผู้รับผู้ลี้ภัยนั้นเจตนาจะละเมิดสิทธิในการศึกษาของผู้ลี้ภัย หากแต่ควรมีกระบวนการรองรับที่เป็นระบบและ มีการพยายามดำเนินการอยู่ ไม่นิ่งดูดายเสมือนหนึ่ง ในการไม่ดำเนินการนั้นเป็นการละเว้น ส่งผลให้เหมือนว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนทางการศึกษา เป็นต้น

(กองกรรมการธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 106-107) จะเห็นว่า เพื่อแก้ไขปัญหาประเทศไทยได้พยายามที่จะส่งเสริมในการศึกษาของบุตรของผู้พวยพโดยการเปิดโอกาสให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้าไปช่วยทำงานในเรื่องนี้ สิทธิในการศึกษาของบุตรของผู้พวยพในพื้นที่ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนจึงได้รับการรับรอง แต่ในพื้นที่ที่ไม่มีองค์กรอาสาสมัครดังกล่าว หรือในพื้นที่ที่องค์กรพัฒนาเอกชนมีความขัดแย้งกับเจ้าหน้าที่ของรัฐเด็กก็จะไม่ได้รับการศึกษา

5.3 การละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้พวยพในหลายกรณีเกิดจากความบกพร่องของระบบราชการไทย ซึ่งปัญหาดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้พวยพเท่านั้น แต่เกิดขึ้นในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อาทิ การปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบของเจ้าหน้าที่ของรัฐ การใช้อำนาจรั้งหลวง การใช้ความรุนแรงของเจ้าหน้าที่ของรัฐบางคนโดยไม่มีเหตุอันสมควร (กองกรรมการธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 106-107)

6. กฎหมายที่ผูกพันประเทศไทยในการปฏิบัติต่อผู้พวยพ

กฎหมายที่ผูกพันประเทศไทยในการปฏิบัติต่อคนต่างด้าว สามารถแยกเป็น 2 ระดับ คือ (กองกรรมการธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 107)

6.1 กฎหมายภายในประเทศ

6.2 กฎหมายระหว่างประเทศ

6.1 กฎหมายแห่งราชอาณาจักรไทย

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายพิเศษโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติต่อผู้พวยพในประเทศไทย ดังนั้น ผู้พวยพจึงตกอยู่ภายใต้กฎหมายทั่วไปที่กำหนดแก่บุคคลธรรมดาทุกคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย กล่าวคือเป็นคนต่างด้าว อาจจะมีกฎหมายสำคัญๆ ที่ใช้บังคับต่อผู้พวยพดังนี้

6.1.1 กฎหมายรัฐธรรมนูญ

มาตรา 4 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง” ดังนั้น มนุษย์ทุกคนที่ปรากฏตัวอยู่ในประเทศไทยจึงได้รับการคุ้มครองสิทธิในความเป็นมนุษย์โดยมิต้องสงสัย เมื่อผู้พวยพเป็นมนุษย์เช่นกัน โดยตรรกวิทยาทางกฎหมายที่เกิดขึ้น การละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้พวยพโดยบุคคลใดๆ จึงไม่สามารถกระทำได้ ผู้พวยพจึงได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายสูงสุดของประเทศไทย

6.1.2 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

ผู้พวยพเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย จึงตกอยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของประเทศไทยเช่นเดียวกับคนต่างด้าวกลุ่มอื่นๆในประเทศไทย ซึ่งตามกฎหมายนี้

บุคคลที่จะเดินทางเข้ามาในประเทศไทยโดยมีสถานะเป็น “บุคคลผู้ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง” นั้น จะต้องมีความสมบัติ 5 ประการ ดังนี้

1) มีเอกสารพิสูจน์ตนออกโดยรัฐเจ้าของสัญชาติหรือภูมิลำเนาของ

บุคคล

2) ได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองโดยรัฐเจ้าของดินแดน

3) ไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ

4) ไม่เป็นภาระทางสาธารณสุข

5) ไม่เป็นภัยต่อรัฐและสังคม

จะเห็นว่า ผู้อพยพในประเทศไทยที่ลักลอบเข้าประเทศเพื่อหนีภัยความตายหรือหนีภัยเศรษฐกิจอื่นๆ เข้ามาตามแนวชายแดนจะไม่อาจมีความสมบัติ 2 ประการแรก ดังนั้น การเข้ามาในประเทศไทยจึงเป็นการต้องห้ามตามกฎหมาย ทั้งในหลายกรณีที่ฝ่ายบริหารมีคำสั่ง “คำสั่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี” เพื่อการผ่อนผัน เพื่อที่จะอนุญาตให้ผู้อพยพเข้ามาในประเทศไทยโดยชอบด้วยกฎหมายแต่ก็จะมีมาตรการนี้ในช่วงเวลาที่ไม่อาจผลักดันผู้อพยพนั้นออกไปจากประเทศไทยและบุคคลดังกล่าวนี้ไม่เป็นภัยต่อรัฐและสังคม โดยเป็นการ “ผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยชั่วคราว” แต่ยังคงถือว่า บุคคลดังกล่าวเป็น “บุคคลผู้มิได้อินอนุญาตให้เข้ามาประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง” เพื่อ “รอการส่งกลับออกไปนอกประเทศไทย” เท่านั้น

6.1.3 กฎหมายว่าด้วยคนต่างด้าว

ในขณะเดียวกันกับนานาประเทศ ประเทศไทยมีกฎหมายจำนวนหนึ่งซึ่งมุ่งที่จะบังคับใช้กับคนต่างด้าวในประเทศไทยโดยเฉพาะ เมื่อผู้อพยพไม่มีสัญชาติไทย จึงมีสถานะเป็นคนต่างด้าวในประเทศไทย ผู้อพยพจึงตกอยู่ภายใต้กฎหมายดังกล่าว ซึ่งมีกฎหมายฉบับที่สำคัญดังต่อไปนี้

6.1.4 พระราชบัญญัติการทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493

กฎหมายนี้ให้อำนาจหน้าที่แก่ฝ่ายบริหารที่จะดำเนินการทำทะเบียนให้แก่คนต่างด้าวที่มีสิทธิอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะถาวร ซึ่งตามกฎหมายนี้มีอยู่ 2 ประเภท คือ

1) คนต่างด้าวที่เข้าเมืองมาแต่ได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ถาวรใน

ประเทศไทย

2) คนต่างด้าวที่เคยมีสัญชาติไทย

ในกรณีที่ผู้อพยพนั้นเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย ผู้อพยพนั้นก็ไม่ว่าจะมีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวตามกฎหมายลักษณะนี้ แต่ในกรณีของบุตรของผู้อพยพที่เกิดก่อนวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 ซึ่งอาจมีสัญชาติไทยตามกฎหมายว่าด้วยสัญชาติได้นั้น อาจร้องขอใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวได้ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ก็ยังไม่เป็นที่รับรู้ของทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐและฝ่ายผู้อพยพเอง สิทธิจึงไม่ได้รับการเคารพด้วยความไม่รู้กฎหมายของฝ่ายที่เกี่ยวข้องนั่นเอง

6.1.5 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521

กฎหมายไทยให้อำนาจแก่ฝ่ายบริหาร สามารถอนุญาตให้ผู้อพยพทำงานในประเทศไทยได้ โดยกระบวนการอนุญาตจะต้องกระทำตาม “พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2521” แต่ข้อเท็จจริงพบว่า ฝ่ายบริหารมิได้มีนโยบายที่จะยอมรับให้ผู้อพยพมีสิทธิในการทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้อพยพที่มีทะเบียนชื่อในค่ายอพยพ สำหรับผู้อพยพนอกค่ายอพยพ การอนุญาตในลักษณะพิเศษมีในบางสถานการณ์แต่มิได้ยอมรับให้ทำงานในสถานะของผู้อพยพ การยอมรับนั้นเกิดภายใต้สถานะของ “แรงงานต่างชาติ” เหตุการณ์ในลักษณะอย่างนี้ทำให้รัฐบาลหรือองค์กรพัฒนาเอกชนไทยไม่สามารถแยกผู้อพยพหนีภัยความตายออกจากแรงงานต่างชาติ รวมตลอดไปถึงชนกลุ่มน้อย การแก้ไขปัญหาลี้ภัยพวักกันจนแก้ได้ยาก และนำมาซึ่งการละเมิดสิทธิของผู้อพยพในทางแรงงานอีกทางหนึ่งด้วย

6.1.6 พระราชบัญญัติเนรเทศ พ.ศ. 2499

พระราชบัญญัตินี้ให้อำนาจแก่ฝ่ายบริหาร ให้สามารถเนรเทศคนต่างด้าวออกไปจากประเทศไทยเมื่อปรากฏว่ามีความจำเป็นเพื่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ทั้งนี้ โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้มีอำนาจออกคำสั่งให้เนรเทศคนต่างด้าวออกไปนอกราชอาณาจักรมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควร ดังนั้น แม้ผู้อพยพจะได้รับอนุญาตหรือผ่อนผันให้พักอาศัยตามกฎหมายไทยแล้ว เมื่อได้กระทำการที่เป็นภัยต่อรัฐและสังคม ฝ่ายบริหารก็อาจจะเนรเทศผู้อพยพดังกล่าวนี้ได้ ทั้งนี้เว้นแต่ผู้อพยพนั้นจะเคยมีสัญชาติไทยโดยการเกิด เช่นกรณีบุตรของผู้อพยพที่เกิดในประเทศไทยก่อนวันที่ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 337 พ.ศ. 2515 มีผลบังคับ

6.2 กฎหมายระหว่างประเทศ

ก่อนที่ประเทศไทยจะลงนามให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ลี้ภัย ค.ศ.1951 ประเทศไทยก็ยังมีพันธกรณีตามกฎหมายระหว่างประเทศที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อพยพโดยถูกต้องตามหลักกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ ทั้งนี้ จะต้องยอมรับ

แนวความคิดว่าด้วยสิทธิมนุษยชนภายใต้ขอบเขตที่ปรากฏตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 ซึ่งสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติมีมติยอมรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ในวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 และประเทศไทยก็ได้ลงนามให้ความเห็นชอบปฏิญญานี้ด้วย

นอกจากนั้น ประเทศไทยยังต้องถูกผูกพันให้ปฏิบัติตามข้อผูกพันภายใต้อนุสัญญาระหว่างประเทศที่มีผลตามกฎหมายผูกพันประเทศไทย จำนวน 5 ฉบับ ดังนี้

6.2.1 ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยการปราบปรามการค้าทาสผิวขาว ค.ศ.1904 (International Agreement for the White Slave Traffic, 1904)

6.2.2 กฎบัตรสหประชาชาติ ค.ศ.1945

6.2.3 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ.1989 (Convention on the Right of the Child on 20 November 1989)

6.2.4 อนุสัญญาว่าด้วยการปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก ค.ศ.1921 (International Convention for The Suppression of Traffic in Woman and Children)

6.2.5 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ. 1966 (International on Civil and Political Right 16 Dec 1966)

ประเทศไทยยอมรับการปฏิบัติตามข้อผูกพันในประเทศไทยตามหลักกฎหมายระหว่างประเทศอย่างไม่มีข้อสงสัย แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหากลับปรากฏในเรื่องการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศดังกล่าว จะเห็นว่าในทางข้อเท็จจริง กรณีการละเมิดสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายระหว่างประเทศของผู้พวยในประเทศไทยก็ยังคงปรากฏเป็นซ้ำขึ้นในหลายครั้ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเกิดจากการกระทำของกองกำลังต่างประเทศ แต่ในบางครั้ง ก็มีการกล่าวอ้างว่าเป็นการกระทำของเจ้าหน้าที่ของรัฐไทยหรือเอกชนไทยเอง เช่น ยังมีความเป็นไปได้ที่บุตรของผู้พวยอาจได้รับการปฏิเสธจากนายทะเบียนราษฎรท้องถิ่นที่จะออกไปรับรองการเกิดให้เมื่อมีการแจ้งเกิดในประเทศไทย ทั้งที่

ข้อ 24 (2) แห่งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ.1966 ซึ่งบัญญัติว่า “เด็กทุกคนย่อมมีพื้นฐานทางทะเบียนทันทีที่ถือกำเนิดและย่อมได้รับการตั้งชื่อ”

ข้อ 8 (2) แห่ง อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1989 บัญญัติว่า “ในกรณีที่เด็กถูกกีดกันอย่างไม่ชอบด้วยกฎหมาย ไม่ให้ได้รับรู้ส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของหลักฐานของตน รัฐภาคีจะต้องให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองตามความเหมาะสม เพื่อให้เด็กสามารถมี

หลักฐานแสดงตนโดยเร็ว” โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นการแจ้งเกิดเกินกำหนด ทั้งนี้ เพราะการเกิดในประเทศไทยย่อมหมายถึงความถึงสิทธิที่จะร้องขอมีสัญชาติไทยโดยการเกิด แม้ว่าการได้สัญชาตินี้จะเป็นอำนาจดุลยพินิจของ ฝ่ายบริหาร หรือไม่ให้เด็กได้สัญชาติไทยโดยหลักดินแดนก็ได้ แต่การตัดสินใจของหลายพื้นที่ก็ยังคงมีความกังวลใจที่จะต้องยอมรับเด็กกลุ่มนี้โดยไม่มีเงื่อนไขในอนาคต จึงเกิดการปฏิเสธแม้เพียงสิทธิที่จะได้รับเอกสารรับรองการเกิดซึ่งมนุษย์ทุกคนพึงได้รับเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้สิทธิที่พึงได้รับต่อไป

ชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย (Hill tribes or Minor Tribal in Thailand)

“ชนกลุ่มน้อย” ในความหมายของส่วนการทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย มีอยู่ 17 กลุ่ม (กองกรมการฯ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 114-117) หากแต่ข้อมูลล่าสุดได้เพิ่มเติมชนกลุ่มน้อยเพิ่มเติมอีก 2 กลุ่ม เป็น 19 กลุ่ม (กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548, หน้า 128) ซึ่งจากกลุ่มน้อยเหล่านี้ มีความพยายามในการขอแปลงสัญชาติเป็น “สัญชาติไทย” โดยกฎหมายไทยรับรองและให้สิทธิแก่คนต่างด้าวในการร้องขอแปลงสัญชาติ ทั้งนี้กฎหมายกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่ร้องขอแปลงสัญชาติประกอบด้วย 1) บรรลุนิติภาวะแล้วตามกฎหมายไทยและตามกฎหมายที่บุคคลนั้นมีสัญชาติอยู่ 2) มีความประพฤติดี 3) มีอาชีพเป็นหลักฐาน 4) มีภูมิลำเนาในราชอาณาจักรไทยอย่างต่อเนื่องมาจนถึงวันที่ยื่นขอแปลงสัญชาติไม่น้อยกว่า 5 ปี มีความรู้ภาษาไทยตามที่กำหนดในกฎกระทรวง กล่าวคือ พูดได้และฟังเข้าใจ หรืออาจใช้เหตุผลในการยื่นขอแปลงสัญชาติที่แตกต่างไปหากบุคคลนั้นมี 1) ความสัมพันธ์พิเศษกับประเทศไทยตามข้อกำหนดของกฎหมาย คือ ได้กระทำความดีความชอบเป็นพิเศษต่อประเทศไทยหรือทำคุณประโยชน์แก่ราชการ ซึ่งรัฐมนตรีนับว่าการกระทรวงมหาดไทยเห็นสมควร 2) เป็นบุตรหรือภริยาของผู้ที่ได้รับการแปลงสัญชาติไทย หรือผู้ที่ได้คืนสัญชาติไทย และ 3) เป็นผู้เคยมีสัญชาติไทยมาก่อน คนต่างด้าวนั้นก็จะมีสิทธิร้องขอเพื่อแปลงสัญชาติเป็นไทยได้ หากมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) บรรลุนิติภาวะแล้วตามกฎหมายไทยและตามกฎหมายที่บุคคลนั้นมีสัญชาติอยู่ 2) มีความประพฤติดี 3) มีอาชีพเป็นหลักฐาน (พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2541, หน้า 39-40) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ นักวิจัยมองภาพว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้จริง แต่น้อยมาก เนื่องจากกระบวนการในการขอแปลงสัญชาติมีกระบวนการที่ใช้เวลายาวนาน และเกิดค่าใช้จ่ายที่ตามมาซึ่ง โดยทั่วไปชนกลุ่มน้อยสามารถเข้าถึงกระบวนการดังกล่าวได้น้อย

ในที่นี้ขอเสนอข้อมูลในชนเผ่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ จำนวน 10 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงของประเทศไทย หรือกลุ่มที่อาศัยในส่วนของภาคเหนือและพื้นที่สูงทั้งหมด

ส่วนที่เหลือจำนวน 9 กลุ่มเป็นชนกลุ่มน้อยที่อาศัยในส่วนอื่นๆของประเทศไทย ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ซึ่งประกอบไปด้วย ลาวอพยพ ญวนอพยพ เนปาลอพยพอดีตขบวนการก่อการร้ายโจรคอมมิวนิสต์มลายา นักศึกษาพม่า ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากเกาะกงประเทศกัมพูชา ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชา กลุ่มที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 กลุ่ม ดังนี้

1. ชนกลุ่มน้อย (Dominance Groups)

ทางราชการไทยเรียกชนกลุ่มน้อยที่อาศัยบนพื้นที่สูงของประเทศไทยว่า “ชาวเขา” หรือ “ชาวไทยภูเขา” แต่ฝ่ายงานความมั่นคงของรัฐเรียกชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้ว่า “ชนกลุ่มน้อย” สำหรับ “ชาวเขา” ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในบริเวณป่าเขาซึ่งเป็นที่สูงในเขตพื้นที่จังหวัดทางด้านเหนือลงไปทางด้านทิศตะวันตกของประเทศ จำนวน 20 จังหวัดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา ตาก สุโขทัย น่าน กำแพงเพชร แพร่ พิชณุโลก เพชรบูรณ์ เลย อุทัยธานี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ชาวเขามีเผ่าที่สำคัญ 11 เผ่า ดังต่อไปนี้ กระเหรี่ยง ม้งหรือแม้ว มูเซอ เย้า อีเก้อหรืออะซา ถิ่น ลีซอ ลัวะ ขมุ ตองซู่ (กระเหรี่ยงปะโอ) และผีตองเหลือง ในขณะที่ยอดสำรวจจำนวนชาวเขา ตามหนังสือสั่งการของกระทรวงมหาดไทยที่ มท.0313/ว.84 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2511 มีเพียง 200,888 คนเท่านั้น แต่จากรายงานของ Technical Service Club ในปี ค.ศ.2004 พบว่ามีประชากรชาวเขาจำนวน 922,957 คน และในจำนวนนี้ มีชาวเขาที่ได้รับสัญชาติไทยแล้วมากกว่า 203,570 คน (Technical Service Club, 2004, p 5)

ในภาพรวมของชาวเขา ชนกลุ่มน้อยที่กล่าวมาทั้งหมดมีข้อเท็จจริงที่หลากหลาย อาทิ ความแตกต่างของแหล่งที่มาของชนดังกล่าว อันทำให้ชนแต่ละกลุ่มอาจมีเชื้อชาติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้น ชนแต่ละกลุ่มยังอาจมีภาษา วัฒนธรรม และศาสนา ที่แตกต่างกัน และในท้ายที่สุด การเข้ามาในประเทศไทยของชาวเขารุ่นแรกๆ นั้นอาจเกิดขึ้นก่อนการก่อตั้ง “รัฐสมัยใหม่” ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยซ้ำ อาทิ กระเหรี่ยงซึ่งเป็นชาวเขากลุ่มหนึ่งนั้นเป็นกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ในแผ่นดินไทยมากกว่า 200 ปีขึ้นไป หรืออีเก้อ (อาซา) นั้นก็ปรากฏหลักฐานว่า อพยพเข้ามาในประเทศไทยเกือบ 100 ปีแล้ว ประเทศต้นทางก็อาจจะเป็นจีน พม่าหรือลาว ซึ่งประเทศดังกล่าวมิได้มีความสัมพันธ์ใดๆ เลยกับอีเก้อซึ่งเป็นชาวเขาในประเทศไทย ทางราชการของรัฐเรียกชาวเขากลุ่มที่อยู่ในประเทศไทยมาตั้งแต่ดั้งเดิมว่า “ชาวเขาติดแผ่นดิน” ซึ่งความชัดเจนในทางนโยบายก็คือ ชาวเขากลุ่มที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมาตั้งแต่ก่อนการกำหนดกฎหมายลายลักษณ์อักษรว่าด้วยสัญชาติ อันได้แก่ พ.ร.บ.สัญชาติ พ.ศ.2456 กำหนดเวลาที่น่าจะถือเอาได้ ก็คือ วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2456 โดยพิจารณากฎหมายว่าด้วยสัญชาติไทย ชาวเขาทุกคนมิได้มีสัญชาติไทยแต่อย่างไรก็ตาม ในแง่ของนโยบายของรัฐบาลไทย ก็มีความเป็นไปได้ที่จะยอมผ่อนผันให้มีสิทธิอาศัย

อยู่ในประเทศไทยหากจำเป็นจะต้องลี้ภัยความตายเข้าสู่ประเทศไทย อาทิ โดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ.2518 ชาวเขาที่มาจากลาวหลังวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ.2519 ย่อมมีสถานะเป็น “ผู้อพยพเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย” เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่า การเข้ามาในประเทศเพื่อที่จะลี้ภัยทางการเมือง ในส่วนของการทำทะเบียนเกี่ยวกับชนกลุ่มนี้ พบว่า ในพ.ศ. 2541 กรมการปกครอง แยกเผ่าตองเหลืองออกจากชนกลุ่มน้อยอื่นๆ โดยใช้คำว่า “ชนกลุ่มน้อย” เฉยๆ สำหรับชนกลุ่มน้อย ซึ่งมีใช้ “เผ่าตองเหลือง” ส่วนกรณีของชนกลุ่มหลังนี้ กรมการปกครองใช้คำว่า “ชนกลุ่มน้อย (เผ่าตองเหลือง)” แต่อย่างไรก็ตาม บัตรประจำตัวที่ออกให้แก่ชนกลุ่มน้อยทั้งสองกลุ่มมีสีฟ้าเหมือนกัน ทั้งนี้ก็เป็นเพราะว่า กรมการปกครองยอมรับว่า เผ่าตองเหลืองหรือเผ่าเผื่อตองเหลืองก็คือชนกลุ่มน้อยที่อยู่รวมกันกับชนกลุ่มน้อยในปัจจุบัน บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นชนกลุ่มน้อย ก็จะได้รับกรยอมรับจากกรมการปกครองในฐานะเช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าว กรมการปกครองจะระบุชื่อเผ่าของบุคคล เช่น หากบิดาและมารดาเป็นเผ่าลีซอ ก็จะระบุในช่องสัญชาติของบุตรว่า “ลีซอ (ชนกลุ่มน้อย)” หรือ เช่น หากบิดาและมารดาเป็นเผ่าตองเหลือง ก็จะระบุในช่องสัญชาติของบุตรว่า “เผ่าตองเหลือง” (กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 114-117) ในปัจจุบัน รัฐยังจำกัดเสรีภาพในการเคลื่อนไหวของชนกลุ่มนี้ โดยกำหนดให้ต้องขออนุญาตจากจังหวัดเมื่อต้องการออกนอกเขตจังหวัดที่อาศัยอยู่

1.1 ไทยลื้อ (Leu)

กระทรวงมหาดไทย ใช้คำว่า “ไทยลื้อ” สำหรับคนเชื้อสายไทยในแคว้นสิบสองจุไทย/สิบสองปันนา มณฑลยูนนาน ประเทศจีน ซึ่งตามประวัติบอกว่าเข้ามาในเมืองไทยประมาณ 300 ปีแล้ว โดยเดินทางอพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นไทยลื้อก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในฐานะของ “ไทยลื้อ” เช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวว่า กรมการปกครองจะลงรายการสัญชาติบุตรที่เกิดว่า “ไทยลื้อ” บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มนี้มีสีส้ม สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ทั้งนี้อาจขออนุญาตออกนอกเขตจังหวัดที่อาศัยอยู่ได้ โดยการขออนุญาตจากจังหวัด คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2535 ยอมรับให้สัญชาติไทยกับบุตรที่เกิดในเมืองไทย สำหรับ ไทยลื้อ รุ่นบิดา-มารดา จะได้สถานะเป็นคนต่างด้าว ซึ่งได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะถาวร

อดีตทหารจีนคณะชาติ

กระทรวงมหาดไทย เรียกคนกลุ่มนี้ย่อๆ ว่า “อดีต ทจช.” โดยให้หมายถึง “อดีตทหารกองพล 93 และครอบครัวของจีนใต้หวันซึ่งหลบหนีจีนคอมมิวนิสต์เข้ามาในพม่าและพม่าขับไล่เลยเข้าอยู่ในประเทศไทยในเขตจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปี 2497” ประเทศไทย มีนโยบายที่ค่อนข้างผันแปรเกี่ยวกับอดีตทหารจีนคณะชาติ โดยนโยบายของรัฐบาลและตามมติของ สหประชาชาติ ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2487 จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้ข้าราชการและประชาชนงดการติดต่อและการให้ความช่วยเหลือใดๆ แก่กองทหารต่างด้าวที่อยู่ในพม่านี้โดยเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตาม ข้อ 6 แห่งมติของสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 9 ในวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2497 ให้ “เร่งเร้าให้รัฐทั้งปวงดำเนินการที่จำเป็นในอันที่จะป้องกันการส่งความช่วยเหลือใดๆ ที่จะทำให้ทหารต่างด้าวเหล่านั้นสามารถอยู่ในดินแดนของสหภาพพม่า หรือกระทำการอันเป็นปฏิปักษ์ต่อประเทศนั้นอีกต่อไป”

วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2497 คณะรัฐมนตรีได้ลงมติให้กระทรวงมหาดไทยสั่งกรมตำรวจ ให้รักษาตามชายแดนด้านนี้โดยกวดขัน หากมีทหารจีนล่องล้าเข้ามาก็ให้ดำเนินการจับกุมและปลดอาวุธทันที แล้วควบคุมตัวไว้เพื่อดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านในอันที่จะรักษาสันติสุขของโลก ตามมติขององค์การสหประชาชาติ และเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2497 คณะรัฐมนตรีก็ได้ลงมติในเรื่องนี้อีกว่า สมควรที่จะกวดขันการติดต่อกับทหารจีนในดินแดนพม่าโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุผลในการเกิดสันติสุขในดินแดนพม่า ซึ่งเป็นเพื่อนบ้านใกล้เคียงของไทย

ในพ.ศ.2497 มีทหารจีนคณะชาติเข้ามาในประเทศไทย จำนวน 13,143 คน บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มนี้มีสีขาว ในปัจจุบัน บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นอดีตทหารจีนคณะชาติก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในสถานะของ “อดีตทหารจีนคณะชาติ” เช่นเดียวกันกับบิดามารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าว จะลงรายการสัญชาติบุตรที่เกิดว่า “จีน (อดีต ทจช.)” สถานะบุคคลตามกฎหมาย อดีต ทจช. มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว การขออนุญาตออกมานอกเขตจังหวัดที่อาศัยอยู่อาจทำได้โดยการขออนุญาตจากจังหวัด ในปัจจุบัน โดยที่ทางราชการเห็นว่าทหารจีนคณะชาติเคยช่วยทางราชการทำคุณประโยชน์ให้กับเมืองไทยโดยต่อต้านคอมมิวนิสต์ในสมัยนั้น คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2527 ยอมรับให้ชนกลุ่มน้อยรุ่นบิดามารดา

ได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ถาวรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และ ยอมรับให้สัญชาติไทยโดยการเกิดโดยหลักดินแดนแก่บุตรหลาน อดีต ทจช.

1.3 จีนฮ่ออพยพ

กระทรวงมหาดไทย ใช้คำว่า “จีนฮ่ออพยพ” ให้นิยามถึง คนจีนที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยพร้อมครอบครัว ตั้งแต่ พ.ศ.2497 – 2505 โดยอ้างว่า เป็นญาติของอดีตทหารจีนคณะชาติ แต่ชนกลุ่มดังกล่าวเป็นพลเรือน มีอาชีพการ บุคคลดังกล่าวมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มนี้มีสีเหลือง ในปัจจุบัน บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นจีนอพยพก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในสถานะของ “จีนฮ่ออพยพ” เช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวกรมการปกครองจะลงรายการสัญชาติที่บุตรเกิดว่า “จีน (จีนฮ่ออพยพ)” ในแง่สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ชนกลุ่มนี้อาจขออนุญาตออกนอกเขตจังหวัดที่อาศัยอยู่ได้โดยการขออนุญาตจากจังหวัดโดยที่ทางราชการเห็นว่าจีนฮ่ออพยพเคยช่วยทางราชการทำคุณประโยชน์ให้กับเมืองไทยโดยต่อต้านคอมมิวนิสต์ในสมัยนั้น คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2527 ยอมรับให้ชนกลุ่มน้อยรุ่นบิดามารดาได้รับอนุญาตให้มีถิ่นที่อยู่ถาวรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองและยอมรับให้สัญชาติไทยโดยการเกิดโดยหลักดินแดนแก่บุตรหลาน

1.4 จีนฮ่ออิสระ

กระทรวงมหาดไทยใช้คำว่า “จีนฮ่ออิสระ” สำหรับคนจีนที่หลบหนีเข้าเมืองมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2505 จนถึงปี พ.ศ.2532 โดยอ้างว่า เป็นญาติของอดีตทหารจีนคณะชาติ จีนฮ่ออิสระทางราชการไม่เชื่อ จึงแยกให้เป็นอีกกลุ่ม บุคคลดังกล่าวมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มนี้มีสีส้ม บุคคลที่เกิดในประเทศไทยทั้งบิดาและมารดาเป็นจีนฮ่ออิสระก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในสถานะของ “จีนฮ่ออิสระ” เช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวว่า กรมการปกครองจะลงรายการสัญชาติบุตรที่เกิดว่า “จีน (จีนฮ่ออิสระ)” สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ชนกลุ่มนี้อาจขออนุญาตออกนอกเขตจังหวัดที่อาศัยอยู่ได้โดยการขออนุญาตจากจังหวัด ทั้งนี้ โดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ.2531 ยังไม่มีนโยบายที่จะยอมรับให้สัญชาติไทยแก่ชนกลุ่มนี้ ทางสมช.มีนโยบายที่

จะไม่ให้คนจีนหลบหนีเข้าเมืองเพิ่มขึ้นอีก จึงให้ส่วนการทะเบียนราษฎร จัดทำทะเบียนราษฎร คือ
 ทร.13 และบัตรประจำตัวควบคุมไว้เท่านั้น

1.5 ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า

กระทรวงมหาดไทย ใช้คำว่า “ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า” สำหรับบุคคลจากประเทศพม่าหลายเชื้อชาติ เช่น มอญ กระเหรี่ยง ไทยใหญ่ ละว้า พม่า ฯลฯ ที่อพยพเข้ามาในประเทศไทย ก่อนวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ.2519 บุคคลดังกล่าวเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพราะเหตุการณ์ภายในประเทศพม่า 3 เหตุการณ์ คือ

1.5.1 การเดินทางเข้ามาเพื่อหลบหนีภัยการสู้รบอันเนื่องมาจากการที่นายพลเนวิน ทำการปฏิวัติเพื่อล้มนายกรัฐมนตรีอูและเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นสังคมนิยมในปี พ.ศ. 2515

1.5.2 การเดินทางเข้ามาเพื่อหลบหนีภัยการสู้รบระหว่างรัฐบาลพม่าและชนกลุ่มน้อย

1.5.3 การเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยอันเนื่องมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจในพม่าที่ฝืดเคือง

กรมการปกครอง ได้ขึ้นทะเบียนบุคคลให้แก่ชนกลุ่มนี้แล้ว โดยได้ออกบัตรประจำตัวให้แก่ชนกลุ่มนี้โดยระบุว่าเป็น “บัตรประจำตัวผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า” ซึ่งมีสิทธิพลในส่วนบุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในสถานะของ “ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า” เช่นเดียวกันกับบิดาและมารดา โดยลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวว่า เป็นคนสัญชาติพม่า และในสัปดาห์ต่อมา “(ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า)” สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว บุคคลดังกล่าวจะเดินทางออกนอกเขตจังหวัดที่อยู่อาศัยได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากปลัดกระทรวงมหาดไทย ทั้งนี้ โดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2519 และประกาศกระทรวงมหาดไทยลงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ.2519

1.6 ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย

กระทรวงมหาดไทย ได้แบ่งแยกผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายพม่าออกจากผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย บุคคลกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในดินแดนที่ไทยเสียแก่อังกฤษไปในสมัยที่อังกฤษเข้าปกครองพม่า ชนกลุ่มนี้จึงเคยมีสัญชาติไทย แต่เสียสัญชาติไทยนี้ไปโดยผลของการเสียอาณาเขตดังกล่าวไป เมื่อพม่าได้เอกราชจากอังกฤษแล้ว ดินแดนเหล่านี้จึงตกเป็นของ

พม่า ชนกลุ่มนี้จึงมีสัญชาติพม่าในปัจจุบัน เมื่อพม่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเมืองและทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเมื่อพม่ามีปัญหาการปราบปรามชนกลุ่มน้อย ชนกลุ่มนี้จึงอพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย นอกจากนี้ยังระบุว่า มีคนไทยแท้ที่เข้าไปทำมาหากินในพม่าเมื่อประมาณ 40-50 ปีมาแล้ว ประปนอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย อาจพบผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนองและตาก กรมการปกครอง ได้ขึ้นทำทะเบียนบุคคลให้แก่ชนกลุ่มนี้แล้ว โดยได้ออกบัตรประจำตัวให้แก่ชนกลุ่มนี้โดยระบุว่าเป็น “บัตรประจำตัวผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทย” ซึ่งมีสีเหลืองขอบน้ำเงิน” สถานะบุคคลตามกฎหมาย เดิม ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราวหลบหนีเข้าเมืองแต่ให้อยู่ชั่วคราว แต่คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ.2540 ยอมรับให้สัญชาติไทยโดยการแปลงสัญชาติแก่บุคคลดังกล่าว

1.7 ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (มีถิ่นที่อยู่ถาวรแล้ว)

ในช่วงแรกของกระทรวงมหาดไทยใช้คำว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า” เท่านั้น สำหรับผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าที่เข้ามาหลังวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ.2519 และตั้งหลักแหล่งถาวรอยู่ในประเทศไทยใน 9 จังหวัด ต่อมาในเอกสารเผยแพร่ใน พ.ศ.2539 ของฝ่ายการทะเบียนชนกลุ่มน้อยเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าประเภทมีที่อยู่ถาวร” ในการทำทะเบียนประวัติและบัตรครั้งแรกในปี พ.ศ.2537 กรมการปกครองพบว่า ชนกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 13,000 คน แต่ในปัจจุบัน กรมการปกครองเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (มีถิ่นที่อยู่ถาวรแล้ว) บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มน้อยนี้มีสีส้ม และระบุเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า” ในปัจจุบัน บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าก็จะการยอมรับจากกรมการปกครองในสถานะของ “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า” เช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวว่า กรมการปกครองจะลงรายการสัญชาติบุตรที่เกิดมาตามความเป็นจริง ทั้งนี้ โดยกรมการปกครองให้เหตุผลว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่ามีหลายสัญชาติ เช่น มอญ ไทยใหญ่ แต่ก็จะไม่ลงเล็บต่อทำว่า “(ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า) สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับการอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ทางราชการยังไม่อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวออกนอกเขตจังหวัดที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2535 นอกจากนั้น มติคณะรัฐมนตรีนี้ยังยอมรับให้มีการออกใบอนุญาตทำงานในบางสาขาอาชีพให้

1.8 ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (ใช้แรงงาน)

กระทรวงมหาดไทยใช้คำว่า “ผู้ใช้แรงงานจากพม่า” สำหรับบุคคลสัญชาติพม่าที่หลบหนีเข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทยตามจังหวัดชายแดนที่ติดกับพม่า เช่น ระนอง ชะงาย ตาก แม่ฮ่องสอน และกาญจนบุรี ส่วนมากพวกนี้จะเข้ามาอาศัยอยู่กับนายจ้างต่อมาในเอกสารเผยแพร่ใน พ.ศ.2539 ของฝ่ายการทะเบียนชนกลุ่มน้อยเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าประเภทใช้แรงงาน” หรือ “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (กลุ่มอาศัยอยู่กับนายจ้าง)” ในการทำทะเบียนประวัติและบัตรครั้งแรกในปลายปี พ.ศ.2536- พ.ศ.2537 กรมการปกครองพบว่า ชนกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งสิ้นถึง 101,845 คน แต่ในปัจจุบัน กรมการปกครองเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (ใช้แรงงาน)” บัตรประจำตัวที่กรมการปกครองออกให้แก่ชนกลุ่มน้อยนี้มีสีม่วง และระบุเรียกชนกลุ่มนี้ว่า “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า” ปัจจุบัน บุคคลที่เกิดในประเทศไทยโดยมีทั้งบิดาและมารดาเป็นผู้หลบหนีสัญชาติพม่า กลุ่มนี้ก็จะได้รับการยอมรับจากกรมการปกครองในฐานะของ “ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า” เช่นเดียวกับบิดาและมารดา ในส่วนการลงรายการเกี่ยวกับสัญชาติของบุคคลดังกล่าวว่า กรมการปกครองจะลงรายการสัญชาติบุตรที่เกิดมาตามความเป็นจริง แต่ก็จะมีข้อสงสัยต่อคำว่า “(ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า (ใช้แรงงาน))” สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต แต่ได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ในขณะนี้ ทางราชการยังไม่อนุญาตให้บุคคลดังกล่าวออกนอกเขตจังหวัดที่อยู่อาศัย โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2535 นอกจากนั้น มติคณะรัฐมนตรีนี้ยังยอมรับให้มีการออกใบอนุญาตทำงานในบางสาขาอาชีพให้ ซึ่งมักเป็นกลุ่มสาขาอาชีพที่ใช้แรงงาน

1.9 ผู้หลบหนีจากการสู้รบในพม่า

ในช่วงปี พ.ศ.2527 – พ.ศ.2534 พม่าปราบปรามชนกลุ่มน้อย โดยเฉพาะกระเหรี่ยง ได้หลบหนีการปราบปรามมาอยู่ในเขตควบคุม อำเภอกำแพงแสน แม่สอด แม่ฮ่องสอน พะเยา จังหวัดตาก มีประมาณ 47,000 คน แต่ต่อมาในเอกสารเผยแพร่ใน พ.ศ.2539 ของฝ่ายการทะเบียนชนกลุ่มน้อย ไม่มีการกล่าวถึงชนกลุ่มนี้อีก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะนโยบายของประเทศไทยต่อชนกลุ่มนี้ ก็คือ การอนุญาตให้ผู้หลบหนีภัยจากการสู้รบเข้ามาพักพิงในประเทศไทยเป็นชั่วคราว (Temporary Refugee) เพื่อรอการเดินทางกลับเมื่อสถานการณ์กลับสู่สภาพปกติและมีความปลอดภัย โดยประเทศไทยจะส่งกลับอย่างปลอดภัย ทางทหารและทางการต่างประเทศ จึงเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า “ผู้พลัดถิ่น (Displaced persons)” แม้โดยความเป็นจริง บุคคลเหล่านี้จะหนีภัยต่อชีวิตเข้ามาในประเทศไทย แต่ทางการไทยก็ไม่อนุญาตให้ UNHCR เข้าไปมีบทบาทในการคุ้มครอง

และให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลเหล่านี้ แต่ในความเป็นจริงท้ายที่สุดที่ปฏิเสธไม่ได้ในปัจจุบัน กลุ่มชนดังกล่าวก็ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทยต่อไป ไม่ว่าจะเป็นได้รับการบันทึกจากทางราชการในฐานะของ “ชนกลุ่มน้อย” หรือไม่ก็ตาม (กองกรรมาธิการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2543, หน้า 130) ยังไม่ปรากฏว่า กรมการปกครองได้เข้าทำทะเบียนบุคคลให้แก่ชนกลุ่มนี้ และไม่มีการกล่าวถึงชนกลุ่มนี้ในภาคผนวกเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยแนบท้ายหนังสือสำนักทะเบียนกลาง ที่มท. 0310.1/ว.8 ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2538 เรื่อง การลงรายการสัญชาติของบุตรชนกลุ่มน้อย จึงกล่าวได้ว่า ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงมหาดไทยในส่วนเกี่ยวกับการทำทะเบียนชนกลุ่มนี้ ตลอดจนบุตรที่เกิดในประเทศไทยของชนกลุ่มนี้ จึงเป็นที่สงสัยเช่นกันว่า ฝ่ายบริหารของรัฐยอมรับสถานะในทางบุคคลของชนกลุ่มนี้และบุตรที่เกิดจากชนกลุ่มนี้ในสถานะใดดั่งนั้น ในแง่สถานะบุคคลตามกฎหมาย ชนกลุ่มน้อยกลุ่มนี้มีสถานะเป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยโดยมิได้รับอนุญาต และมีได้รับการผ่อนผันให้พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ดังนั้น โดยกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง จึงจำเป็นจะต้องผลักดันบุคคลดังกล่าวออกไปจากประเทศไทย

2. ปัญหาสิทธิมนุษยชนกับชนกลุ่มน้อย

เมื่อจะกล่าวถึง “ชนกลุ่มน้อย” ในงานทางวิชาการ ย่อมหมายถึง “กลุ่มชนที่อาศัยอยู่ในประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่มิได้มีเชื้อชาติ (race) ต้นกำเนิด (national origin) ศาสนา (religion) หรือภาษา (language) ในลักษณะเดียวกับ “ชนกลุ่มใหญ่” (Majority or dominant group) ในประเทศนั้นๆ” ประเด็นสิทธิมนุษยชนในชนกลุ่มน้อย ก็เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าจะมีลักษณะของกลุ่มชนที่มักด้อยต่อสิทธิ มิใช่เพียงแต่สิทธิทางศีลธรรม(Moral Rights) หากแต่รวมไปถึงสิทธิทางกฎหมาย (Legal Laws) ด้วย ไม่เพียงเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น หากแต่บริบทเช่นนี้เกิดขึ้นในทุกๆประเทศทุกที่บนโลกใบนี้ ทั้งที่เป็นที่ทราบกันในระดับสากลว่า สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่เป็นธรรมชาติ เป็นกฎหมายธรรมชาติ ความเป็นมนุษย์ย่อมทำให้บุคคลมีความเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ต้นกำเนิด ศาสนา ภาษา แต่กฎหมายที่ถูกเขียนขึ้นโดยรัฐ ที่ปกครองโดยชนกลุ่มใหญ่ มักจำกัดสิทธิของชนกลุ่มน้อยที่มีเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ต้นกำเนิดแตกต่างไปจากชนกลุ่มใหญ่ของรัฐนั้นๆ

โดยทั่วไปรัฐสมัยใหม่มักจะไม่ปฏิเสธที่จะปฏิบัติต่อชนกลุ่มน้อยด้วยความเท่าเทียม หากเป็นสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางธรรมชาติหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ แต่รัฐสามารถที่จะเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนดังกล่าวได้หากเรื่องนั้นไม่ใช่เรื่องของสิทธิตามธรรมชาติ หรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้นรัฐสมัยใหม่จะเลือกปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความแตกต่างในสถานภาพทางกฎหมาย (Legal Status) ที่บุคคลมีอยู่ จึงเป็นที่ถกเถียงกันในกลุ่มปกครองใน 2 ประเด็นสำคัญคือ

2.1 สิทธิใดเป็นสิทธิทางธรรมชาติหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อย่างใดมิใช่ หากระบุว่าสิทธิใดไม่เป็นสิทธิทางธรรมชาติได้ รัฐก็สามารถเลือกที่จะให้สิ่งนั้นแก่ชนกลุ่มหนึ่ง แต่ไม่ให้กับอีกกลุ่มหนึ่งได้ เช่น หากยอมรับว่าสิทธิในการทำงาน (Rights to work) มิใช่สิทธิตามธรรมชาติหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การไม่ยอมรับให้สิทธินั้นแก่ชนกลุ่มน้อยจึงสามารถทำได้

2.2 สิทธิที่เป็นสิทธิทางธรรมชาติ หรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อันเป็นสิทธิที่รัฐจะต้องรับรองให้การคุ้มครองแก่มนุษย์ทุกคนอย่างเท่าเทียมกันนั้น รัฐไม่อาจเลือกได้ว่าจะให้แก่ชนกลุ่มหนึ่งและไม่ให้อีกกลุ่มได้ แต่ปัญหาก็มีว่า รัฐจะให้เป็นปริมาณ (Quantity) หรือคุณภาพ (Quality) ที่เท่าเทียมกันหรือไม่ เช่น หากยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองในการทำงาน (Rights to labor protection) เป็นสิทธิทางธรรมชาติหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ รัฐก็มีหน้าที่ที่จะต้องรับรองสิทธินี้ให้แก่บุคคลทุกคน ไม่อาจเลือกปฏิบัติได้ แต่รัฐมีหน้าที่ในการคุ้มครองให้ทุกคนได้รับค่าจ้างแรงงานเท่ากันหรือไม่ หรือรัฐมีหน้าที่เพียงการคุ้มครองให้ได้รับเพียงค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำเท่านั้น (พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2543, หน้า 189-193)

ความด้อยสิทธิในประเทศไทยโดยทั่วไปมักเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

2.2.1 ความเป็นต่างด้าวของบุคคล

2.2.2 ไม่มีภูมิลำเนาในประเทศไทย

2.2.3 ความไม่ถาวรของสิทธิที่จะเข้าเมืองและอาศัยอยู่ในประเทศไทย

อย่างไรก็ตามภายใต้บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่เป็นอยู่ในสภาพปัจจุบันและแนวนโยบายแห่งรัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ความเป็นชนกลุ่มน้อย อาจนำมาซึ่งความด้อยสิทธิใน 3 ประการข้างต้น ประเด็นที่น่าสนใจคือ หาก “ชนกลุ่มน้อย” ได้รับสัญชาติไทยแล้ว ความเป็น “ชนกลุ่มน้อย” จะยังคงอยู่กับบุคคลนั้นหรือไม่ และความด้อยสิทธิ จะหมดไปหรือไม่ ในทางกฎหมายแล้ว ความเป็นชนกลุ่มน้อยน่าจะสิ้นสุดลง แต่มุมมองอื่นๆจะดำเนินต่อไป จนกระทั่งชนกลุ่มน้อยนั้นยอมละทิ้งความแตกต่างของความเป็น “ชนกลุ่มน้อย” ไป และพยายามกลืนเข้ากับชนกลุ่มใหญ่ของประเทศด้วยการซึมซับเอาวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชนกลุ่มใหญ่ในรัฐที่ตนอาศัยอยู่เข้ามาผสมผสานกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่อาศัยเวลายาวนาน

ดังนั้น แนวทางในปัจจุบัน หากรัฐไม่สามารถส่งคนที่เป็ชนกลุ่มน้อยกลับภูมิลำเนาของตนเองได้ (ที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีกรส่งกลับ) นักวิชาการหลายท่านเสนอแนะกระบวนการในการลดปัญหาประเด็นดังกล่าว โดยชนกลุ่มใหญ่จักต้องพยายามกลืนชนกลุ่มน้อยเข้ามาอยู่ในสังคมของตนเองให้ได้ หากแต่จักต้องใช้เวลาที่ยาวนาน และจักพบความไม่ราบรื่น มีความรุนแรงเกิดขึ้นในระหว่างเวลาดังกล่าว ความชาญฉลาดของรัฐที่จะมีนโยบายที่จะกลืนชน

กลุ่มน้อยในเวลาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้สัญญาหรือการให้ถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย หรือวิธีการอื่นใดก็นับได้ว่าเป็นกระบวนการที่จะหลีกเลี่ยงความไม่ราบรื่นและความรุนแรง (พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2543, หน้า 189-193)

การวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

การวิจัยเชิงอนาคต เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต โดยการคาดคะเนให้มีความตรงหรือใกล้เคียงกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมากที่สุด เท่าที่สามารถทำได้ทั้งนี้เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในสาขาที่ทำการศึกษาวิจัย โดยที่การวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เป็นรูปแบบหนึ่งที่นักวิชาการนิยมนำมาใช้ในกระบวนการวิจัยเชิงอนาคต และ จุมพล พูลภัทรชีวิน ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงอนาคตไว้ว่า เป็นวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวโน้มต่างๆที่เป็นทางเลือกของเรื่องที่ศึกษา ที่คาดว่าจะเป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นไปได้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530)

1. แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงอนาคต

นักอนาคตศาสตร์มีความพยายามที่จะศึกษาเพื่อที่จะได้ทราบว่า ในอนาคตจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง เกิดขึ้นอย่างไร ส่งผลดีหรือผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของมนุษยชาติอย่างไร และมีความพยายามที่จะลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นสำหรับเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ หรือหากเกิดขึ้นก็มีความพยายามที่จะลดความรุนแรงและความไม่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การเผชิญปัญหาหรือวิกฤติอย่างมีภูมิปัญญานับเป็นแนวคิดพื้นฐานที่พยายามจะให้เกิดขึ้น โดยนักอนาคตศาสตร์มีแนวคิดหลากหลายรูปแบบเช่น

1. เชื่อว่าอนาคตเป็นสิ่งที่สามารถสร้างขึ้นได้มากกว่าจะเป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นโดยปราศจากการกระทำใดๆต่ออนาคตนั้นๆ และไม่คอยให้ความสนใจต่ออดีตเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ้นสุดลงไปแล้ว ไม่สามารถปรับแก้อะไรของอดีตได้ และสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตอาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นในอนาคตก็ได้

2. เชื่อว่าอนาคตเป็นผลที่เกิดมาจากอดีตและถูกควบคุมโดยอดีตและปัจจุบันก็มีผลต่ออนาคต เนื่องจากเวลามีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อตัดสินใจอะไรในปัจจุบันอนาคตก็ถูกพิจารณาไปด้วย ทำให้สาระของปัจจุบันมีผลต่ออนาคต และนักอนาคตศาสตร์ จะให้ความสำคัญกับอนาคตในช่วงเวลา 5-50 ปี เพราะอนาคตในระยะใกล้คือน้อยกว่า 5 ปี มักเป็นอนาคตที่คนส่วนใหญ่ในปัจจุบันต้องเกี่ยวข้องกับอยู่แล้ว และมักมีลักษณะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้มากนักเนื่องมีเวลาไม่มากพอที่จะตัดสินใจทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลง

สำคัญๆได้ และระยะเวลาที่เกินกว่า 50 ปี ก็มักถูกละเลยเนื่องจากเป็นการยากมากที่จะคาดคะเนอนาคตในระยะเวลายาวนานขนาดนั้น เนื่องจากยังจะมีความแปรปรวนของเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเรื่องยากที่จะวางแผน (พรทิพย์ เกษุรานนท์และจักรกฤษณ์ ศิวัชเดชาเทพ, 2543) การแบ่งระยะเวลาในการศึกษาวิจัยเชิงอนาคต นักอนาคตศาสตร์ (Futurist) ศ.ดร.เอิร์ล ซี โจเซฟ (Earl C. Joseph) ศาสตราจารย์ด้านอนาคตศาสตร์ และการจัดการแห่งมหาวิทยาลัยวาล์เดน (Walden University) ได้แบ่งระยะเวลาในการศึกษาออกเป็น 5 ระยะ คือ (Earl C. Joseph. 2006)

ระยะที่ 1	จากปัจจุบันถึง 1 ปี
ระยะที่ 2	จากระยะ 1 ปี ถึง 5 ปี
ระยะที่ 3	จากระยะ 5 ปี ถึง 20 ปี
ระยะที่ 4	จากระยะ 20 ปี ถึง 50 ปี
ระยะที่ 5	ระยะเวลามากกว่า 50 ปี ขึ้นไป

การวิจัยเชิงอนาคตเป็นการวิจัยที่อ้างอิงจากข้อมูลที่มีอยู่และผ่านการกลั่นกรองโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบมีเหตุมีผลจึงมิใช่เรื่องเพ้อฝันที่ไม่มีอะไรมาสนับสนุน และการกลั่นกรองนั้นเป็นการมองที่เป็นองค์รวม จุมพล พูลภัทรชีวิน (อ๋างแล้ว) ได้ให้แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงอนาคตโดยหลัก 4 P's คือ

1.1 Projection การพยายามบรรยายที่จะสะท้อนถึงการทางเลือกต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้ในอนาคต การบรรยายรูปแบบของอนาคตนี้ นักอนาคตศาสตร์เรียกว่า การสร้างภาพอนาคต (scenario building)

1.2 Preparation การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับอนาคต เช่น การเตรียมหาญวิธี (strategy) และกลวิธี (tactics) ที่จะดำเนินการให้บรรลุกับอนาคตที่พึงประสงค์ ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมที่จะเผชิญกับอนาคตที่ไม่พึงประสงค์

1.3 Protection การคิดถึงทางเลือกต่างๆ ทำให้ตระหนักถึงโอกาสของการเกิดสภาพที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต และช่วยให้สามารถหาทางป้องกันและกำจัดองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ล่วงหน้าได้

1.4 Preservation เมื่อกำหนดอนาคตที่พึงประสงค์ก็หาทางรักษาหรือสงวนอนาคตที่ต้องการไว้ โดยการพยายามทำให้สิ่งนั้นเกิดเป็นจริง

2. จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงอนาคต

จุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยเชิงอนาคตคือการศึกษานวโน้มของเหตุการณ์และความเป็นไปได้ในอนาคต ให้ใกล้เคียงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมากที่สุด ทั้งเหตุการณ์ที่พึง

ประสงค์และไม่พึงประสงค์ เพื่อการสนับสนุนให้แนวโน้มที่พึงประสงค์เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามก็หาวิธีป้องกันหรือขจัดแนวโน้มเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีสติและรู้เท่าทัน หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยอาจแบ่งจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงอนาคต ดังนี้

เพื่อบรรยายทางเลือกในอนาคตที่เป็นไปได้/น่าจะเป็นไปได้สำหรับเหตุการณ์หนึ่ง

เพื่อพิจารณาบทวนระดับความรู้หรือความไม่รู้เกี่ยวกับอนาคตที่เป็นไปได้

เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลพาดพิงหรือผลอันอาจเกิดขึ้นจากอนาคตที่เป็นไปได้นั้น ๆ

เพื่อเตือนให้ทราบล่วงหน้าถึงอนาคตอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้นั้น

ทำให้เข้าใจกฎเกณฑ์ของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

(พรทิพย์ เกตุรานนท์ และจักรกฤษณ์ ศิวัชเดชาเทพ, 2543)

3. ประโยชน์ของการวิจัยเชิงอนาคต

การวิจัยเชิงอนาคตได้กลายเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ได้รับความนิยมแพร่หลายและนำมาประยุกต์ใช้ในวงการวิชาการต่าง ๆ มากมาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำนาย การคาดการณ์ หรือพยากรณ์แนวโน้มเหตุการณ์ในอนาคต โดยอ้างอิงข้อมูล โดยระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ผลการวิจัยนำมาใช้ประโยชน์เพื่อประกอบการตัดสินใจ ทางเลือก การวางแผนงาน การกำหนดนโยบาย หรือแนวทางการดำเนินงานในอนาคต อันจะนำไปสู่อนาคตที่พึงประสงค์หลีกเลี่ยงเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์

4. Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

การวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงอนาคตที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยแบบ Ethnographic Future Research: EFR กับ การวิจัยเชิงอนาคตแบบ Delphi Research โดยการนำจุดเด่นของรูปแบบการวิจัยแต่ละแบบมาใช้ และลดจุดด้อยของการวิจัยทั้งสองแบบ กล่าวคือ นำเอาข้อดีของการวิจัยแบบ EFR มาใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบแรก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านที่คัดเลือกเข้าสู่กระบวนการวิจัยจะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการกำหนดกรอบคิดแก่ผู้เชี่ยวชาญ ผลของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในรอบแรก จะนำมาใช้ในการสร้างเครื่องมือในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ส่งผลต่อความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือที่มีมากกว่าการวิจัยแบบ Delphi เพียงอย่างเดียว หลังจากนั้นก็นำเอาข้อดีของการวิจัยแบบ Delphi มาใช้คือนำแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบยืนยันอีกรอบ ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ เมื่อได้ข้อมูลก็นำมาสรุปเป็นอนาคตภาพโดยนักวิจัยเองซึ่งอนาคตภาพนั้นนับเป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอย่างแท้จริง (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) ซึ่งรูปแบบการวิจัยแบบ Ethnographic

Future Research: EDRF นี้ พัฒนาโดย จุมพล พูลภัทรชีวิน ในขณะที่ศึกษาระดับปริญญาเอก ที่มหาวิทยาลัยมินเนโซต้า สหรัฐอเมริกา โดยได้รับการสนับสนุนจาก โรเบิร์ต บี เท็กเตอร์ (Robert B. Textor) แห่งมหาวิทยาลัยแอสตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้ที่พัฒนาการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Future Research: EFR ที่พัฒนามาจากระเบียบวิธีวิจัยทางมานุษยวิทยาที่เรียกว่า การวิจัยชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Research or Ethnography) โดยในการพัฒนาการวิจัยแบบ EDRF นี้ จุมพล พูลภัทรชีวิน ได้ดำเนินการพัฒนามาตั้งแต่ ปี.พ.ศ. 2522 โดยมีแนวคิดพื้นฐานความเชื่อของนักอนาคตนิยม (Futurism) 3 ประการ ประกอบด้วย

4.1 อนาคตเป็นเรื่องที่มนุษย์สามารถทำการศึกษได้อย่างมีระบบ

4.2 ความเชื่อของมนุษย์เกี่ยวกับอนาคตมีผลต่อการตัดสินใจของเขา

4.3 มนุษย์สามารถควบคุมและสร้างอนาคตได้ (พรทิพย์ เกยุรานนท์ และจักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ, 2543)

5. ขั้นตอนการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDRF

5.1 การกำหนดตัวอย่างและการคัดเลือกตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญในสาขาวิชาหรือสาขาที่ดำเนินการทำวิจัยนั้นๆ สามารถมองภาพอนาคตที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุมีผล จากความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ที่ผ่านมา ทั้งนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้นจะต้องเห็นความสำคัญของการวิจัยนั้นๆ และมีความยินดี ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เนื่องจากการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDRF นี้ มีกระบวนการหลายขั้นตอนและหลายรอบ อาจนำมาซึ่งความเบื่อหน่ายของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเอง จนไม่ยอมให้ข้อมูลแก่นักวิจัย ซึ่งจะนำมาซึ่งความล้มเหลวในกระบวนการวิจัยได้

5.2 ขั้นตอนการกำหนดเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDRF นี้ ประกอบไปด้วย โครงสร้างแบบสัมภาษณ์ และเครื่องบันทึกเสียงพร้อมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนเช่น สมุดบันทึก เป็นต้น ส่วนในรอบที่ 2 และ 3 นั้น จะประกอบไปด้วยแบบสอบถามมาตราประมาณค่า เช่นเดียวกับการวิจัยแบบ Delphi

5.3 ขั้นตอนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

5.3.1 การเตรียมผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในการให้สัมภาษณ์ นักวิจัยจะต้องประสานขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เวลาที่สัมภาษณ์โดยประมาณ และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่

ในการดำเนินการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบการสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีเวลาในการศึกษาก่อน การสัมภาษณ์ เพื่อความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

5.3.2 ดำเนินการสัมภาษณ์รอบที่ 1 ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่ได้นัดหมายไว้ โดยกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยตั้งคำถามปลายเปิดและไม่มีการชี้นำคำตอบ ทั้งนี้ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญได้เป็นผู้มองอนาคตในประเด็นที่วิจัยแบบไร้ขอบเขต เพื่อผลดีต่อความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือวิจัยในรอบที่ 2

5.3.3 ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 โดยควรมีการดำเนินการซ้ำ ตรวจสอบผลจากการบันทึกให้มีความตรงไปตรงมากับผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด เพื่อใช้ในการสร้างเครื่องมือในการดำเนินการในรอบที่ 2

5.3.4 ดำเนินการสัมภาษณ์ในรอบที่ 2 โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตอบ โดยการแสดงระดับของความคิดเห็นแบบมาตราประมาณค่า และเขียนเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยในแต่ละข้อในช่องว่างที่เว้นไว้

5.3.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ ของกลุ่ม

5.3.6 นำแบบสอบถามที่ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 กลับไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 พร้อมข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedbacks) ที่เป็นของกลุ่ม และแจ้งข้อมูลที่ท่านเคยตอบไว้ เพื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบของท่านกลับค่ากลางของกลุ่มว่าแตกต่างหรือไม่หากพบว่าคำตอบของท่านแตกต่างจากกลุ่ม ต้องขอให้ท่านพิจารณาคำตอบใหม่ได้ ท่านอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมก็ได้ แต่หากคำตอบท่านอยู่นอกค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ นักวิจัยต้องร้องขอให้ท่านแสดงเหตุผลประกอบด้วย

5.3.7 นำผลการวิจัยที่ได้มาเขียนภาพอนาคต สรุปและอภิปรายผลการวิจัย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการวิจัย

6. ข้อดีของการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR

6.1 การเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 เป็นการดำเนินการสัมภาษณ์แบบ EFR ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านที่คัดเลือกเข้าสู่กระบวนการวิจัยจะแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยไม่มีการกำหนดกรอบคิดแก่ผู้เชี่ยวชาญ ผลของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในรอบแรก จะนำมาใช้ในการสร้างเครื่องมือในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ส่งผลต่อความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือที่มีมากกว่าการวิจัยแบบ Delphi เพียงอย่างเดียว

6.2 การเก็บข้อมูลในรอบที่ 2 และ 3 โดยการใช้แบบสอบถามแบบ Delphi Technique หลายรอบ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองและกลั่นกรองความคิดเห็น

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ก่อนการยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ซึ่งกรณียืนยันคำตอบเดิมก็จะมีกระบวนการเหตุผลประกอบ ซึ่งส่งผลให้งานวิจัยมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

6.3 กระบวนการวิจัยแบบ Delphi Technique ที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย จะส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกันและกัน ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือ ความครอบคลุมในเนื้อหา และคุณค่าของงานวิจัย ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติได้

7. ข้อจำกัดของการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR

7.1 เนื่องจากรูปแบบการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR มีการเก็บข้อมูลหลายรอบส่งผลต่อการดำเนินงานวิจัยที่ต้องเสียเวลามาก และการหลุดหายของผู้เชี่ยวชาญระหว่างกระบวนการวิจัย ซึ่งมีผลกระทบต่อผลของงานวิจัย

7.2 รูปแบบการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR เป็นการรวมรูปแบบการวิจัยแบบ Ethnographic Future Research: EFR กับวิธีการวิจัยแบบ Delphi Research เข้าไว้ด้วยกัน ส่งผลต่อบรรยากาศการวิจัยที่ต้องเสียไปจำนวนมาก และยังใช้เวลาในการดำเนินงานวิจัยที่มากกว่าด้วย

8. หลักการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research

เนื่องจากการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR เป็นการวิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ การสรุปผลการวิจัยจึงเป็นการสรุปจากความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลจึงมีความสำคัญยิ่งต่อความตรงและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงและน่าเชื่อถือ การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงมีความสำคัญยิ่ง จึงต้องมีการพิจารณาคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญอย่างถี่ถ้วนก่อนปรกกับการกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับเรื่องที่ทำการวิจัย โดยในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญอาจใช้วิธีการบอกต่อของผู้เชี่ยวชาญ (Snowballing Technique or Network Technique) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมักจะทราบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ มีใครบ้าง ที่เคยทำงานหรือประสานในเรื่องดังกล่าวอยู่ และขยายออกไปเรื่อยๆจนครบตามจำนวนที่ต้องการ หรือได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturate Data)(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

9. หลักการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research

จำนวนที่เหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ โทมัส ที แมคมิลแลน (Thomas T. Macmillan) ได้เสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future

Research ว่าเท่าไรจึงจะเหมาะสมในการประชุมประจำปีของสมาคมโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น รัฐแคลิฟอร์เนีย (California Junior Colleges Association) ในปี พ.ศ. 2514 พบว่า เมื่อมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงในอัตราคงที่และจะมีค่าความคลาดเคลื่อน (Error) จะมีน้อยลงมาก โดยการลดลงเป็นลำดับ ดังนี้

ตาราง 3 ช่วงของความคลาดเคลื่อนและขนาดความคลาดเคลื่อนที่ลดลง

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงความคลาดเคลื่อน	ขนาดความคลาดเคลื่อนที่ลดลง
1-5	1.20-0.70	0.50
5-9	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.54-0.50	0.02
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.45	0.02
25-29	0.45-0.44	0.02

แนวคิดการจัดทำนโยบายสาธารณะ

1. นโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ เป็นส่วนที่รัฐบาลได้ดำเนินการลงไป โดยมียุทธศาสตร์เป็นกรอบใหญ่ ก่อนนำยุทธศาสตร์นั้นมากำหนดเป็นนโยบาย โดยที่ยุทธศาสตร์หนึ่งๆสามารถนำมากำหนดได้หลายนโยบายโดยที่นโยบายนั้นอาจขัดแย้งกันได้เนื่องจากถดถอยมาจากหลายๆยุทธศาสตร์ ทั้งนี้จะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังให้สอดคล้อง เหมาะสม ดังนั้น การวิเคราะห์นโยบายจึงต้องพิจารณาไปถึงระดับยุทธศาสตร์ (อัมมาร สยามวาลา, 2548, หน้า 1) และแน่นอนที่สุด การกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพ (Health Policy) ก็ก็ต้องดำเนินการด้วยความหลากหลาย เนื่องจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นพลวัต ทั้งด้านวิถีชีวิตสุขภาพ พันธุกรรม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อีกทั้งการจัดบริการสุขภาพของภาคส่วนต่างๆในสังคม ปัจจัย

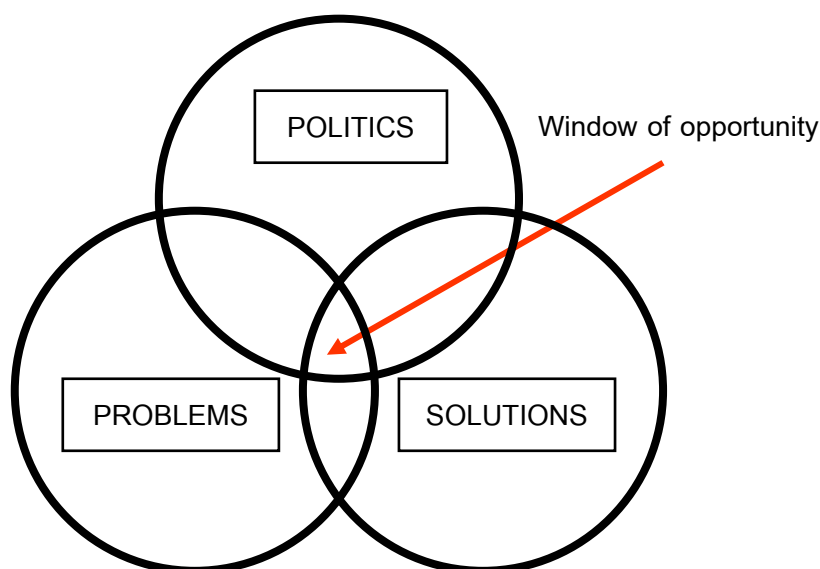
เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและทำลายสุขภาพ เช่นเดียวกัน นโยบายสาธารณะที่รัฐดำเนินการล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เช่น นโยบายการกระจายรายได้ นโยบายด้านการขนส่งมวลชน นโยบายด้านการสัมปทานทรัพยากรธรรมชาติ เพื่ออุตสาหกรรม นโยบายการใช้ที่ดิน นโยบายประกันสุขภาพ ฯลฯ ผลกระทบนั้นมีทั้งภาพที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพและด้านการทำลายสุขภาพอย่างแยกไม่ออก

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่า "นโยบายที่แสดงความห่วงใยเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจน มุ่งที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยรัฐต้องตระหนักทั้งประเด็นด้านการเกษตร อุตสาหกรรม การศึกษา การค้ารวมทั้งการคมนาคมติดต่อสื่อสาร ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องกับการมีสุขภาพดี โดยรับผิดชอบผลที่จะเกิดตามมาจากผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายนั้น" (WHO, 2008) ทั้งนี้ วิธีการในการดำเนินการผลักดันนโยบาย มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปมักจะตั้งตระหนักในสาระของเนื้อหาของนโยบาย กระบวนการในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงแนวนโยบายทางการเมืองในขณะนั้น ซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มักเป็นวิธีการที่ง่าย ประหยัด หรือเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของคนในประเทศนั้นๆ ให้มีสุขภาพที่ดี (Gill Walt, 2006) โดยที่กระบวนการในการดำเนินการนั้นมีแนวทางที่หลากหลาย ในที่นี้ขอเสนอตัวแบบกระแสน้ำต่างนโยบาย (Stream – Windows Model) ซึ่งช่วยให้มองภาพกระแสแห่งการผลักดันนโยบายได้ง่ายขึ้น โดยมีมุมมองว่า หน้าต่างแห่งโอกาสจะเปิดขึ้นได้ หรือนโยบายจะถูกนำมากำหนดและดำเนินการโดยรัฐได้ จะต้องมียุคประกอบหลัก ใน 3 กระแสหลัก คือ

1.1 กระแสปัญหา (Problems Stream) เป็นกระแสที่เกิดจากสภาพอันไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบของประชาชน และสภาพอันไม่พึงประสงค์นั้นส่งผลกระทบชัดเจนจนเป็นที่ตระหนักของประชาชนโดยทั่วไป ทั้งนี้ก็มีข้อมูลในเชิงวิชาการสนับสนุนชัดเจนในบริบทของปัญหา

1.2 กระแสการเมือง (Politics Stream) เป็นกระแสของภาคการเมืองที่จะเป็นองค์การในการตัดสินใจกำหนดนโยบายนั้นๆ โดยที่ภาคการเมืองมองเห็นความสำคัญ และมักจะส่งผลดีต่อประชาชนโดยทั่วไป อีกทั้งยังส่งผลดีทางการเมืองต่อองค์กรการเมืองนั้นๆ

1.3 กระแสแนวทางการแก้ไข (Solution Streams) เป็นกระบวนการที่เกิดจากกระแสสังคมในอันที่จะร่วมแรงร่วมใจในการแก้ไขปัญหาโดยมีแนวทางที่ชัดเจน โดยแนวทางนั้นเป็นที่ยอมรับว่าจะสามารถดำเนินการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Kent B, Nicolas M and Gill W, 2006)



ภาพ 3 Streams – Windows Model

2. ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ขอบเขตนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ปัตพงษ์ เกษสมบุญ และอนุพงศ์ สุจริยากุล ได้นำเสนอไว้ในรายงานการศึกษา เรื่อง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยพิจารณาจัดเป็นสองกลุ่ม คือ นโยบายด้านสังคม กับ นโยบายด้านเศรษฐกิจ (ปัตพงษ์ เกษสมบุญ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2544, หน้า 5)

2.1 นโยบายด้านสังคม นโยบายการพัฒนาระบบการเมือง การปกครอง การกระจายอำนาจ การรักษาความมั่นคง การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สาธารณสุข นโยบายที่เกี่ยวกับสตรี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่างๆ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ข้อมูลข่าวสารและสื่อสารมวลชน การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การปฏิรูปที่ดิน เป็นต้น

2.2 นโยบายด้านเศรษฐกิจ นโยบายเศรษฐกิจมหภาค ภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การบริการ การคมนาคมขนส่ง การพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น ทั้งนี้ ได้แบ่งนโยบายสาธารณะ ออกเป็น 2 กลุ่ม 4 ประเภท คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร (Distributive and Redistributive Policies)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับกิจกรรม (Regulatory Policies)

ทั้งนี้สามารถแยกย่อยเป็นมาตรการทั้งหมด 4 ด้าน คือ

2.1 มาตรการด้านกฎหมาย

2.2 มาตรการด้านเศรษฐกิจ

2.3 มาตรการด้านสังคม และ

2.4 มาตรการด้านวิชาการและเทคโนโลยี

จะเห็นได้ว่ามาตรการมีความละเอียดกว่านโยบายมีลักษณะเป็นการดำเนินการเชิงเทคนิคมากกว่า โดยอาจกล่าวได้ว่านโยบายเป็นเครื่องมือของการเมืองส่วนมาตรการเป็นเครื่องมือของข้าราชการประจำ ที่ต้องนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (อัมมาร สยามวาลา, 2548, หน้า 1)

นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อยที่ควรมี จากการศึกษาของ ปัตพงษ์ เศษสมบุรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล ได้เสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาความยากจน คนเร่ร่อน การว่างงาน ชนกลุ่มน้อย ชาวเขาและผู้อพยพ กลุ่มคนเหล่านี้มักจะถูกสังคมกีดกัน และขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพ คุณภาพชีวิตและอื่นๆ ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยที่พบว่าหากสังคมใดยึดถือนโยบายความเท่าเทียม มักมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิตประชาชนที่ดีกว่า นโยบายที่ควรมีสนับสนุนในกลุ่มนี้ได้แก่

1. มาตรการทางด้านกฎหมาย เพื่อช่วยป้องกันสิทธิผู้อพยพและชนกลุ่มน้อยและเพื่อป้องกันการแบ่งแยกชนชั้น

2. มาตรการทางด้านสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสวัสดิการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

3. มาตรการสนับสนุนทางการเงิน ได้แก่ ค่าแรงขั้นต่ำที่เหมาะสม การศึกษา นโยบายเกี่ยวกับการว่างงาน

4. นโยบายเกี่ยวกับการกระจายรายได้และความมั่งคั่งอย่างเป็นธรรม

3. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

พื้นฐานในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย การมีภาวะผู้นำ (Leadership of government departments) การแสดงเจตจำนงแน่วแน่ (Commitment from the top) การสร้างพลังด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน (Empowering the people) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพดี (Healthy setting) การสร้างภาคีเพื่อสุขภาพ (Health partnerships, Health alliance) และการมีพันธะที่จะต้องรับผิดชอบ (Accountability) (ปัตพงษ์ เศษสมบุรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2544, หน้า 45-54) โดยที่จะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญ

ของนโยบายที่เหมาะสม โดยใช้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันและรอบด้าน โดยให้ผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณา

4. รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากการผลักดันโดยรัฐบาล

4.1 ทำให้เรื่องสุขภาพเป็นประเด็นทางการเมืองและสาธารณะ

4.2 มุ่งพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแบบองค์รวม

4.3 กำหนดเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ

4.4 สร้างกลไก/องค์กรระดับชาติเพื่อนโยบายสาธารณะ เช่น มีมาตรการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพอนามัยในโครงการขนาดใหญ่ (Health Impact Assessment: HIA) การกำหนดระบบภาษีเพื่อสุขภาพ เช่น ภาษีเหล้า บุหรี่ และอื่นๆที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

4.5 การกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 4 เปรียบเทียบกระแสการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ

ประเด็น	การวิเคราะห์นโยบาย แบบเส้นตรง/ ตัวแบบขั้นขึ้น	การวิเคราะห์นโยบาย แบบตัวแบบการเมือง	การวิเคราะห์นโยบาย แบบถกแถลง/ สนทนาปรึกษาหารือ
ความหมาย	นโยบายกำหนดให้สาธารณะต้อง ดำเนินการตาม	ผลสะท้อนการแข่งขัน ระหว่างกลุ่มทางสังคม	ทิศทางซึ่งผู้คนในสังคม ต้องการกำหนดโลกชีวิต
จุดเน้น/ พื้นที่	รัฐ	ในระบบการเมืองปกติ	ประชาสังคม
ตัวกระทำ การ	ผู้มีอำนาจตัดสินใจทางการเมือง นักวิเคราะห์นโยบาย	กลุ่มต่างๆ ในสังคม	องค์กรประชาสังคม
เนื้อหาใน การ วิเคราะห์	กลไกการตัดสินใจที่เป็นทางการ บทบาทของผู้มีอำนาจตัดสินใจ ทางการเมือง	การแข่งขันระหว่างกลุ่ม ต่างๆ / เครือข่ายนโยบาย	-วาทกรรม การตีความ การ ให้ความหมาย การปฏิบัติ ของแต่ละกลุ่ม/ชุมชน นโยบาย -ความขัดแย้งเชิง สัญลักษณ์และความหมาย -การศึกษาการปะทะ ประสานฐานคิด คุณค่าของ สังคม สังคมในอุดมคติ
กระบวนการ การกำหนด นโยบาย	-เส้นตรง (top down) -กำหนดจากข้างบน -แสวงหาทางเลือกนโยบาย/การ วิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด	-การเปิดโอกาสให้เกิดการ แข่งขันระหว่างกลุ่ม ผลประโยชน์ต่างๆ	-การสร้างเวทีและ กระบวนการถกแถลง/ สนทนา ปรึกษาหารือโดย เครือข่ายนโยบายในสังคม

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็น	การวิเคราะห์นโยบาย แบบเส้นตรง/ ตัวแบบชนชั้นนำ	การวิเคราะห์นโยบาย แบบตัวแบบการเมือง	การวิเคราะห์นโยบาย แบบถกแถลง/ สนทนาปรึกษาหารือ
กระบวนการ การนำ นโยบายไป ปฏิบัติ	-รัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบ ราชการ	-รัฐ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบบราชการ	-ปฏิบัติการที่เป็นจริงในส่วนของสังคม -การแสวงหาโลกชีวิตของผู้คนส่วนต่างๆ ของสังคม
การ ประเมินผล นโยบาย (ผู้ประเมิน)	-ผู้เชี่ยวชาญ นักประเมินผลมืออาชีพ	-ยอมรับกลไก/กระบวนการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ กลุ่มต่างๆ ของสังคม	-การประเมินผลโดยองค์กร ประชาสังคม
กรอบและ ตัวชี้วัด	-เน้นที่ผลลัพธ์ของนโยบาย (ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของ นโยบาย)	-เน้นที่ผลลัพธ์ของนโยบาย (ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลของนโยบาย)	-เน้นที่การเติบโตทาง เศรษฐกิจของประชาสังคม การสร้างกระบวนการเรียนรู้ ความรู้ที่ผลิตขึ้นใหม่

ที่มา ประภาส ปิ่นตบแต่ง, ม.ป.ป. หน้า 6

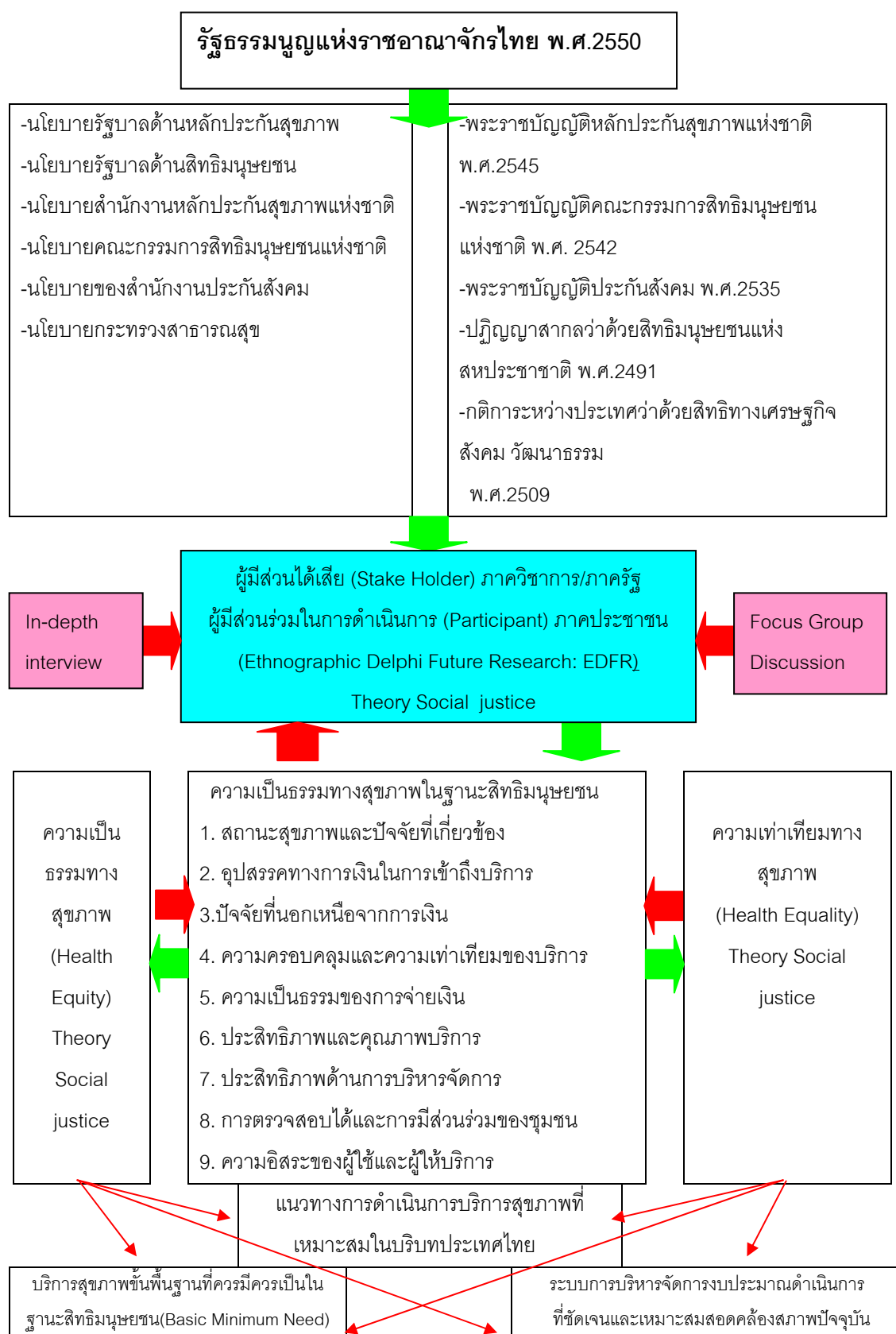
คำถามการวิจัย (Research Question)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเมื่อนำมาประมวลแล้ว อาจได้คำถามที่ต้องการคำตอบ ในการดำเนินการวิจัยเพื่อหาคำตอบ ดังนี้

ข้อที่ 1 สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูงเป็นอย่างไร

ข้อที่ 2 ในมุมมองหลายฝ่ายความคาดหวังด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพสำหรับกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ เป็นอย่างไรเมื่อตั้งอยู่บนพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อที่ 3 ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนสำหรับชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูงควรมีแนวทางการดำเนินการลดช่องว่างอย่างไร ในความคาดหวังที่เป็นไปได้ในมุมมองหลายฝ่าย



ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) กล่าวคือ

1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา

1.1 ศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

1.2 ศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตสภาพความเป็นจริงเพื่อใช้ยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

2. ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ศึกษาเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานจากความคิดเห็นหลายฝ่ายในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

2.1 การจัดทำ Focus Group เพื่อรับฟังข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายชาวเขาในพื้นที่สูงและผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง

2.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้วยกระบวนการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

2.3 จัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบการดำเนินงานในการลดช่องว่างความเป็นธรรมที่ได้จากการผสมผสานระหว่างข้อ 2.1 และ 2.2 เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เพื่อใช้ผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population/Sample)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

การศึกษาระยะที่ 1 นี้ศึกษาในกลุ่มประชากร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 กำหนดเก็บข้อมูลปฐมภูมิ เพื่อประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วย

1.1.1 กลุ่มคนไทยพื้นราบ

1.1.2 กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และ

1.1.3 กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ

โดยศึกษาใน 10 จังหวัด ซึ่งใช้เป็นตัวแทนของประเทศไทย กล่าวคือ เป็นจังหวัดที่มีชาวเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่สูง ในเขตภาคเหนือ ดังนี้

- | | | |
|----------------------|--------------------|----------------------|
| 1. จังหวัดลำปาง | 2. จังหวัดตาก | 3. จังหวัดแม่ฮ่องสอน |
| 4. จังหวัดเชียงใหม่ | 5. จังหวัดเชียงราย | 6. จังหวัดน่าน |
| 7. จังหวัดพะเยา | 8. จังหวัดลำพูน | 9. จังหวัดพิษณุโลก |
| 10. จังหวัดเพชรบูรณ์ | | |

โดยใน 10 จังหวัด มีชนเผ่าต่างๆกระจายอาศัยอยู่ โดยมีชาวเขาเผ่าหลักๆ จำนวน 6 เผ่า คือ

- | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|
| 1. กะเหรี่ยง (ปะกาเกยอ) | 2. ม้ง (แม้ว) | 3. อาข่า (อิก้อ) |
| 4. เมี่ยน (เย้า) | 5. คะชีน | 6. ลาหู่ (มูเซอ) |

เนื่องจากไม่ทราบ จำนวนประชากรที่แน่ชัด และการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน(Multistage cluster sampling) อีกทั้งเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อน

จึงเลือกใช้สูตร $n_{srs} = (Z^2 \alpha_2 p(1-p)/d^2) \times Deff$ (ฉวีวรรณ บุญสุยา, 2543. หน้า 90)

Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ได้จากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ในที่นี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 จะได้ค่า Z มีค่า = 1.96

d = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 5 % มีค่า = 0.05

p = โอกาสในการถูกเลือกหรือค่าสัดส่วนของโอกาสในการถูกเลือก = 0.5

$Deff$ = ใช้ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอนสูงสุดมีค่า = 2

n_{srs} = กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 769 คน (ปรับเพิ่มเป็น 780 คน)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม ทุละ 260 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 780 คน เพื่อใช้ในการหาความแตกต่างของค่าความชันของกราฟความเป็นธรรม และแยกวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มกลุ่มตัวอย่างแยกเป็น 10 จังหวัดๆละ 78 คน โดยที่ใน 78 คนนั้น แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 26 คน

เงื่อนไขในการเลือก

1. ประชาชนในหมู่บ้านที่ถูกสุ่ม
2. อายุระหว่าง 15 – 70 ปี
3. เคยใช้บริการสุขภาพภาครัฐมาแล้ว ไม่เกิน 6 เดือน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความลำเอียง

จากการหลงลืม (Recall Bias)

1.2 เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใน Key Informant เพื่อเติมเต็มหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในข้อ 1.1 โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 3 กลุ่ม โดยไม่ซ้ำกลุ่มที่ได้สัมภาษณ์เชิงปริมาณแล้ว คือ

1.2.1 กลุ่มคนไทยพื้นราบ จำนวน 21 คน ใน 6 จังหวัด

1.2.2 ชาวเขาสัญชาติไทยและ จำนวน 29 คน ใน 6 จังหวัด

1.2.3 กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ จำนวน 37 คน ใน 6 จังหวัด

ทั้งนี้ จำนวนที่สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และไม่เปลี่ยนแปลงของข้อมูล เมื่อนักวิจัยพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่จึงหยุดการสัมภาษณ์ โดยประเด็นสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประกอบไปด้วยประเด็น ดังนี้

- 1) สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ
- 3) ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน
- 4) ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ
- 5) ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน
- 6) ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ
- 7) ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ
- 8) การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 9) ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2

การศึกษาระยะที่ 2 นี้ศึกษาในกลุ่มประชากร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กลุ่มประชาชนชาวบ้านและผู้ไร้สัญชาติในการทำ Focus Group กลุ่มละ 10-12 คน ประกอบไปด้วย

- 2.1.1 ผู้นำชุมชนของหมู่บ้าน ผู้นำชนเผ่า และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
- 2.1.2 ประชาชนผู้มีสัญชาติไทยในพื้นที่
- 2.1.3 ประชาชนชาวบ้านในพื้นที่
- 2.1.4 ผู้นำด้านจิตวิญญาณของชนเผ่า
- 2.1.5 กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ และ อาสาสมัครสาธารณสุข
- 2.1.6 ผู้นำไม่เป็นทางการที่ได้รับคำแนะนำ
- 2.1.7 ผู้มีความคิดแตกต่างจากกลุ่มในชุมชน โดยคำแนะนำของผู้นำชุมชน
- 2.1.8 ชาวเขาไร้สัญชาติและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ

2.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารและนักวิชาการ จำนวน 17 คน ประกอบไปด้วย

2.2.1 นักสิทธิมนุษยชน

2.2.2 ผู้แทนองค์กรอิสระว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

2.2.3 ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2.4 ผู้แทนคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

2.2.5 นักวิชาการสาธารณสุข หรือผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข

2.2.6 ผู้บริหารระดับอำเภอ จังหวัด

2.2.7 ผู้แทนองค์การข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ

2.2.8 บาทหลวงในค่ายอพยพ

ในการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ในหัวข้อ (1) กำหนดศึกษาโดยใช้พื้นที่ 10 จังหวัดโดยใช้พื้นที่เดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 ทั้งนี้ เพื่อความสอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1

เครื่องมือวิจัย (Research Instrument)

1. เครื่องมือวิจัยในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis)

1.1 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยมี รายละเอียดโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1.1.1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)

- 1) สถานะสุขภาพโดยรวม
- 2) สถานะสุขภาพเฉพาะกลุ่ม
- 3) ความครอบคลุมของบริการ
- 4) สภาพแวดล้อม
- 5) สภาวะทางประชากร
- 6) สภาวะทางเศรษฐกิจ
- 7) สภาวะทางการศึกษา
- 8) สภาพความขาดแคลนทรัพยากร
- 9) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

1.1.2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

- 1) ความครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพ

2) ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์

3) ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ

1.1.3 ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

(Non-financial barrier to access)

1) การกระจายทรัพยากร

2) ปริมาณบริการกับทรัพยากร

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

4) การใช้บริการสุขภาพโดยรวม

1.1.4 ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)

1) ความทั่วถึงในการใช้บริการ

2) การใช้บริการระดับต้น

3) ความต่อเนื่องของบริการ

4) ความครบถ้วนของบริการ

5) ความเสมอภาคในการได้รับบริการ

1.1.5 ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)

1) การสนับสนุนงบประมาณของรัฐ

2) ความแตกต่างของรายจ่ายสุขภาพ

3) ภาระรายจ่าย ณ จุดบริการ

1.1.6 ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)

1) ประสิทธิภาพของการให้บริการ

2) ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยบริการ

3) การบริการตามมาตรฐาน

4) คุณภาพในการให้บริการ

5) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

1.1.7 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

1) ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ

2) สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น

3) ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ

4) การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

5) การให้บริการที่เกินความจำเป็น

1.1.8 การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)

- 1) การเผยแพร่ผลงานบริการ
- 2) ความโปร่งใสในการจัดสรรทรัพยากร
- 3) โอกาสในการแสดงความคิดเห็น
- 4) การเคารพสิทธิผู้ป่วย
- 5) การมีส่วนร่วมด้านกฎหมาย
- 6) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

1.1.9 ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

- 1) โอกาสในการเลือกบริการระดับต้น
- 2) โอกาสในการเลือกบริการเฉพาะทาง
- 3) โอกาสในการเลือกบริการของรัฐ
- 4) โอกาสในการเลือกบริการเอกชน
- 5) โอกาสในการเลือกบริการแผนไทย
- 6) ความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

1.2.1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการให้บริการสุขภาพภาครัฐในปัจจุบัน

1.2.2 ความเป็นธรรมทางสุขภาพในมุมมองของท่านเป็นอย่างไร

1.2.3 รัฐควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ประชาชนทุกคนทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติรู้สึกเท่าเทียมกัน

1.2.4 หากท่านเป็นผู้จัดบริการสุขภาพ ท่านจะจัดบริการสุขภาพอย่างไร เพื่อให้ประชาชนทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติรู้สึกพึงพอใจ ได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ เท่าเทียมและเป็นธรรม

1.2.5 หากท่านสามารถกำหนดนโยบายการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ ท่านจะกำหนดนโยบายหรือการดำเนินงานบริการสุขภาพในภาพกว้างอย่างไร เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีความรู้สึกว่าได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันหรือไม่มีความแตกต่างกัน

1.2.6 ประเด็นใดบ้างที่ท่านคิดว่าท่านแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ในการให้บริการสุขภาพ

1.2.7 ท่านมีคำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับผมหรือไม่หรือมีประเด็นใดที่ท่านอยากให้ผมในฐานะนักวิจัยทราบ

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

2.1 ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

นักวิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ขึ้นมาใหม่ ทั้งนี้ได้ใช้หลักเกณฑ์และกรอบของเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 กลุ่ม (Benchmark of fairness) เมื่อสร้างเครื่องมือเสร็จได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและให้คะแนนตามระบบ IOC ข้อที่มีค่าคะแนนการประเมินเกินกว่า 0.5 ถือว่ามีความตรง และได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้เครื่องมือวัด

2.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เมื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ จำนวน 30 คน ประกอบด้วยคนไทยพื้นราบ 10 คน ชาวเขาสัญชาติไทย 10 คน และชาวเขาไร้สัญชาติ 10 คน และนำมาคำนวณหาค่าความคงที่ของเครื่องมือ ผลปรากฏว่าได้ค่า ความเที่ยง 0.78 นักวิจัยจึงนำข้อคำถามบางคำถามมาปรับสำนวนภาษาและได้ตัดทิ้งในบางคำถามที่ส่งผลให้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมดมีค่าเพิ่มขึ้น และดำเนินการทดลองใช้อีกครั้ง จำนวน 30 คน ผลปรากฏว่าได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดที่ดี

3. เครื่องมือวิจัยในการจัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.1 สทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการเสนอประเด็นการสนทนา ประเด็นที่จะใช้ในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย คำถามเสนอประเด็นในการสนทนากลุ่ม โดย เริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มด้วยการทำความรู้จักคุ้นเคยและอธิบายเรื่องสิทธิมนุษยชนและความเป็นธรรมทางสุขภาพให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม พอสังเขป หลังจากนั้นเสนอคำถามที่เป็นประเด็นในการสนทนา

3.1.1 “ปัจจุบันท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับบริการสุขภาพจากรัฐที่ท่านได้รับ”

3.1.2 “มีประเด็นใดบ้างที่ท่านคิดว่าท่านได้รับบริการจากรัฐที่แตกต่างจากคนไทยทั่วไป และต้องการให้รัฐฯ ปรับปรุงแก้ไขนโยบายและการดำเนินงานอย่างไร”

3.1.3 “การที่ท่าน มี (หรือไม่มี) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือมีความสำคัญกับท่านหรือไม่ อย่างไร ในประเด็นใด”

3.1.4 “หากท่านเป็นผู้ที่สามารถผลักดันนโยบายของประเทศเกี่ยวกับประเด็นความเป็นธรรมท่านจะดำเนินการอย่างไรหากมีจุดมุ่งหมายต้องการให้ท่านได้รับสิทธิเท่าเทียมกับคนไทยทั่วไป”

3.1.5 “มีประเด็นใดที่ท่านต้องการให้ผมในฐานะนักวิจัยทราบเกี่ยวกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อย”

3.2 การแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระของผู้เชี่ยวชาญเพื่อใช้ประกอบการสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการเสนอรายละเอียดการประเมินความเป็นธรรมในระยะที่ 1 ให้ทราบและเสนอคำถาม ดังนี้

3.2.1 “เมื่อท่านดูรายละเอียดข้อมูลแล้วท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อย”

3.2.2 “หากท่านเป็นผู้ที่สามารถผลักดันนโยบายของประเทศเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว ท่านจะดำเนินการอย่างไรหากมีจุดมุ่งหมายต้องการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม”

3.2.3 “มีประเด็นใดที่ท่านต้องการให้ผมในฐานะนักวิจัยทราบเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อย”

4. อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล

4.1 เครื่องบันทึกเสียง พร้อมแถบหน่วยความจำ (Memory)

4.2 กล้องถ่ายภาพดิจิทัล ความละเอียดไม่น้อยกว่า 5 ล้านพิกเซล

4.3 สมุดบันทึกคำพูดการสนทนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

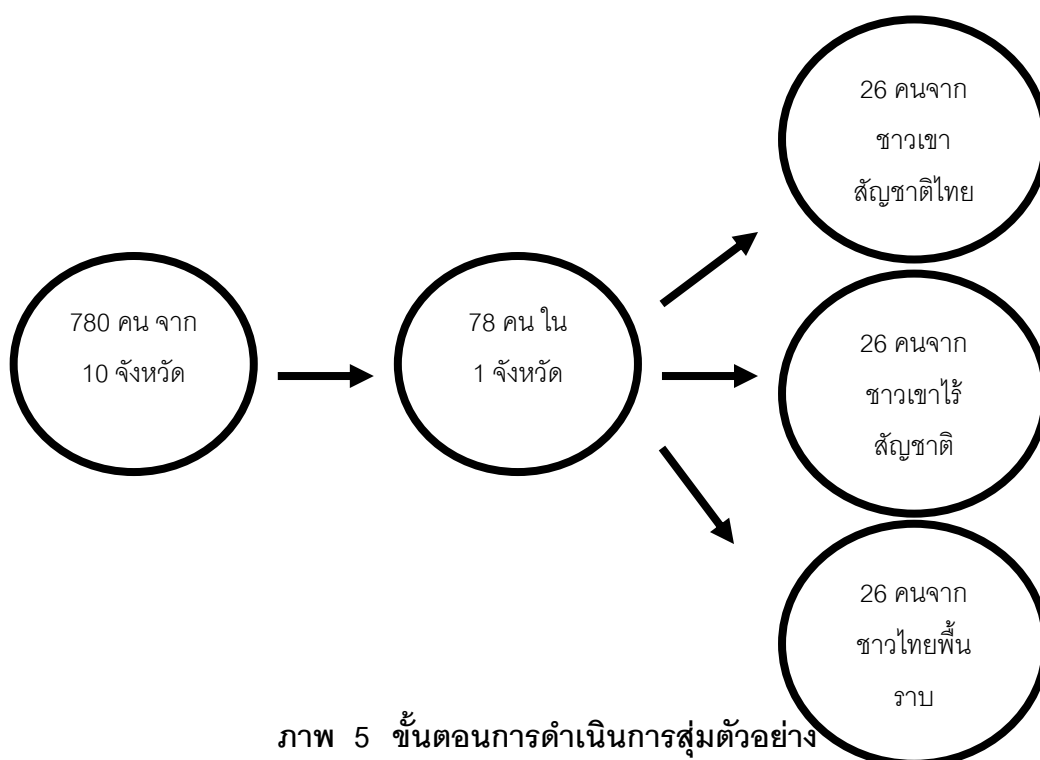
1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis)

1.1 สุ่มอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่เป็นหมู่บ้านชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติอาศัยอยู่

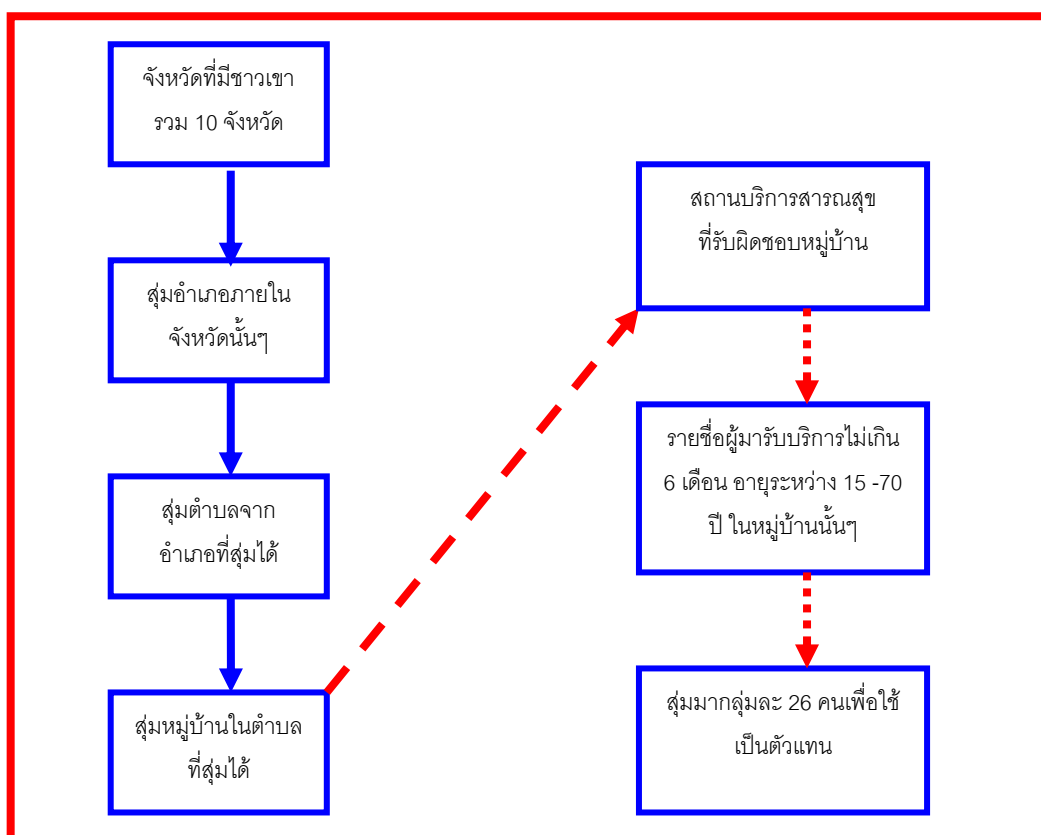
1.2 เมื่อได้หมู่บ้านเป้าหมายแล้วจัดเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าไปเก็บรายชื่อประชาชนในหมู่บ้านที่ใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้น ไม่เกิน 6 เดือน หากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตามเป้าหมาย ให้พิจารณาใช้หมู่บ้านข้างเคียงในสถานบริการเดียวกัน จนครบกลุ่มละ 26 ตัวอย่าง

1.3 ในจังหวัดต่อไปชนกลุ่มน้อยเผ่าใดที่สุ่มได้ในจังหวัดแรกหรือจังหวัดก่อนหน้า จะถูกคัดออก แล้วดำเนินการสุ่มเผ่าอื่นๆเช่นเดียวกับการสุ่มข้างต้น

เนื่องจากมีจังหวัดที่ดำเนินการ 10 จังหวัด แต่มีชนเผ่าที่ศึกษาเพียง 6 เผ่า คือ กะเหรี่ยง ม้ง เมี่ยน คะชีน อาข่า และลาหู่ ดังนั้นอาจมีบางชนเผ่าที่ซ้ำกับจังหวัดที่ถูกสุ่มก่อนหน้า



ภาพ 5 ขั้นตอนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง



ภาพ 6 ขั้นตอนรายละเอียดกระบวนการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในระยะที่ 1 อ้างอิงสู่ประชากร 3 กลุ่ม คือ

1. คนไทยที่มีเชื้อชาติไทย มีสัญชาติไทย และมีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ
2. ชาวเขาในพื้นที่สูงที่มีสัญชาติไทย และมีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ
3. ชาวเขาไร้สัญชาติ และไม่มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ

ในการสัมภาษณ์นักวิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ ซึ่งเป็นชาวเขาเผ่าที่สุ่มได้และนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตในจังหวัดนั้นๆ ที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถสื่อสารด้วยภาษาของชาวเขาเผ่าที่สัมภาษณ์ ทั้งยังมีความรู้ ความเข้าใจในภาษาและขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนเผ่าเป็นอย่างดี โดยนักวิจัยดำเนินการเป็นตัวอย่างเป็นกลุ่มคนไทยจนเป็นที่เข้าใจและลงให้ดำเนินการสัมภาษณ์เองโดย นักวิจัยเฝ้าสังเกตจนมั่นใจในการดำเนินการ จึงแยกดำเนินการตามเป้าหมาย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ที่รู้เรื่องนั้นดี Key Informant เพื่อเติมเต็มหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนักวิจัยจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูลและความหมายของข้อมูลจากทัศนคติของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์ ช่วยให้นักวิจัยเข้าใจความหมายและเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้น เพราะอะไร ตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Meaning) เพราะในบางครั้งปรากฏการณ์หรือข้อมูลมีความหมายลึกซึ้งเกินกว่าที่ปรากฏให้เห็นด้วยตา นักวิจัยจะต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์โดยการตีความ เพื่ออธิบายความหมายที่ซ่อนอยู่ (Interpretative) ดังนั้นนักวิจัยจะยังไม่ทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และหยุดนิ่งของข้อมูล เมื่อนักวิจัยพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่อีก จึงหยุดการสัมภาษณ์ โดยใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการศึกษาสถานการณ์ ทั้งนี้กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก มีทั้งกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการสัมภาษณ์ในครั้งแรก และบุคคลที่นอกเหนือจากกลุ่ม ซึ่งได้มาด้วยการแนะนำหรือนักวิจัยพิจารณาว่าอาจจะได้ข้อมูลเพิ่มเติม (อมรา พงศาพิชญ์, มปป.หน้า 1-15)

3. การสนทนากลุ่ม

เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการลดช่องว่างด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มต่างๆ โดยแยกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูง ที่ประกอบด้วยชาวบ้าน ชาวเขา ทั้งมีและไร้สัญชาติ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ โดยทำการศึกษาควบคู่กันไป การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มประชากร โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ประสานความร่วมมือผู้นำชุมชนที่สุ่มได้ในการเก็บข้อมูลระยะที่ 1 โดยกำหนดจัดทำเพียง 6 กลุ่มเป้าหมายชนเผ่าเท่านั้น เพื่อขอเชิญกลุ่มเป้าหมายในการจัดทำ Focus Group

3.2 จัดทำ Focus Group ผู้แทนชนกลุ่มน้อยทุกกลุ่ม เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำร่างข้อสรุปความคิดเห็นประกอบกับผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ/ผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายจะได้ทราบถึงข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในระยะที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำ Focus Group

3.3 สรุปข้อมูลการจัดทำ Focus Group ทั้ง 6 กลุ่มเป้าหมาย

3.4 ใช้ข้อมูลที่สรุปไว้ ในการประกอบการจัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.5 นำข้อเสนอที่ได้รับมาปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม และจัดทำเป็นร่างข้อเสนอ

เชิงนโยบาย

4. การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในการทำวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDRF กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารและนักวิชาการ จำนวน 17 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นักบริหารและนักวิชาการ ดำเนินการเก็บด้วยกระบวนการศึกษาแบบ EDRF (Ethnographic Delphi Future Research) ดังนี้

4.1 กำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยกำหนดรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 17 คน (โดยมีการดำเนินการทั้งหมด 22 คน และติดตามเป้าหมายเพียง 17 คน ส่วนที่เหลือหากมีข้อขัดข้องเกี่ยวกับการให้ข้อมูล)

4.2 แจ้งความจำนงค์และรายละเอียดการขอสัมภาษณ์ล่วงหน้าด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การนัดหมายด้วยตนเอง การโทรศัพท์นัดหมายหรือวิธีการอื่นที่เหมาะสมกับบุคคลที่ขอสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้สรุปข้อมูลในการศึกษาในระยะที่ 1 พร้อมทั้งสรุปข้อมูลการจัดทำ Focus Group เพื่อผู้เชี่ยวชาญใช้ประกอบการตัดสินใจในรายละเอียดการสัมภาษณ์

4.3 ดำเนินการสัมภาษณ์ตาม วัน เวลา และสถานที่ตามนัดหมาย

4.4 สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ นักบริหาร และกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ โดยเปิดโอกาสให้แสดงความเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูง โดยในการดำเนินการนี้ จะไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องทราบว่าในการดำเนินการวิจัยประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญท่านใดบ้าง เพื่อป้องกันการถูกครอบงำทางความคิดจากผู้เชี่ยวชาญที่มีบุคลิกภาพหรือการแสดงออกที่เหนือกว่า (Bandwagon effect) โดยประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญจะแสดงความเห็นอย่างอิสระคือรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินการในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างคนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ ทั้งนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจะได้รับข้อมูลด้านความเป็นธรรมดังกล่าวจากการศึกษาในระยะที่ 1 และสรุปข้อมูลการจัดทำ Focus Group ในระยะที่ 2

4.5 สรุปประเด็นจากการดำเนินการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 เพื่อจัดทำเป็นร่างข้อสรุปความเห็น ทั้งนี้ข้อสรุปที่จัดทำขึ้นจะเสนอประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อยใน 9 กลุ่มความเป็นธรรมเป็นประเด็นหลัก อาจมีการปรับแก้หรือเพิ่มเติม แต่หลักการยังคงยึดประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 กลุ่มความเป็นธรรมเป็นหลัก

4.6 ดำเนินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 และสร้างเครื่องมือวิจัยโดยจัดทำร่างแนวทางการในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยวิธีการเสนอกรอบกระบวนการในการดำเนินการ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาใน 3 ประเด็นในแต่ละกรอบคือ

4.6.1 ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึงประเด็นดังกล่าวสามารถลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มได้จริง

4.6.2 ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึงเป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม

4.6.3 ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง ดัชนีนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เมื่อนำนโยบายนั้นสู่การปฏิบัติในพื้นที่

ทั้งนี้ทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าวใช้มาตรประเมินค่า 5 ระดับ แบบ ลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนให้กับระดับการวัดในแต่ละระดับจากลำดับสูงสุดเป็น 5 ถึงระดับต่ำสุดเป็น 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและแปลความหมายกลับไปเป็นลำดับของการวัดดังเดิม ด้วยการอ้างอิงขีดจำกัดล่างและขีดจำกัดบนของตัวเลขแต่ละตัว ดังนี้

4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
0.50 – 1.49	น้อยที่สุด

4.7 ดำเนินการในรอบที่ 2 โดยส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตอบ โดยการแสดงระดับระดับของความคิดเห็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ และเขียนเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยในแต่ละข้อในช่องว่างที่เว้นไว้

4.8 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ ของกลุ่ม

4.9 นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับในรอบที่ 2 ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 พร้อมข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedbacks) ที่เป็นของกลุ่ม และแจ้งข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญเคยตอบไว้ เพื่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบของตนเองกับค่ากลางของกลุ่มว่าแตกต่างหรือไม่ หากพบว่าคำตอบของตนเองแตกต่างจากกลุ่ม ต้องขอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบใหม่ ผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมเดิมก็ได้ แต่หากคำตอบผู้เชี่ยวชาญคนใดอยู่นอกค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ นักวิจัยจะต้องร้องขอให้แสดงเหตุผลประกอบด้วย

4.10 จัดทำร่างข้อเสนอเชิงนโยบายจาก บทสรุปของผู้เชี่ยวชาญ

4.11 นำร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่พิจารณาแล้ว กลับมาให้ผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ/ผู้มีส่วนได้เสีย ยืนยันหรือเพิ่มเติม/ปรับแก้ประเด็น

4.12 นำข้อเสนอที่ได้รับมาปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม และจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data)

1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา (Situational Analysis)

1.1 ประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

1. ชาวเขาสัญชาติไทย เปรียบเทียบชาวเขาไร้สัญชาติ
2. ชาวเขาสัญชาติไทย เปรียบเทียบคนไทยพื้นราบ
3. ชาวเขาไร้สัญชาติ เปรียบเทียบคนไทยพื้นราบ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 กลุ่ม ทุละ 260 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น จำนวน 780 คน เพื่อใช้ในการหาความแตกต่างของค่าความชันของกราฟความเป็นธรรม และแยกวิเคราะห์ความแตกต่าง 3 กรณีคือ

1.1.1 ข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณและระดับมาตรวัดเป็น Ratio Scale วิเคราะห์โดยสถิติ ANOVA และทดสอบเพื่อยืนยันความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยสถิติ Posthoc โดยใช้วิธีการของ Tukey

1.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนของความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Benchmark score) จากสูตร $Z\text{-score} = (\text{ข้อมูลของกลุ่มนั้น} - \text{ข้อมูลเฉลี่ย}) / \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$

1.1.3 ข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณและระดับมาตรวัดเป็น Nominal Scale / Ordinal scale วิเคราะห์โดยสถิติ non-parametric (K-Independent sample test) ข้อมูลเชิงปริมาณในรายข้อ วิเคราะห์ความไม่เป็นธรรม/ความไม่เสมอภาคระหว่างกลุ่มบุคคลด้วย ดัชนีความชันของความไม่เสมอภาค (Slope Index of Health Inequality) โดยการวัดความแตกต่างระหว่างอัตรา

หรืออัตราส่วน เช่นการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างกลุ่มที่แตกต่างกัน ความชันที่สูงจะหมายถึงการมีความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่สูงด้วย ตามรูปแบบแนวคิดของ Anand โดยการเสนอแผนภูมิความไม่เสมอภาค (Anand et al,1990)

1.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างและการต่อยอดถามคำถาม การสังเกตในประเด็นสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งความต้องการบริการด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นตัวแทนของประชากร กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และ คนไทยพื้นราบ เพื่อประเมินและยืนยันว่าสิ่งที่ปรากฏนี้มีความเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร และมีระดับดัชนีชี้วัดมากน้อยแค่ไหน ในบริบทของการดำเนินการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาหรือเสนอทางเลือกได้หรือไม่ อย่างไร ตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูลโดยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และในประเด็นของจำนวน และกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการสัมภาษณ์จะเลือกจากผู้ให้ข้อมูลข่าวสารสำคัญ(Key Informants)และเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)หรือแบบหลายกลุ่มหลายมิติ(Dimensional Sampling)ทั้งนี้ จะขึ้นอยู่กับความนิ่งของข้อมูลที่ได้รับ หากข้อมูลจากการสัมภาษณ์มีความแปลกใหม่จะต้องดำเนินการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะหมดประเด็นของความแปลกใหม่ กล่าวคือไม่ว่าจะดำเนินการสัมภาษณ์ใคร อย่างไร ก็จะมีข้อมูลตอบกลับมาเท่าเดิม จึงจะหยุดการสัมภาษณ์ (ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชื่อมโยงทฤษฎีเพื่อให้ความหมาย รายละเอียดคำพูด ความเข้าใจความหมาย และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย) (อมรา พงศาพิชญ์, มปป.หน้า 1-15)

2. ระยะที่ 2 (Ethnographic Delphi Future Research: EDFR)

การศึกษาเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานจากความคิดเห็นหลายฝ่ายในการลดช่องว่าง

ทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน จากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยเสนอข้อมูลจากระยะที่ 1 ให้ นักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญทราบ เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่เหมาะสมควรมีรูปแบบการดำเนินการอย่างไร ที่สอดคล้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจปรับตามความเหมาะสม เพื่อให้ได้ภาพมุมมองหลายฝ่ายและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ทั้งนี้โดยมีมุมมองในการลดช่องว่างด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน

เมื่อนักวิจัยได้พูดคุยกับบุคคลข้างต้นและได้รับคำแนะนำว่าควรหาข้อมูลจากบุคคลอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ซึ่งผ่านการวิเคราะห์แล้ว และหารูปแบบและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในการพิจารณา ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และแนวทาง

ดำเนินงานบริการสุขภาพที่ควรเป็น โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบอีดีเอฟอาร์ (Ethnographic Delphi Future Research : EDFR) (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2530, หน้า 36) ซึ่งเป็นเทคนิคการวิจัยที่พัฒนาโดยจุมพล พูลภัทรชีวิน โดยการผสมผสานระหว่างเทคนิคการวิจัยแบบอีดีเอฟอาร์ (Ethnographic Future Research : EFR) กับการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) โดยนำจุดแข็งของการวิจัยแบบอีดีเอฟอาร์ในส่วนของการจัดเก็บข้อมูลที่เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นแบบเต็มที่และอิสระ และนำผลการการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการวิจัยระยะแรกมาสร้างเครื่องมือการวิจัยแบบเดลฟาย ส่งผลให้เครื่องมือการวิจัยมีความตรงและความเที่ยงมากกว่าการวิจัยแบบเดลฟายอย่างเดียว แล้วนำผลมาให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันอีกรอบ เป็นการลดจุดอ่อนของการวิจัยแต่ละแบบได้เป็นอย่างดี

3. ระยะที่ 3 การเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

นำเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย และแนวทางการดำเนินการตามรูปแบบและแนวทางที่เหมาะสม ที่ได้รับการดำเนินการระยะที่ 2 เสนอเป็นทางเลือกทางวิชาการต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ องค์การข้อห่วงใยผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ องค์การสหประชาชาติ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย หรือประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการดำเนินการต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล(Results)

การวิจัยฉบับนี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัย กล่าวคือ

ผลการวิเคราะห์ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตสภาพความเป็นจริงเพื่อใช้เป็นข้อมูลยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานจากความคิดเห็นหลายฝ่ายในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายชาวเขาและผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้วยกระบวนการ วิจัยแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 (Phase I Results)

วิเคราะห์ข้อมูลศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรม
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีผลการศึกษาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ดำเนินการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น จำนวน 789 คน

1. คนไทยพื้นราบ จำนวน 10 จังหวัดๆละ 26 คน รวม 260 คน

2. กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย จำนวน 6 เผ่า ดังนี้

2.1 เผ่าม้ง จังหวัด พิชณุโลก และเพชรบูรณ์ จำนวน 52 คน

2.2 เผ่ากะเหรี่ยง จังหวัดตาก ลำพูนและแม่ฮ่องสอนจำนวน 88 คน

2.3 เผ่ามูเซอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 26 คน

2.4 เผ่าเย้า จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จำนวน 54 คน

2.5 เผ่าคะฉิ่น จังหวัดน่าน จำนวน 26 คน

2.6 เผ่าอาข่า จังหวัดเชียงราย จำนวน 26 คน

รวม 272 คน

3. กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ จำนวน 6 เผ่า ดังนี้

3.1 เผ่าม้ง จังหวัด พิชณุโลก และเพชรบูรณ์ จำนวน 53 คน

3.2 เผ่ากะเหรี่ยง จังหวัดตาก ลำพูนและแม่ฮ่องสอนจำนวน 70 คน

3.3 เผ่ามูเซอ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 26 คน

3.4 เผ่าเย้า จังหวัดพะเยา จังหวัดลำปาง จำนวน 56 คน

3.5 เผ่าคะฉิ่น จังหวัดน่าน จำนวน 26 คน

3.6 เผ่าอาข่า จังหวัดเชียงราย จำนวน 26 คน

รวม 257 คน

ลักษณะการกระจายของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อนำมาทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการ
แจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ทั้งนี้เพื่อ
ลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มและค่าสถิติที่ได้มีความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงสู่ประชากร และใน
การดำเนินการวิจัยยังพบตัวแปรกววนและความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นหลายประการ หนึ่งในนั้น
คือภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยเฉพาะกลุ่มชาวเขาและชาวเขาไร้สัญชาติ ที่ไม่สามารถสื่อสาร
ด้วยภาษาไทยได้ ซึ่งนักวิจัยมีความตระหนักและระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งในการสัมภาษณ์ โดยการ
อบรมนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ที่เป็นชาวเขาเผ่าเหล่านั้นและสามารถพูดคุย สื่อสาร
ภาษาของชาวเขาเผ่าที่สัมภาษณ์ เป็นคนดำเนินการสัมภาษณ์ร่วมกับนักวิจัย เพื่อให้เกิดความ
คลาดเคลื่อนจากข้อเท็จจริงน้อยที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามชนกลุ่ม 3 กลุ่ม

ตาราง 5 กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15-29 ปี	64	24.7	81	29.8	61	24.7	196	26.2
30-44 ปี	68	26.1	82	30.1	101	39.3	251	21.8
45-59 ปี	86	33.1	70	25.8	50	19.5	206	26.1
60-70 ปี	42	16.2	50	18.4	68	26.4	126	16.0
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

ขอบเขตการวิจัย ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอายุ 15 -70 ปี เนื่องจากจะเป็นกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกระจายในทุกกลุ่มอายุในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในกลุ่มคนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ โดยมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้จะส่งผลให้ข้อมูลที่เก็บได้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ซึ่งพบว่า ในกลุ่มคนไทยพื้นราบ พบกลุ่มอายุ 45-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.1 กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย พบกลุ่มอายุ 30-34 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.1 และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ พบกลุ่มอายุ 30-44 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.3 กลุ่ม ภาพรวมกลุ่มอายุ 15-29 ปีเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.2 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 26.1

ตาราง 6 เพศ

เพศ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	98	37.7	114	41.9	101	39.3	313	39.7
หญิง	162	62.3	158	58.1	156	60.7	476	60.3
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ส่วนใหญ่เป็นหญิง ทั้งคนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ ภาพรวมจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 60.3 สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ในการสุ่มระหว่างสองเพศจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกันแต่พบว่าเพศชาย ส่วนหนึ่งที่สุ่มได้ ในหลายครั้งที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้เนื่องจากไม่อยู่บ้าน เพศหญิงที่สุ่มสำรวจไว้ และอยู่บ้านจึงถูกเลือกมาแทน เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล สาเหตุนี้ เป็นผลให้พบกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าชาย ประมาณ 1.5 เท่า

ตาราง 7 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	53	20.4	45	16.5	26	10.1	124	15.7
คู่	174	66.9	207	76.1	197	76.7	578	73.3
หม้าย	29	11.2	16	5.9	28	10.9	73	9.3
หย่า/แยก	4	1.5	4	1.5	6	2.3	14	1.8
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ในสัดส่วนที่มากที่สุด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดออก กลุ่มที่จะถูกเลือกคือกลุ่มอายุ 15-70 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม มักแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย กอปรกับการสุ่มได้เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ จึงสอดคล้องกับกลุ่มดังกล่าวพบว่าเป็นกลุ่ม ที่แต่งงานแล้วจึงพบว่าสถานภาพสมรสจึงมีสถานะ “คู่” ถึงร้อยละ 73.3 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 8 อาชีพหลักจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพหลัก	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรม	124	47.7	184	67.6	99	38.5	407	51.6
รับจ้าง	38	14.6	31	11.4	97	37.7	166	21.0
ค้าขาย	24	9.2	13	4.8	6	2.3	43	5.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	6.2	4	1.5	0	0.0	20	2.5
นักเรียน/นักศึกษา	30	11.5	22	8.1	5	1.9	57	7.2
ไม่ประกอบอาชีพ	25	9.6	15	5.5	43	16.7	83	10.5
อื่นๆ	3	1.2	3	0.4	7	0.9	13	1.6
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 51.6 รองลงมาคือรับจ้าง และไม่ประกอบอาชีพ โดยที่กลุ่มไม่ประกอบอาชีพนี้ จากการดำเนินการสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล ในกลุ่มไม่ประกอบอาชีพมีทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มไร้สัญชาติจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง รวมกันสูงมาก คือประมาณร้อยละ 76.2 ซึ่งจะส่งผลถึงรายได้ที่จะได้รับเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวและสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตสุขภาพของประชากรทั้งสิ้น

ตาราง 9 ระดับการศึกษาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษา	42	16.2	145	53.3	225	87.5	412	52.2
ประถมศึกษา	112	43.1	61	22.4	26	10.1	199	25.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	13.8	30	11.0	4	1.6	70	8.9
มัธยมปลาย/ปวช.	42	16.2	26	9.6	2	0.8	70	8.9
อนุปริญญาขึ้นไป	28	10.6	10	3.7	0	0.0	38	4.8
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 9 พบว่า โดยเฉลี่ย กลุ่มคนไทยพื้นราบ มีระดับการศึกษาระดับสูงกว่า ชาวเขาสัญชาติไทย และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ และพบว่ากลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติจะเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาเฉลี่ยต่ำสุด คือไม่ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 87.5 ข้อมูลดังกล่าวนี้หากนำไปเชื่อมโยงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ประเด็นสิทธิทางการศึกษา สิ่งเหล่านี้เกิดจากความละเลย เพิกเฉยหรือไม่ทราบข้อมูล ยังไม่เป็นที่ประจักษ์ อย่างไรก็ตาม ในมุมมองนักวิจัยถือว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยผู้ละเมิดไม่ทราบว่าตนเองกำลังละเมิดสิทธิอยู่ ผู้ถูกละเมิดเองก็ไม่ทราบถึงสิทธิเหล่านี้และไม่รู้ว่าตนเองกำลังถูกละเมิด นักวิจัยมองภาพเหล่านี้เป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนากลุ่มชาวเขาและชาวเขาไร้สัญชาติ เป็นสิ่งเชื่อมโยงสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เป็นรูปธรรม โดยเป็นการดำเนินการที่ลงทุนต่ำ หากแต่ให้ผลตอบแทนอย่างคุ้มค่าประโยชน์ เพราะจะส่งผลถึงการใช้อำนาจ ระดับความรู้ รายได้ที่จะตามมา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาที่ได้รับ

การดำเนินการส่งเสริมการศึกษาในกลุ่มชาวเขา โดยเฉพาะกลุ่มไร้สัญชาติ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการฝังตัวในพื้นที่ของนักวิจัย พบว่า ณ ปัจจุบัน มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมาก กล่าวคือ เด็กๆ ที่อายุเข้าเกณฑ์ ก็จะมีการสำรวจและให้เข้าเรียนภาคบังคับ แต่ข้อมูลที่นักวิจัยพบเป็นเพียงบางกลุ่มและไม่ชัดเจนในเรื่องของจำนวน หากจะดำเนินการประเด็นดังกล่าว อาจต้องมีการสำรวจในแต่ละพื้นที่เพื่อยืนยันข้อมูลในการวางแผน และการให้การศึกษากลุ่มผู้ใหญ่นั้นน่าจะเป็นเรื่องที่มีผลดีต่อกลุ่มชาวเขา

ตาราง 10 รายได้ต่อปีจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายได้ต่อปี (บาท)	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	52	20	44	16.2	47	18.3	143	18.1
<50,000	147	56.6	188	69.1	194	75.5	529	67.0
50,000 – 99,999	29	11.1	33	12.1	15	5.8	77	9.7
≥100,000	32	12.4	7	2.6	1	0.4	40	5.1
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง คนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทย และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีรายได้เฉลี่ยต่อปีจากมากไปน้อยตามลำดับแต่ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 50,000 บาท ข้อมูลที่รับจากการสัมภาษณ์ ไม่ได้ใช้หลักฐานประกอบการเก็บข้อมูล ตัวเลขที่เกิดขึ้นจะมีความคลาดเคลื่อน โดยที่ตัวเลขมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะหลายคนที่ให้สัมภาษณ์ถามประเด็นว่านักวิจัยถามข้อมูลรายได้ไปเพื่อการจัดเก็บภาษีหรือเปล่า ซึ่งนักวิจัยก็ได้อธิบายจนผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจ แต่ก็ยังน่าเชื่อว่าข้อมูลที่ได้รับต่ำกว่าข้อเท็จจริง โดยพบว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบมีค่าเฉลี่ยรายได้สูงสุด ตามด้วยชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ

ตาราง 11 หลักประกันสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

หลักประกันสุขภาพ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีสิทธิ	3	1.2	16	5.9	159	61.9	178	22.6
บัตรทองมี ท.	159	61.2	169	62.1	64	24.9	392	49.7
บัตรทองไม่มี ท.	75	28.8	79	29.0	32	12.5	186	23.6
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	2.7	2	0.7	0	0.0	9	1.1
ประกันสังคม	15	5.8	1	0.4	2	0.8	18	2.3
ประกันเอกชน	1	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.1
สิทธิอื่นๆ	0	0.0	5	1.8	0	0.0	5	0.6
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มทั้ง มีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คนไทยพื้นราบมีหลักประกันสุขภาพแบบบัตรทองมี ท. (ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม) ร้อยละ 61.2 บัตรทองไม่มี ท. (จ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท) ร้อยละ 28.8 และไม่มีหลักประกันสุขภาพเพียง ร้อยละ 1.2 เท่านั้น ส่วนชาวเขาสัญชาติไทย มีหลักประกันสุขภาพเป็น บัตรทองมี ท. ร้อยละ 62.1 บัตรทองไม่มี ท. ร้อยละ 29.0 และไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 5.9 และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีหลักประกันสุขภาพเป็น บัตรทองมี ท. ร้อยละ 24.9 บัตรทองไม่มี ท. ร้อยละ 12.5 และไม่มีหลักประกันสุขภาพมากถึงร้อยละ 61.9 เท่านั้น

จะเห็นว่า มีกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติบางกลุ่มที่มีการออกเอกสารเป็นบัตรประจำตัวสีต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาศัยในประเทศเป็นเวลานาน รอการยืนยันสัญชาติ หรือรอการพิสูจน์ สถานบริการ จะรับรองการได้สิทธิบัตรประกันสุขภาพก่อนในหลายพื้นที่ แต่ในภายหลังพบว่ากระบวนการดังกล่าวได้ถูกยกเลิกทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันพบว่าการเรียกร้องสิทธิประเด็นดังกล่าวจากเครือข่ายชาวเขาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายในจังหวัดเชียงใหม่ที่เคยได้รับและถูกยกเลิกไปจำนวนมาก (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายชาวเขาและเอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิที่เป็นมติที่ประชุมผู้แทนกลุ่มเครือข่าย)

ตาราง 12 ประวัติด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติด้านสุขภาพ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	161	61.9	201	73.9	176	68.5	538	68.2
มีโรคประจำตัว	99	38.1	71	26.1	81	31.5	251	31.8
-เบาหวาน	14	5.4	4	1.5	13	5.1	31	3.9
-ความดันโลหิตสูง	33	12.7	22	8.1	24	9.3	79	10.1
-หัวใจ	6	2.3	5	1.8	1	0.4	12	1.5
-ไตวาย	0	0.0	2	0.7	0	0.0	2	0.3
-ธาลัสซีเมีย	0	0.0	1	0.4	1	0.4	2	0.3
-หอบหืด	8	3.1	5	1.8	7	2.7	20	2.5
-เก๊าต์/รูมาตอยด์	4	1.5	6	2.2	6	2.3	16	2.0
-โรคเบาหวาน	3	1.2	1	0.4	0	0	4	0.5
-โรคอื่นๆ	31	11.9	25	9.2	29	11.3	85	10.8
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.2 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.8 โดย คนไทยพื้นราบ เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาไร้สัญชาติ และกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับเบาหวาน

จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่ากลุ่มคนไทยพื้นราบเป็นกลุ่มที่พบโรคเรื้อรังมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายสาเหตุ เช่น กลุ่มคนไทยพื้นราบและกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย จะเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าและได้รับการคัดกรองโรคตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดัน ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป หรือแม้แต่มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม หรืออาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มชาวเขาเป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิตที่ต้องมีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากกว่า มีอาหารที่ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง หรืออื่นๆที่ลดอุบัติการณ์ของโรคไว้ เชื่อได้ดีกว่า ทั้งนี้ เป็นเพียงข้อสังเกตของนักวิจัยควรมีการศึกษายืนยันในรายละเอียดข้อมูลและข้อเท็จจริงต่อไป

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์การรับบริการสุขภาพกับการจ่ายเงิน

การจ่ายค่าบริการ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้จ่ายค่าบริการ	221	85.0	237	87.1	158	61.5	616	78.1
จ่ายค่ายานอกบัญชียา	15	5.8	19	7.0	62	24.1	96	12.2
จ่ายค่าบริการทันตกรรม	3	1.2	0	0	4	1.6	7	0.9
จ่ายค่ารังสี/เคมีบำบัด	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.1
จ่ายค่าบริการที่ร้องขอ	2	0.8	2	0.7	3	1.2	7	0.9
จ่ายบริการแพทย์แผนไทย	4	1.5	0	0	0	0.0	4	0.5
ผู้ประสบภัยจากรถ	1	0.4	2	0.7	5	1.9	8	1.0
บริการพิเศษอื่นๆ	14	5.4	11	4.0	25	9.7	50	6.3
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มทั้ง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.1 ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีบัตรประกันสุขภาพ หรือหากเป็นกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ ก็มักจะเป็นกรณีที่ไม่มีความสามารถในการจ่าย ซึ่งโดยปกติแล้วกลุ่มคนไร้สัญชาติจะเป็นกลุ่มที่จ่ายค่าบริการเองทั้งหมดอยู่แล้ว จึงพบว่าเป็นกลุ่มที่จ่ายค่าบริการในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น และส่วนใหญ่จ่ายเป็นค่ายานอกบัญชียาหลัก และค่าบริการพิเศษอื่นๆ ทั้งนี้กลุ่มไร้สัญชาติดังกล่าว หากไม่มีความสามารถในการจ่าย ก็มักจะได้รับการพิจารณาให้ไม่ต้องจ่ายเงิน โดยพิจารณาเป็นรายกรณีไป

ตาราง 14 ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการสุขภาพเฉลี่ยต่อคน

ประเภทค่าใช้จ่าย	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	บาท	S.D	บาท	S.D	บาท	S.D	บาท	S.D
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	91.4	156.8	75.2	119.1	60.0	77.0	75.6	122.7
ค่าอาหาร	31.9	112.5	40.6	114.5	20.0	71.6	31.1	101.9
ค่าที่พัก	11.5	102.9	0.0	0.0	3.9	62.4	5.1	69.1
ค่ายา/เวชภัณฑ์	52.8	193.9	31.9	192.7	217.3	838.7	99.2	510.4
ค่าเสียโอกาสหยุดงาน	92.8	629.1	46.2	90.9	31.7	125.9	56.8	372.5
รวมค่าใช้จ่าย	278.9	762.1	202.1	398.4	332.9	883.9	270.0	708.7

จากตาราง 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม ส่วนใหญ่ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ โดยคนไทยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมากกว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มคนไทยมียานพาหนะในการเดินทาง เช่นรถยนต์ส่วนตัว และยังพบว่าในกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีค่าใช้จ่ายเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์สูงถึง เฉลี่ย 217.3 บาท/คน/ครั้ง ซึ่งสูงที่สุด รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกลุ่มต่างๆเฉลี่ย 270.2 บาท/คน/ครั้งรับบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าสนใจ

ตาราง 15 ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเฉลี่ย แยกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ	
	Mean (sd)	Median	Mean (sd)	Median	Mean (sd)	Median
ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง	279 (762)	100	202 (398)	100	333 (884)	130
ค่ายา/เวชภัณฑ์	53 (194)	0	32 (192)	0	193 (217)	20

จากตาราง 15 พบว่าค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการเฉลี่ยต่อครั้งของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีค่าสูงสุด คือ 333 บาท/ครั้ง โดยที่ชาวเขาสัญชาติไทยมีค่าใช้จ่ายต่อครั้ง ต่ำสุดคือ 202 บาท/ครั้ง ทั้งนี้พบว่าการจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ของทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มคนที่มีหลักประกันสุขภาพ มีสิทธิ คือกลุ่มคนไทยพื้นราบและกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย มีค่ายาและเวชภัณฑ์ต่ำ ประมาณ 4 และ 6 เท่าตามลำดับเมื่อเทียบกับกลุ่มไร้สัญชาติและไม่มีหลักประกันสุขภาพ หากดูภาพรวม กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติจ่ายเงินส่วนใหญ่เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์

ตาราง 16 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้าย

ระยะทางจากบ้าน ถึงสถานบริการ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
ระยะทาง (กม.)	17.28	36.1	16.28	14.7	13.51	14.8	15.51	24.0

จากตาราง 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีระยะทางในการเดินทางจากบ้านไปสถานบริการไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ คนไทยพื้นราบ มีระยะทางเฉลี่ย 17.28 กิโลเมตร ชาวเขาสัญชาติไทย มีระยะทางเฉลี่ย 16.28 กิโลเมตร และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีระยะทางเฉลี่ย 13.51 กิโลเมตร และพบว่าระยะทางเฉลี่ยในการไปรับบริการ คือ 15.71 กิโลเมตร ทั้งนี้ต้องนำประเด็นสถานบริการที่ไปรับบริการประกอบด้วยเนื่องจากกลุ่มคนไทยพื้นราบมักจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่ไกลบ้าน แต่กลุ่มชาวเขามักใช้บริการที่สถานีนามัย ซึ่งมักจะอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนที่อยู่รอบนอก

ตาราง 17 วิธีการในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ

วิธีการเดินทาง	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เดินเท้า	8	3.1	39	14.3	34	13.2	81	10.3
จักรยาน	17	6.5	5	1.8	11	4.3	33	4.2
จักรยานยนต์	128	49.2	139	51.1	124	48.2	391	49.6
รถยนต์ส่วนตัว	68	26.2	48	17.6	8	3.1	124	15.7
รถโดยสารรับจ้าง	39	15.0	41	15.1	80	31.1	160	20.3
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มเดินทางด้วยการใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะ และรองลงมาคือ รถโดยสารรับจ้าง แต่ก็ยังพบการเดินทางเท้าไปสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มชาวเขา ทั้งสัญชาติไทยและไร้สัญชาติ และประเด็นสำคัญคือมักเป็นเส้นทางที่ทุรกันดาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูฝน ซึ่งนักวิจัยพบว่า ในบางพื้นที่ไม่สามารถใช้พาหนะได้ในเวลาที่ฝนตก เพราะถนนที่เป็นดินเหนียวจะลื่นและติดรถ การเดินทางต้องใช้วิธีเดินเท้าเท่านั้น

ตาราง 18 เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ

เวลาที่ใช้ในการเดินทาง	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
เวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ย(นาที)	36.19	47.4	47.76	48.7	41.80	36.1	42.0	44.7

จากตาราง 18 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปสถานบริการไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ คนไทยพื้นราบ ใช้เวลาเฉลี่ย 36 นาที ชาวเขาสัญชาติไทย ใช้เวลาเฉลี่ย 48 นาที และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ ใช้เวลาเฉลี่ย 42 นาที และพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการไปรับบริการของทุกกลุ่มคือ 42 นาที หากพิจารณาประเด็นเวลาต้องนำประเด็นสถานบริการที่ไปกับพาหนะมาประกอบการพิจารณาด้วย

ตาราง 19 สถานบริการภาครัฐที่เลือกไปใช้บริการครั้งสุดท้าย

สถานบริการภาครัฐ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานีอนามัย	52	20.0	103	37.9	108	40.0	263	33.3
โรงพยาบาลชุมชน	142	54.6	131	48.2	117	45.5	390	49.4
โรงพยาบาลทั่วไป	53	20.4	31	11.4	22	8.6	106	13.4
โรงพยาบาลศูนย์	6	2.3	3	1.1	2	0.8	11	1.4
สถาบันเฉพาะทาง	3	1.2	0	0.0	0	0.0	3	0.4
อื่นๆ	4	1.5	4	1.5	8	3.1	16	2.0
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มเลือกใช้บริการในสถานบริการภาครัฐที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าโดยส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน แต่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีสัดส่วนในการไปใช้บริการที่สถานีอนามัยมากกว่าคนไทยพื้นราบถึง 2 เท่า แต่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์น้อยกว่ากลุ่มคนไทยพื้นราบถึงประมาณ 3 เท่า ทั้งนี้ ในงานวิจัยนี้ไม่ได้แยกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่แรก ว่าเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ จึงไม่สามารถแยกได้ว่า เกิดความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการที่สูงกว่าหรือไม่ แต่จากข้อค้นพบคือการเข้าถึงบริการของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ สามารถเข้าถึงบริการในระดับปฐมภูมิ ได้ดีกว่าการเข้าถึงบริการในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ด้วยสาเหตุและปัจจัยแวดล้อมหลายประการ โดยอาจเนื่องมาจาก ปัจจัยด้านพาหนะ ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่เป็นเงิน หรือปัจจัยทางด้านระยะทาง ที่โดยปกติการตั้งหมู่บ้านของกลุ่มคนไร้สัญชาติ หากเปรียบเทียบกับพื้นที่เดียวกัน มักตั้งอยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุขมากกว่าเสมอ

ตาราง 20 อายุเฉลี่ยญาติพี่น้องคนหลังสุดที่เสียชีวิตเฉลี่ย

อายุเฉลี่ย	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D
ไม่มีข้อมูล	81		115		104		300	
มีข้อมูล	179		157		153		489	
อายุเฉลี่ย	57.3	20.5	51.6	22.4	48.4	22.8	52.67	22.1

จากตาราง 20 พบว่าเมื่อถามถึงอายุญาติที่เสียชีวิตคนหลังสุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีอายุญาติเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยพบว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบ มีอายุญาติที่เสียชีวิตคนหลังสุดเฉลี่ย 57.32 ปี ชาวเขาสัญชาติไทย มีอายุญาติที่เสียชีวิตคนหลังสุด 51.57 ปี กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีอายุญาติที่เสียชีวิตคนหลังสุด 48.36 ปี ภาพรวมพบว่า มีอายุญาติที่เสียชีวิตคนหลังสุดเฉลี่ย 52.67 ปี ภาพที่ได้ อาจแตกต่างไปจากภาพของประชากรในประเทศไทยที่อายุเฉลี่ยสูงกว่าค่อนข้างมาก โดยหากศึกษาจากข้อมูลนี้จะพบว่ากลุ่มคนไทยพื้นราบ(กลุ่มคนชนบท) กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ อาจเป็นกลุ่มที่มีสถานะทางสุขภาพและอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่กลุ่มท้ายๆของประเทศไทย ซึ่งความเป็นธรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามและควรมีการศึกษาข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อยืนยันอีกครั้งหนึ่ง โดยที่ประเด็นเหล่านี้อาจเสนอข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ความเป็นธรรมของกลุ่มคน หรือระหว่างพื้นที่ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน

ตาราง 21 สาเหตุการเสียชีวิตของญาติคนหลังสุดที่เสียชีวิต

ถึงสาเหตุการเสียชีวิต	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคติดเชื้อ	10	3.6	20	7.4	21	8.2	51	6.5
โรคไร้เชื้อ	106	40.8	85	31.3	84	32.7	257	34.9
อุบัติเหตุ	26	10.0	17	6.3	10	3.9	53	6.6
เอดส์	10	3.9	5	1.8	14	5.4	29	3.7
ฆ่าตัวตาย	3	1.2	9	3.3	4	1.6	16	2.0
มะเร็ง	24	9.2	21	7.7	20	7.8	65	8.2
ไม่มีข้อมูล	81	31.2	115	42.3	104	40.5	300	38.0
รวม	260	100.0	272	100.0	257	100.0	789	100.0

จากตาราง 21 พบว่าเมื่อถามถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของญาติคนหลังสุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีสาเหตุการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบ มีสาเหตุการเสียชีวิตของญาติคนหลังสุดคือโรคไร้เชื้อและอุบัติเหตุ ในขณะที่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อและเอดส์ มากกว่ากลุ่มคนไทยพื้นราบถึงประมาณ สองเท่า ในขณะที่กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย มีสัดส่วนสาเหตุการตายอยู่กึ่งกลางระหว่างสองกลุ่ม ประเด็นดังกล่าวอาจนำมาพิจารณาแนวโน้มและสถานะทางสุขภาพของกลุ่มชนต่างๆในประเทศไทยได้ โดยอาจต้องศึกษาในรายละเอียดเฉพาะกรณีนี้ และหากเป็นการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการยืนยันข้อมูลจากรายงานการตายประกอบด้วย จะเพิ่มความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ตาราง 22 สาเหตุที่ส่งผลให้ไปรับบริการหรือไม่ไปรับบริการสุขภาพ

สาเหตุที่ไม่ไปรับบริการ	คนไทยพื้นราบ		ชาวเขาสัญชาติไทย		ชาวเขาไร้สัญชาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	5	1.92	14	5.15	137	53.31
ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	55	21.15	83	30.51	125	48.64
ไม่มีเงินค่าบริการ	30	11.54	31	11.40	128	49.81
ไม่มีพาหนะในการเดินทาง	25	9.62	89	32.72	123	47.86
เชื้อชาติของท่าน	0	0.0	44	16.18	90	35.88
การไม่มีสัญชาติ	0	0.0	34	12.50	195	75.88
ชนบรรมนิยมประเพณี	6	2.31	18	6.62	8	3.11

จากตาราง 22 พบว่าเมื่อถามถึงสาเหตุที่ส่งผลให้ไปรับบริการหรือไม่ไปรับบริการสุขภาพของกลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถให้ความเห็นได้ทุกข้อ พบว่า สาเหตุที่ส่งผลให้ไปหรือไม่ไปรับบริการของกลุ่มคนไทยพื้นราบ คือ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่มีเงินค่าบริการ และไม่มีพาหนะในการเดินทาง ส่วนกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยมีสาเหตุจาก ไม่มีพาหนะในการเดินทาง ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเชื้อชาติของชาวเขาเอง หากแต่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มีสาเหตุจากการไม่มีสัญชาติ การไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่มีเงินค่าบริการ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไม่มีพาหนะในการเดินทาง และเชื้อชาติของชาวเขาไร้สัญชาติเอง

สาเหตุที่ส่งผลไม่ไปรับบริการสุขภาพ ของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติจะมีมากกว่าทุกกลุ่ม นักวิจัยนำเสนอข้อมูลส่วนนี้เพื่อให้ผู้อ่านทราบถึงธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อประสบกับอุปสรรคหลายอย่าง การตัดสินใจก็จะเปลี่ยนไป แต่ก็จะมีประเด็นหลักๆ ที่ใช้ยึดในการตัดสินใจ เช่น ถึงแม้ไม่มีสัญชาติก็ไปรับบริการได้หากมีเงินจ่ายค่าบริการ แต่โดยปกติ กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ มักเป็นกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินไม่ดี ดังจะเห็นว่าค่าใช้จ่าย ก็ส่งผลให้ไม่ไปรับบริการจำนวนมาก

ตาราง 23 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	30.496	15.248	48.424	<.001
ภายในกลุ่ม	786	247.503	.315		
รวม	788	277.999			

จากตาราง 23 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสามกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) เมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆคู่ (p - value <.001) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มคนทั้งสามกลุ่มมีองค์ประกอบด้านสถานะสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายๆปัจจัยรวมกัน

ตาราง 24 วิเคราะห์สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Z-score

สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.36096	3.3484	.51592
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.07593	3.1791	.54287
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.44548	2.8694	.62091
รวม		3.1340	.59396

จากตาราง 24 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ 3 กลุ่ม ด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด 0.36096 รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย 0.07593 และชาวเขาไร้สัญชาติ -0.44548 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึง กลุ่มคนไทยพื้นราบเป็นกลุ่มที่มีระดับความเป็นธรรมมากกว่าค่าเฉลี่ยของ 3 กลุ่ม ($Z\text{-score} = 0$) กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีระดับความเป็นธรรมต่ำสุด โดยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ 3 กลุ่มอยู่ 0.44548

ตาราง 25 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม

อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม					
ระหว่างกลุ่ม	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	166.858	83.429	72.601	<.001
ภายในกลุ่ม	786	903.234	1.149		
รวม	788	1070.092			

จากตาราง 25 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมของสามกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) แต่เมื่อยืนยันข้อมูล(Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในคู่ของคนไทยพื้นราบและชาวเขาสัญชาติไทย(p - value =.595) ส่วนชาวเขาไร้สัญชาติพบว่ามีค่าแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) ซึ่งหมายความว่าชาวเขาไร้สัญชาติมีความแตกต่างจากสองกลุ่ม

ตาราง 26 วิเคราะห์อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมด้วย Z-score

อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม			
เข้าถึงบริการที่เท่าเทียม	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.3130	3.4221	1.111
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.2355	3.3318	1.028
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.5665	2.3979	1.077
รวม		3.0574	1.165

จากตาราง 26 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมของสามกลุ่มด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด 0.3130 รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย 0.2355 และชาวเขาไร้สัญชาติ -0.5665 ตามลำดับ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบมีอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการต่ำสุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย แต่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเป็นกลุ่มที่เงินเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

ตาราง 27 ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงิน					
ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	18.178	9.089	46.815	<.001
ภายในกลุ่ม	786	152.595	.194		
รวม	788	170.773			

จากตาราง 27 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของสามกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ (p - value <.001) ซึ่งหมายความว่าหากนำปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงินทั้งสามกลุ่มก็เข้าถึงบริการสุขภาพได้แตกต่างกัน

ตาราง 28 วิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการด้วย Z-score

ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงิน			
ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.4349	3.4596	.41936
ชาวเขาสัญชาติไทย	-0.0771	3.2212	.44430
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.3587	3.0901	.45736
รวม		3.2571	.46553

จากตาราง 28 พบว่าปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของสามกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงกลุ่มคนไทยพื้นราบเท่านั้นที่มีค่าเกินกว่าค่าเฉลี่ยของสามกลุ่ม (Z -score=0) ซึ่งอาจสรุปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของกลุ่มชาวเขาทั้งที่มีสัญชาติและไร้สัญชาติ

ตาราง 29 ความครอบคลุม/ความเท่าเทียมในการใช้บริการ

ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ					
ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	63.581	31.791	83.642	<.001
ภายในกลุ่ม	786	298.743	.380		
รวม	788	362.324			

จากตาราง 29 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการของสามกลุ่มพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกคู่ (p - value <.001) ซึ่งหมายความว่าทั้งสามกลุ่มมีความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการสุขภาพแตกต่างกัน

ตาราง 30 วิเคราะห์ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการด้วย Z-score

ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ			
ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.4173	3.4546	.58364
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.1502	3.2735	.59756
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.5813	2.7774	.66658
รวม		3.1716	.67809

จากตาราง 30 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการของสามกลุ่มด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ และยังพบว่ามีค่าแตกต่างกันค่อนข้างมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเป็นกลุ่มที่ไม่ใช่เป้าหมายในการทำงานของสถานบริการสาธารณสุข เช่น เป้าหมายในการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ เป้าหมายในการรณรงค์ด้านสาธารณสุขต่างๆ เป็นต้น

ตาราง 31 ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน

ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	78.814	39.407	70.964	<.001
ภายในกลุ่ม	786	436.468	.555		
รวม	788	515.282			

จากตาราง 31 เมื่อวิเคราะห์ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน ของสามกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกคู่กล่าวคือคู่ระหว่างคนไทยพื้นราบและชาวเขาสัญชาติไทย (p - value =.014) คู่ระหว่างคนไทยพื้นราบและชาวเขาไร้สัญชาติไทย (p - value <.001) และคู่ระหว่างชาวเขาไร้สัญชาติกับชาวเขาสัญชาติไทย (p - value <.001) ซึ่งหมายความว่า ทั้งสามกลุ่มมีความไม่เท่าเทียมในการจ่ายเงิน

ตาราง 32 วิเคราะห์ความเท่าเทียมในการจ่ายเงินด้วย Z-score

ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.3784	3.4163	.69954
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.1546	3.2353	.75946
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.5466	2.6683	.77412
รวม		3.1103	.80865

จากตาราง 32 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมในการจ่ายเงินด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ และช่องว่างระหว่างกลุ่มห่างกันค่อนข้างมาก กลุ่มคนไทยพื้นราบก็ยังคงมีสถานะในประเด็นนี้ในระดับที่สูงหากนำไปเทียบกับกลุ่มอื่นๆ อาจเนื่องเพราะกลุ่มคนไทยพื้นราบมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยซึ่งมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน แต่ก็ยังพบว่ามีความเป็นธรรมในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มคนไทยพื้นราบ แต่ต่ำกว่าไม่มากนัก

ตาราง 33 ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	45.968	22.984	1.777	.170
ภายในกลุ่ม	786	10166.99	12.935		
รวม	788	10212.953			

จากตาราง 33 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ของสามกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .170$) ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการสุขภาพที่ทั้งสามกลุ่มได้รับเป็นบริการที่เหมือนกัน หรือไม่แตกต่างกัน ซึ่งโดยปกติเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ

ตาราง 34 วิเคราะห์ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการด้วย Z-score

ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	-0.0928	3.4894	.74605
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.0649	3.6314	.97546
ชาวเขาไร้สัญชาติ	0.0248	3.5953	.95487
รวม		3.5729	.90002

จากตาราง 34 พบว่าเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของ สามกลุ่ม ด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่าต่ำที่สุด รองลงมาคือชาวเขาไร้สัญชาติไทย และชาวเขาสัญชาติไทยมากที่สุด แต่จะเห็นได้ว่าช่องว่างระหว่างสามกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกันมาก หรือแทบเป็นเหมือนกลุ่มเดียวกัน นั้นอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพและประสิทธิภาพบริการที่ดำเนินการ โดยรัฐจะดำเนินไปบนพื้นฐานของความจำเป็นทางสุขภาพ (Health Needs) ในผู้รับบริการทุกกลุ่ม

ตาราง 35 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	.732	.366	1.487	.227
ภายในกลุ่ม	786	193.377	.246		
รวม	788	194.109			

จากตาราง 35 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสามกลุ่มพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value = .227$) นั้นหมายถึงองค์ประกอบประเด็น ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของทั้งสามกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันหรือไม่แตกต่างกัน ซึ่งใน ประเด็นนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่า ประเด็นประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ประชาชนเข้าไปมี ส่วนเกี่ยวข้องหรือไม่ อย่างไร ควรดำเนินการประเด็นดังกล่าวอย่างไร

ตาราง 36 วิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้วย Z-score

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	-0.0826	3.3231	.45284
ชาวเขาสัญชาติไทย	0.0163	3.3722	.54332
ชาวเขาไร้สัญชาติ	0.0660	3.3969	.48520
รวม		3.3641	.49632

จากตาราง 36 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสามกลุ่มด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่าต่ำที่สุด ตามด้วยชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติมี ค่ามากที่สุด หากแต่ในประเด็นนี้ควรพิจารณาอย่างยิ่งในการใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเนื่องจาก กลุ่มประชาชนผู้รับบริการทั้ง 3 กลุ่ม มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยมาก หรืออาจกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้รับบริการ เป็นกลุ่มที่รับผลมากกว่ากระทำเอง เช่น การใช้สมุนไพร แพทย์ทางเลือกหรือการลดค่าใช้จ่ายใน การให้บริการ องค์ประกอบการประเมินส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการของภาครัฐ ประชาชนทั้งสาม กลุ่มเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องน้อยมาก

ตาราง 37 การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน

การตรวจสอบได้และ					
การมีส่วนร่วมของชุมชน	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	83.003	41.501	72.779	<.001
ภายในกลุ่ม	786	448.209	.570		
รวม	788	531.211			

จากตาราง 37 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชนของสามกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <.001) และเมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆคู่ (p - value <.001) ซึ่งหมายถึงว่าการดำเนินการตรวจสอบและระดับของการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐทั้งทางตรงและทางอ้อมของทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกัน

ตาราง 38 วิเคราะห์การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย Z-score

การตรวจสอบได้และ			
การมีส่วนร่วมของชุมชน	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.5092	2.5669	.74501
ชาวเขาสัญชาติไทย	-0.0496	2.1081	.80364
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.4627	1.7689	.71105
รวม		2.1488	.82105

จากตาราง 38 พบว่าเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบประเด็นการตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน ของสามกลุ่มด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ ซึ่งบ่งบอกว่าในการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่คนไทยมักเข้าไปมีส่วนร่วม ในขณะที่กลุ่มชาวเขาทั้งมีและไม่มีสัญชาติ มักไม่มีส่วนร่วมและการตรวจสอบการดำเนินการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ มักเป็นไปในรูปแบบที่เป็นทางการโดยกลุ่มผู้นำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติที่มีระดับความเป็นธรรมต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

ตาราง 39 ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ					
ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	df	SS	MS	F	P-Value
ระหว่างกลุ่ม	2	165.357	82.678	174.439	<.001
ภายในกลุ่ม	786	372.539	.474		
รวม	788	537.986			

จากตาราง 39 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ ของสามกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .001$) และเมื่อยืนยันข้อมูล (Post Hoc Tests) ด้วยวิธีการของ Tukey HSD พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆคู่ ($p - value < .001$) ซึ่งหมายถึงทั้งสามกลุ่ม มีระดับความเป็นอิสระในบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับอีกหลายประเด็น อาจต้องพิจารณาเป็นลักษณะเฉพาะ

ตาราง 40 วิเคราะห์ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการด้วยค่า Z-score

ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ			
ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	Z-score	Mean	S.D
คนไทยพื้นราบ	0.7298	3.1288	.63385
ชาวเขาสัญชาติไทย	-0.1063	2.4380	.74181
ชาวเขาไร้สัญชาติ	-0.6258	2.0088	.68281
รวม		2.5258	.82620

จากตาราง 40 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการของสามกลุ่มด้วยค่า Z-score พบว่าคนไทยพื้นราบมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ โดยที่ช่องว่างระหว่างกลุ่มค่อนข้างห่างมาก หมายความว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบมีความเป็นอิสระในการใช้สถานบริการสูง ในขณะที่กลุ่มคนไร้สัญชาติมีอิสระในการใช้สถานบริการสุขภาพต่ำมาก ทั้งนี้อาจด้วยข้อจำกัดหลายประการเช่น การไม่มีหลักประกันสุขภาพ การสื่อสาร การเดินทาง การเงิน และปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 กลุ่มตัวชี้วัด

ตาราง 41 วิเคราะห์ความแตกต่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยเครื่องมือ
วัดความเป็นธรรม (The Benchmark of Fairness) ด้วยสถิติ ANOVA

เครื่องชี้วัด	คนไทย ชาวเขาสัญชาติไทย ชาวเขาไร้สัญชาติ			F	sig
	Mean(sd)	Mean(sd)	Mean(sd)		
1.สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	3.35(.52)	3.18(.54)	2.87(.62)	48.42	.000
2.อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึง บริการที่เท่าเทียม	3.42(1.11)	3.33(1.02)	2.40(1.08)	72.60	.000
3.ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการเงินที่มีผล ต่อการเข้าถึงบริการ	3.46(.42)	3.22(.44)	3.09(.46)	46.82	.000
4.ความครอบคลุมและความเท่าเทียม ในการใช้บริการ	3.45(.58)	3.27(.59)	2.78(.67)	83.64	.000
5.ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	3.42(.69)	3.24(.76)	2.67(.77)	70.96	.000
6.ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	3.49(.75)	3.63(.98)	3.60(.95)	1.78	.170
7.ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	3.32(.45)	3.37(.54)	3.39(.49)	1.49	.227
8.การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วม ของชุมชน	2.57(.75)	2.11(.80)	1.77(.71)	72.78	.000
9.ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	3.13(.63)	2.44(.74)	2.01(.68)	174.44	.000

(df Between Groups = 2, df Within Groups = 786, df Total = 788)

หมายเหตุ ให้ค่าคะแนนเป็น 5= มากที่สุด 4= มาก 3= ปานกลาง 2= น้อย 1= น้อยที่สุด

จากตาราง 41 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 7 ประเด็น(P-Value<.001) ซึ่งประกอบด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง,อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม, ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ, ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ,ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน, การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน, ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ, ยกเว้นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value=.170 ,.227)

ตาราง 42 วิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรม
(The Benchmark of Fairness) โดยใช้สถิติ Z-score

เครื่องชี้วัด	คนไทย	ค่า Z-score	
		ชาวเขาสัญชาติไทย	ชาวเขาไร้สัญชาติ
1.สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	0.3610	0.0759	-0.4454
2.อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ ที่เท่าเทียม	0.3130	0.2355	-0.5665
3.ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผล ต่อการเข้าถึงบริการ	0.4349	-0.0771	-0.3587
4.ความครอบคลุมและความเท่าเทียม ในการใช้บริการ	0.4173	0.1502	-0.5813
5.ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	0.3784	0.1546	-0.5466
6.ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	-0.0928	0.0649	0.0248
7.ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	-0.0868	0.0163	0.0660
8.การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วม ของชุมชน	0.5092	-0.0496	-0.4627
9.ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	0.7298	-0.1063	-0.6258

ค่า Z-score เป็นค่าความเป็นธรรมที่บอกว่า กลุ่มนั้นๆ มีค่ามากกว่า หรือน้อยกว่าค่าเฉลี่ย
กลาง (Mean) ออกไปกี่ SD. โดยค่าที่เป็นบวก หมายความว่าสูงกว่าค่าความเป็นธรรมเฉลี่ย และ
ค่าที่เป็นลบ หมายความว่าต่ำกว่าค่าความเป็นธรรมเฉลี่ย

จากตาราง 42 พบว่า ค่า Z-score ของคนไทยพื้นราบมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่นใน 7 ประเด็น
โดยประเด็นความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุดหรือ
มีความแตกต่างของค่าความเป็นธรรมสูงสุด ส่วนในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ กับ
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กลับพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่า Z-score ต่ำที่สุด และยังพบว่ากลุ่ม
ชาวเขาสัญชาติไทยมีค่า Z-score อยู่ตรงกลางระหว่างคนไทยพื้นราบกับชาวเขาไร้สัญชาติ

จากข้อมูลสามารถบอกว่าการกลุ่มคนไทยพื้นราบเป็นกลุ่มที่มีระดับความเป็นธรรมสูงสุด หากนำไปเทียบกับอีกสองกลุ่ม และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเป็นกลุ่มที่มีระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยรวมต่ำสุด ในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการอาจกล่าวได้ว่า ในการให้บริการของสถานบริการภาครัฐนั้น ดำเนินไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ (Health Need) โดยไม่นำประเด็นสัญชาติหรือเชื้อชาติเข้ามาเกี่ยวข้องแต่ประการใด ซึ่งเป็นไปตามจรรยาวิชาชีพ การแพทย์และสาธารณสุข โดยพบว่ากลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีค่าความเป็นธรรมสูงสุด ทั้งนี้ ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ จะประเมินค่าความเป็นธรรมจากบริการที่ได้รับว่า มีคุณภาพมาตรฐานเป็นอย่างไร ทั้งนี้ กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ เป็นกลุ่มที่มีความคาดหวังในคุณภาพ/ประสิทธิภาพบริการที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจด้วยสาเหตุจากการที่ตนเองเป็นคนไร้สิทธิ จากการไร้สัญชาติ ส่งผลให้บริการที่ได้ “ดีกว่าที่คาดหวัง” ค่าความเป็นธรรมจึงมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกใน Key Informant ของกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ เพื่อเติมเต็มหรือสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณในข้อ 1.1 โดยไม่ทราบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และไม่เปลี่ยนแปลงของข้อมูล เมื่อนักวิจัยพบว่าไม่มีข้อมูลใหม่อีก จึงหยุดการสัมภาษณ์ โดยประเด็นสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบไปด้วยประเด็น ดังนี้

1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ
3. ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน
4. ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ
5. ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน
6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ
7. ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ
8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน
9. ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

การเข้าไปฝังตัวในพื้นที่ของนักวิจัย ใช้แบบเปิดเผย เนื่องด้วยนักวิจัยเป็นนักวิจัยหน้าใหม่ ประสบการณ์ในการทำวิจัยไม่มากพอ อาจส่งผลต่อข้อมูลหากเป็นการเก็บข้อมูลแบบปิดบังตัว โดยใช้เวลาในการทำควมคุ้นเคยกับกลุ่มเป้าหมายระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2549 – พฤษภาคม 2550 และเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง พบรายละเอียดใน 9 ประเด็นเพิ่มเติมดังนี้

1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)

ในกลุ่มชาวเขาและกลุ่มคนไร้สัญชาติเองแต่ละกลุ่มก็มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด เช่น หากเปรียบเทียบกลุ่มชาวเขาเผ่าม้งในอำเภอเขาค้อจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีสถานะทางสุขภาพโดยทั่วไปแทบไม่แตกต่างกับคนไทยทั่วไปกับกลุ่มมูเซอ ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก ทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติ ถนนเข้าหมู่บ้านยังคงเป็นถนนลูกรัง หากจากสถานบริการสุขภาพ ประมาณ 4 กิโลเมตร ไม่มีพาหนะในการเดินทาง การรับบริการสุขภาพต้องเดินเท้าไปรับบริการเท่านั้น เด็กๆที่ต้องการเข้าเรียนจะต้องเดินเท้าไปเรียนทุกวัน ถึงแม้จะมีการเข้าไปให้บริการสุขภาพในหมู่บ้านโดยการนัดหมายผู้นำชุมชนล่วงหน้า แต่ชาวบ้านโดยทั่วไปยังคงไม่เข้าใจในระบบสุขภาพเช่น ทำไมต้องรับวัคซีน ทำไมไม่ฉีดครั้งเดียวให้ครบ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 7 โดยที่มีบุตรมีชีวิตแล้ว 5 คน การแต่งงานของหญิงตั้งแต่อายุ 14-15 ปี และอีกหลายประเด็นที่คนไทยโดยทั่วไปคิดว่าเป็นสิ่งล้าหลังและหมดจากสังคมไทยแล้ว แต่ยังปรากฏสิ่งเหล่านี้ในกลุ่มชาวเขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ และที่สำคัญยังพบว่าประชากรส่วนหนึ่งในหมู่บ้าน ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้เลยซึ่งนับเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆสู่สิ่งที่ดีกว่าที่เป็นอยู่

2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

หลักประกันสุขภาพที่ได้รับมีความสัมพันธ์เป็นเนื้อเดียวกันกับการได้รับสัญชาติหรืออาจมีบางกลุ่มที่ยังไม่ได้รับสัญชาติแต่ก็ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ ในภาพรวมนั้นกลุ่มดังกล่าวมีไม่มากนัก ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับการได้รับหลักประกันสุขภาพ กลุ่มไร้สัญชาติที่ยังไม่มีสิทธิ จะเป็นกลุ่มที่รับภาระเรื่องดังกล่าวค่อนข้างสูง ถึงแม้ว่าสถานบริการภาครัฐทุกแห่งจะไม่มีการบีบบังคับว่าต้องจ่ายเงินทุกกรณีในการเข้ารับบริการสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้ประกาศว่าจะไม่เก็บเงินทุกกรณี ชาวเขาไร้สัญชาติบางกลุ่มมีความเข้าใจอย่างแนบแน่นว่าจะต้องมีเงินไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างน้อย 30 บาทต่อการไปรับบริการหนึ่งครั้ง หลายคนต้องพยายามหาเงินจำนวนหนึ่งเพื่อเตรียมไปจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อเรียกเก็บต้องสามารถจ่ายได้ โดยทั่วไปมักจะจ่ายค่าบริการอยู่ระหว่าง 100-200 บาท/ครั้ง ซึ่งเงินจำนวนดังกล่าวอาจมีอยู่แล้วหรือกรณีไม่มีก็จะยืมจากญาติพี่น้องก่อน

3. ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)

อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่กลุ่มชาวเขา เป็นกลุ่มที่อพยพมาในภายหลัง จึงมักตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณชายขอบของพื้นที่เสมอ และมักมีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพที่มากกว่า แต่ทรัพยากรด้านสุขภาพในพื้นที่ก็มีและได้รับเช่นเดียวกับคนไทยพื้นราบ ปัจจัยที่น่าจะเป็นสิ่งสำคัญก็คือ การสื่อสาร เนื่องจากชาวเขาบางกลุ่มสื่อสารในภาษาไทยได้น้อยมาก เช่น ชาวเขาเผ่ามูเซอ ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ชาวเขาเผ่าอาข่า ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ในอำเภอแม่ลำน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่วนการสื่อสารของชาวเขาที่เป็นปัญหาน้อยหรือแทบไม่เป็นปัญหาในการสื่อสารคือชาวเขาเผ่าถิ่น ในอำเภอเมืองจังหวัดน่าน ที่มีภาษาพูดเช่นเดียวกับคนไทย คือพูดคำเมืองท้องถิ่น ชาวเขาเผ่าเย้า ในจังหวัดพะเยา รวมทั้งชาวเขาเผ่าม้งในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์และอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก การที่สามารถสื่อสารเข้าใจ จะส่งผลต่อการรับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เช่น การนัดหมายการรับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี มารดาของเด็กที่ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ จะไม่ทราบว่าสมุดคู่มือที่ได้มามีความหมายและความสำคัญอย่างไร นัดหมายรับบริการครั้งต่อไปเมื่อไหร่ ส่งผลให้เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์

4. ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)

ความทั่วถึง ต่อเนื่อง และครบถ้วนในบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่นการฝากครรภ์ การรับวัคซีนพื้นฐานของเด็ก 0-5 ปี หากมองกลุ่มผู้ให้บริการในภาพรวมจะพบว่า สถานบริการทุกแห่งให้บริการสุขภาพโดยไม่แยกเชื้อชาติ ศาสนา หากเพียงแต่มีสิ่งที่จะทำให้เกิดความแตกต่างจากบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่นประเด็นเรื่องความเข้าใจในภาษาของการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ระยะทางของสถานบริการปฐมภูมิกับหมู่บ้านชาวเขา พาหนะในการเดินทาง เศรษฐฐานะของชาวเขา องค์ประกอบเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความครอบคลุมบริการและความครบถ้วน ต่อเนื่องในบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

5. ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)

เป็นสิ่งที่ทราบอยู่แล้วโดยทั่วไปว่ากลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ซึ่งส่งผลต่อการที่กลุ่มดังกล่าวจะต้องเกิดค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการที่แตกต่างจากกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพ ข้อเท็จจริงที่ว่ากลุ่มคนไร้สัญชาติไม่ได้จ่ายภาษีแก่รัฐ หากแต่เมื่อมองในมุมของกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ หากเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพกับรายได้ กลุ่มคนไร้สัญชาติจะเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ สูงกว่ากลุ่มชนอื่นๆใน

ประเทศไทยอย่างแน่นอน สถานบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีกลุ่มคนไร้สัญชาติดังกล่าวจำนวนมาก ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การจัดงบประมาณควรคำนึงถึงประเด็นเหล่านี้ ด้วย และควรมีการสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ด้วยรูปแบบต่างๆที่เหมาะสม

6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)

ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ นับเป็นประเด็นสำคัญที่องค์กรภาครัฐในปัจจุบันให้ความสำคัญในการดำเนินการ เพื่อสร้างความพึงพอใจให้ลูกค้าหรือผู้มารับบริการ ซึ่งในประเด็นนี้พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในแต่ละกลุ่มที่ดำเนินการประเมิน ซึ่งเมื่อใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ และกลุ่มชาวเขาที่มีสัญชาติ มีความคาดหวังในประเด็นของคุณภาพในระดับความคาดหวังที่ต่ำกว่า เมื่อมารับบริการส่วนใหญ่ จะได้รับบริการที่ดีกว่าที่คาดหวังไว้ จึงเกิดความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่าคนไทยพื้นราบ ที่มีระดับความคาดหวังที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ กลุ่มชาวเขาที่มีความกลมกลืนกับคนไทยพื้นราบมากขึ้น มีแนวโน้มว่าความคาดหวังก็จะสูงขึ้นตามไปด้วย เช่นกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง ในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก และอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ แต่กลุ่มที่ไร้สัญชาติก็ยังคงมีระดับความคาดหวังที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีสัญชาติ การได้รับสัญชาติ นับเป็นประเด็นที่กลุ่มคนเหล่านี้ให้ความสำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มหนุ่มสาวที่กำลังศึกษา และกำลังจะก้าวเข้าสู่วัยแรงงาน สัญชาตินับเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการก้าวย่างของอนาคตคนกลุ่มดังกล่าว

7. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ เป็นประเด็นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องของน้อยมาก ยิ่งกลุ่มของคนไร้สัญชาติยิ่งแทบไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเลย หากกล่าวถึงการจัดการสุขภาพในครอบครัวเป็นไปตามขนบธรรมเนียมและประเพณีของแต่ละเผ่า การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพถูกนำไปปฏิบัติบ้าง แต่ไม่มาก หากแต่ในแต่ละเผ่าก็จะมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน กระเหรี่ยง ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ก็แตกต่างจากกระเหรี่ยงในจังหวัดตาก วิถีชีวิตแตกต่างกัน การดูแลสุขภาพก็แตกต่างกันตามไปด้วย วิถีชีวิตม้ง ในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ กับม้งในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีความแตกต่างกันไม่มากนักหรือแทบเป็นเนื้อเดียวกัน อาจเนื่องด้วยม้งทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและบางส่วนมาจากแหล่งเดียวกัน คือกลุ่มที่อาศัยบนภูหินร่องกล้า อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีอุดมการณ์ในการดำเนินชีวิตแบบ “มาร์คซิส” ต่อต้านรัฐบาลไทยในสมัยนั้นหรือที่ทราบกันดีในนาม “ผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์” และเข้าร่วมพัฒนาชาติไทย ระหว่างปี พ.ศ.2520-2523 มีทั้งที่ได้รับสัญชาติแล้วและยังไร้สัญชาติ ปัจจุบัน ม้งกลุ่มดังกล่าวได้กระจายออกเป็นสามกลุ่มในพื้นที่ใกล้เคียงกันของพื้นที่ สามจังหวัดคือ

กลุ่มที่ 1 อาศัยในหลายตำบล ในอำเภอนครไทยจังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มที่ 2 อาศัยในตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด

กลุ่มที่ 3 อาศัยในตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)

การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน หากมองภาพตามรัฐธรรมนูญ กระบวนการตรวจสอบและการมีส่วนร่วม จำกัดไว้เพียงคนที่เป็นพลเมืองของรัฐหรือคนที่มีสัญชาติเพียงเท่านั้น จึงส่งผลต่อประเด็นดังกล่าวอย่างชัดเจน หากเพียงแต่ทำไมส่วนใหญ่ชาวเขาเผ่าต่างๆ จึงแตกต่างจากคนไทยพื้นราบ ในกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ ข้อแตกต่างเริ่มจากชาวเขาบางเผ่าตั้งรกรากอยู่เป็นกลุ่ม แต่ไม่มีสถานะเป็นหมู่บ้าน เป็นเพียงกลุ่มคน ไม่มีผู้นำที่เป็นทางการเช่นผู้ใหญ่บ้าน เป็นเพียงตัวแทนของกลุ่มที่แต่งตั้งจากผู้ใหญ่บ้านที่เป็นคนไทย อาสาสมัครประจำหมู่บ้านก็เป็นบุคคลภายนอกกลุ่มเข้ามาดูแล แต่หมู่บ้านชาวเขาที่มีสถานะเป็นหมู่บ้าน ก็จะมีกระบวนการต่างๆ เช่นเดียวกับคนไทยโดยทั่วไป กล่าวคือมีผู้ใหญ่บ้านหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “พ่อหลวง” มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และมีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านครบทุกฝ่าย ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ลักษณะเช่นนี้จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการตรวจสอบและการมีส่วนร่วม หากเพียงแต่ในปัจจุบัน ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในบางพื้นที่ ไม่มีกระบวนการในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นเพียงการมีส่วนร่วมแบบกลายๆ หรืออยู่ในกรอบที่ไม่มีความเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นคนไทยเองหรือชาวเขาเผ่าต่างๆ

9. ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบัน ยังไม่เปิดโอกาสในการให้สิทธิแก่ผู้รับบริการเลือกสถานบริการระดับต้น ยกเว้นกลุ่มสิทธิประกันสังคมที่สามารถเลือกสถานบริการได้ ความเป็นอิสระของผู้รับบริการผูกติดไว้กับค่าใช้จ่ายที่สามารถจ่ายได้ ทั้งกลุ่มคนไทย ชาวเขา และชาวเขา ไร้สัญชาติ เนื่องจากสิทธิในการรับบริการถูกระบุในบัตรประกันสุขภาพเท่านั้น ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สามารถเลือกรับบริการในสถานบริการของรัฐที่ใดก็ได้ กรณีที่นอกเหนือหรือการรับบริการภาคเอกชนจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง หากมองประเด็นนี้ กลุ่มคนไร้สัญชาติจะมีความเป็นอิสระในการเข้ารับบริการมากกว่า เช่น การเลือกใช้บริการสถานบริการเอกชน แต่มักเป็นบริการรักษาพยาบาลเท่านั้น ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพมักจะใช้บริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ส่วนบริการแพทย์แผนไทย ยังเป็นบริการที่สามารถเข้าถึงบริการได้น้อย โดยเฉพาะกลุ่มคนไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

เมื่อสรุปในภาพรวมจะพบว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ โดยเนื้อแท้แล้วจะขึ้นกับบริบทของแต่ละเผ่า แต่ละจังหวัด เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของชาวเขาไร้สัญชาติเผ่าถิ่น ในจังหวัดน่าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศิลปวัฒนธรรมใกล้เคียงคนไทยพื้นราบทั้งภาษา การแต่งกาย วิถีชีวิต ฯลฯ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐได้ดี แตกต่างจากชาวเขาเผ่ามูเซอ ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ยังคงมีความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ทั้งภาษา วิถีชีวิต ศิลปวัฒนธรรม โดยเฉพาะประเด็นเรื่องภาษา ชาวเขาเผ่ามูเซอในหมู่บ้านที่ดำเนินการวิจัยจะพูดภาษาไทยได้ไม่มากนัก ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ การนัดหมายเพื่อรับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เช่น ฝากครรภ์ วัคซีนเด็ก 0-5 ปี ฯลฯ หลายคนอ่านได้ ก็ไม่เกิดปัญหา แต่หลายคนใช้วิธีถามคนที่อ่านได้ และหลายคนใช้วิธีการจำ ซึ่งมักมีการหลงลืม และที่สำคัญ ความเข้าใจในกระบวนการจัดบริการสุขภาพรวมทั้งความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้ถูกปลูกฝังให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เช่น หลายคนถามว่าฉีดวัคซีนทำไม หรือเกิดความไม่แน่ใจว่าการรับบริการเหล่านั้น ดีจริงหรือเปล่า ถ้าดีจริงฉีดแล้วทำไมต้องเป็นไข้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุผลที่เสริมให้กลุ่มชาวเขาที่ไม่เข้าใจ หรือขาดความรู้ไม่ไปรับบริการที่ต่อเนื่อง รวมทั้งการที่ต้องไปค้างแรมในป่าหรือในที่ทำกินในป่าที่ห่างไกล ไม่สามารถมารับบริการตามที่กำหนดได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของความไม่ครอบคลุมบริการ การแก้ไขปัญหาที่พบเหล่านี้ อาจต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ ให้ความรู้ อย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวแก่หญิงมีครรภ์ที่กำลังตั้งครรภ์ที่ 7 โดยมีบุตรมีชีวิตรแล้ว 5 คน แท้ง 1 ครั้ง ให้มีความรู้และแนะนำบุตรหลานให้มีการวางแผนครอบครัว เพื่อครอบครัวที่อบอุ่น อยู่ดีกินดี มีสุขภาพที่ดี อาจต้องใช้เวลาเพื่อคนรุ่นต่อไป ที่จะสร้างครอบครัว

ความแตกต่างทางสุขภาพดังที่กล่าวมานี้ ไม่ได้เกิดเฉพาะกลุ่มที่มีสัญชาติกับกลุ่มที่ไร้สัญชาติ แม้แต่กลุ่มไร้สัญชาติด้วยกัน แต่ต่างพื้นที่ ต่างเผ่าพันธุ์ ต่างบริบท ก็มีลักษณะของการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะประเด็นสิทธิรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณ ที่พบว่า กลุ่มไร้สัญชาติซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะมีค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการสุขภาพที่มากกว่า กลุ่มที่มีสัญชาติ การแก้ไขปัญหาเพื่อลดช่องว่างที่พบ ในบางกรณีสามารถแก้ไขได้โดยง่าย หากรัฐดำเนินการ แต่ในบางกรณีนั้นจำเป็นต้องอาศัยเวลาในการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพเหล่า จึงจะสามารถลดช่องว่างลงได้ หากแต่ก็ต้องเข้าใจในปัญหาและมีความจริงจัง และจริงใจในการแก้ไขปัญหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 2 (Phase II Results)

1. ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม

สรุปผลการวิเคราะห์การจัดทำการสนทนากลุ่ม เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) โดยดำเนินการทั้งสิ้นจำนวน 6 กลุ่ม ใน 6 เผ่า อันได้แก่

- | | | |
|--------------------------|------------------|-------------------|
| 1.1 กะเหรี่ยง (ปะกาเกยอ) | ในอำเภอแม่ลาน้อย | จังหวัดแม่ฮ่องสอน |
| 1.2 ม้ง (แม้ว) | ในอำเภอนครไทย | จังหวัดพิษณุโลก |
| 1.3 อาข่า (อีเก้อ) | ในอำเภอแม่จัน | จังหวัดเชียงราย |
| 1.4 เมี่ยน (เย้า) | ในอำเภอเชียงคำ | จังหวัดพะเยา |
| 1.5 คะชีน (ถิ่น) | ในอำเภอเมือง | จังหวัดน่าน |
| 1.6 ลาหู่ (มูเซอ) | ในอำเภอเวียงแหง | จังหวัดเชียงใหม่ |

การดำเนินการในแต่ละเผ่ามีบริบทที่แตกต่างกัน ด้วยลักษณะของเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศิลปวัฒนธรรม การดำเนินชีวิต หากแต่ขอสรุปเป็นภาพรวมๆ ที่ปรากฏในเชิงประจักษ์ในคำพูด โดยที่ในการสนทนากลุ่มนี้ มีคนไทยเข้าร่วมสะท้อนภาพ เนื่องจากอาศัยในพื้นที่เดียวกัน 2 กลุ่มคือ กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง ในอำเภอนครไทย และชาวเขาเผ่าคะชีน ในอำเภอเมืองน่าน

การสนทนากลุ่มหรือการอภิปรายกลุ่มแบบจำเพาะเจาะจง(Focus Group Discussion) (ชาย โพธิ์สิตา, 2547, หน้า 207-247) ในทุกกลุ่มดำเนินไปในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีการเชิญกลุ่มเป้าหมาย นัดหมายเวลา โดยผู้ประสานงานซึ่งเป็นนักศึกษาสารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร หรือบุคคลที่นักวิจัยคุ้นเคยในพื้นที่ โดยกำหนดเวลาดำเนินการ โดยมีการจัดเตรียมสถานที่ ที่เหมาะสม จัดที่นั่งเป็นรูปวงกลม นักวิจัย นักวิจัยผู้ช่วยและผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นกันทั่วถึงทุกคน เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างสะดวก โดยเริ่มสนทนากลุ่มจากแนะนำตัวนักวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและทำความเข้าใจด้วยการนำเสนอเรื่องราวต่างๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยที่นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้กระตุ้นและควบคุมการสนทนา ให้ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยมีร่างคำถามเป็นเครื่องมือนำทางในการกระตุ้น เพื่อให้การสนทนาอยู่ในบรรยากาศที่ทุกคนมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญ มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และเสนอความเห็นแย้งในบางกรณี โดยวัตถุประสงค์มุ่งใน 9 ประเด็นหลัก

1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานะสุขภาพโดยรวมชาวเขาแต่ละเผ่ามีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน หากแต่มีความต้องการได้รับสัญชาติเหมือนกัน แนวทางการดำเนินการของภาครัฐคือต้องการให้รัฐมีความรวดเร็วในการดำเนินการ และมีความเชื่อมั่นว่าหากได้รับสัญชาติ องค์ประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้อง ช่องว่างในทุกกรณี ไม่เฉพาะด้านสุขภาพ จะลดลงอย่างเป็นรูปธรรม และเชื่อมั่นว่าจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียในภาพรวม และพบว่ามีหลายคำพูดของการสนทนาที่รัฐควรพิจารณา

ตาราง 43 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“เราไม่ได้ต่างจากคนอื่นนอกจากเราไม่มีบัตร (ไม่มีสัญชาติ) สุขภาพเราก็เหมือนกัน ครอบครัวผมมีผมคนเดียวที่ยังไม่ได้คนอื่นมีหมดแล้ว”	สถานะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ka_tr_ma 04a001
“ผมก็เหมือนกัน เหลือคนเดียว(ไร้สัญชาติ) ช่วงนี้สุขภาพดี แต่ลำบากเมื่อสองปีที่แล้ว เกิดอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ แล้วไม่มี พรบ. ต้องจ่ายเงินเองหมด ส่วนทั่วไป(กรณีอื่นๆ) เหมือนกันครับ”		ka_tr_ma 04a002
“เรามีสุขภาพที่ดี ลูกก็ได้รับวัคซีนครบ หมออนามัยนัดฉีดจนครบทุกคน”		mo_th_fe05a001
“กำลังจะสร้างบ้านก็เลยยก ญาติๆช่วยกันไปเอาไม้มากองไว้ จะสร้างเร็วขึ้น เพราะอาศัยบ้านเขาอยู่” (จากการที่นักวิจัยไปเยี่ยมบ้าน พบว่าบริเวณบ้านสกปรก และไม่มีส้วม มีไม้สำหรับสร้างบ้านวางรอบๆบ้านที่เป็นเพิงอาศัย)		ar_tr_fe02a001

ตาราง 43 (ต่อ)

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“สุขภาพดี ไม่ค่อยเจ็บป่วยกัน จะมีเฉพาะ บางคนที่ป่วยเรื้อรัง ไม่ได้ดื้อนเรื่อง ค่าใช้จ่ายหรอก ไม่ได้ใช้อะไรมาก ลูกชาย ทำงานที่กรุงเทพ ส่งมาทุกเดือนก็พอมี ซื้อของกินไม่รวยอะไรหรอก”	สถานะสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ya_th_fe03a001
“เราอพยพมาหลายปีแล้วคนส่วนใหญ่ใน หมู่บ้านยังพูดภาษาไทยได้ไม่ดีหรือ บางคนพูดไม่ได้เลย ทหารและป่าไม้ เขาให้เราย้ายมาอยู่ก็ตรงที่ลูกหลานเรา ได้เรียนหนังสือแต่เราก็เดินทางไกลมากขึ้น เวลาไปทำงานหรือหาของป่า สุขภาพก็ดี หมอจะมาให้บริการต่างๆที่ศูนย์การศึกษา นอกโรงเรียน โดยจะมานัดก่อนแล้วมา ให้บริการ แต่คนเราก็ไม่ค่อยอยู่บ้าน ต้องไปทำงานหาของป่า ดูแลแม่และเด็ก ก็จะได้รับไม่ครบ”		la_tr_ma01a001

2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ

ในภาพรวมเงินไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ เพราะสามารถเข้าถึงบริการได้ และได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อื่นๆ จะเริ่มเกิดปัญหาเมื่อไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในบางกรณีที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ เช่นกรณีการเกิดอุบัติเหตุจากรถจะเกิดค่าใช้จ่ายที่สูง บางครั้งไม่สามารถจ่ายได้ต้องค้างจ่ายสถานบริการไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวเขาเผ่าลาหู่ (มูเซอ) ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ จากการสนทนากำหนดให้สามารถวิเคราะห์รายละเอียดและคำพูดที่สามารถสะท้อนภาพได้เป็นอย่างดี เช่น

ตาราง 44 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“บางทีก็ป่วย ไม่มีเงินก็ไม่ได้ไปหาหมอ ถ้าป่วยก็ไปหาหมอที่อนามัยเสียเงิน 30 บาท ถ้าหมอมาที่หมู่บ้านฉีดวัคซีนก็ไม่เสียเงิน”	อุปสรรคทางการเงิน ในการเข้าถึงบริการ	la_tr_fe01a002
“เราไม่มีปัญหาถ้าเจ็บป่วยปกติแต่เราจะมีปัญหา ตอนเกิดอุบัติเหตุสามี่หนูขับรถล้ม(จักรยานยนต์) รถเก่าใช้ไปส่วไปไร่ ไม่ได้ทำอะไรเลย (ทะเลเบียน หรือ พรบ.) ต้องเสียเงิน ไม่พอจ่ายต้องค้างไว้ก่อน เรามีก็ไปจ่าย”		ka_th_fe04a001
“มันไม่ไกล (สถานอนามัย) ขับรถแป็บเดียวก็ถึง ตอนนี้ก็ไม่ต้องจ่ายเงินหรือถ้ามีจ่ายก็ 30 บาท บางคนที่ไม่มีรถมอเตอร์ไซด์ ก็ยืมญาติกัน หนูว่าไม่น่า จะเป็นอุปสรรคอะไร ถ้าไปโรงพยาบาลก็นั่งรถโดยสาร หน้าปากซอย มีรถตลอด”		ya_th_fe03a002
“อาศัยรถพ่อหลวงไปเวลาไม่สบาย ถ้าฝนตกก็ ลำบาก มันลื่นรถวิ่งไม่ได้ จอดรถไว้ พ่อหลวงเคย แบกยามาแต่ตื่นเขา (ทางขึ้นหมู่บ้านเป็นเขา แต่ชนเผ่ามีความเอื้ออาทรสูงมาก)”		ar_th_ma02a001
“ตอนที่หนูคลอดลูก ลำบากมาก เงินที่เก็บไว้ไม่พอ ต้องขอยืมเงินญาติ ตอนนั้นก็ส่งใช้เขายังไม่หมดเลย แฟนไปทำงานที่กรุงเทพฯ ส่งเงินมาก็ใช้จ่ายด้วย ใช้หนี้ด้วยถ้าหนูมีบัตรทองมีสัญชาติคงไม่ต้องจ่าย”		mo_th_fe05a001

3. ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน

ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเป็นหัวข้อที่น่าสนใจในการสนทนากลุ่ม ประเด็นที่หลายกลุ่มเสนอจะเกี่ยวเนื่องกับ ระยะทางในการเดินทาง ซึ่งเชื่อมโยงถึงความพอเพียงของจำนวนสถานบริการและบุคลากร ประเด็นของภาษาที่เป็นอุปสรรคในบางกรณีจากการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์บริบทในการนำเสนอ มีคำพูดที่สะท้อนภาพได้ชัดเจน เช่น

ตาราง 45 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“ถ้าบ้านเรามืออามักก็ดี กันที่ไว้ตั้งนานก็ไม่มี อามักซักที ลำบากเพราะหนูไม่มีรถ เวลาพาลูก ไปหาหมอก็คงต้องยืมรถญาติไป เติมน้ำมันเอา”	ปัจจัยที่นอกเหนือ จากการเงิน (พาหนะ)	ka_tr_fe04a002
“ลำบากเพราะไม่มีรถไป ส่วนใหญ่ไปกับรถ พ่อหลวงส่งนักเรียน”		ar_th_fe02a002
“จะเป็นปัญหาบ้างลุงขับรถไม่เป็น ให้หลาน ขับรถไปส่งไปรับ แต่บางวันมันก็ไปโรงเรียน ให้คนแถวบ้านไปรับไปส่ง”		ya_th_ma03a002
“ไม่มีรถ ไปโดยสาร ก็ลำบากเหมือนกัน แต่ก็นานๆที”		hc_th_fe06a001
“ปีที่แล้วเมียผมป่วยและถูกส่งไปที่ในเมือง ผมก็ไปดูแลถูกจับใบขับขี่ เวลาไปทำงาน ผมก็ขออนุญาตอำเภอไปตอนนั้นก็กำลังทำอยู่ (กระบวนการพิสูจน์สัญชาติ) พ่อหลวงทำกับ ปลัดกับทางอำเภอ ผมเกิดที่นี้ไม่ได้อพยพมา พี่น้องผมมีทุกคนแต่ผมตกหล่น”		ar_tr_ma02a004

ตาราง 45 (ต่อ)

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“หนูเคยเห็นเขา (พยาบาลหน้าห้องตรวจ) ตะโกนใส่ยายเพราะยายพูดภาษาไทยไม่ได้ ไปโรงพยาบาลกับหลานแต่ขณะที่รอตรวจ มันนานมาก หลานเขาเลยไปทำธุระในอำเภ พอดีถึงคิวแก่ก่อน แต่เขาคุยกับแกไม่รู้เรื่อง เขาเลยตะคอกใส่แก แกไม่รู้เรื่องหรอก แต่แก ก็คงรู้ว่าเขาตาแก่”	(ภาษา)	mo_th_fe05a003
“มีปัญหาเรื่องพูด ต้องให้คนที่พูดได้พาไปถ้าไม่มี คนพูดได้ไปด้วยก็ไม่ได้ไป แต่ถ้าลูกป่วยต้องไป ส่วนใหญ่ไปอนามัย ถ้าหมอไม่อยู่บางทีก็ไปคลินิก เสียเงินค่ายาร้อยเดียว แต่ต้องเดินไกลมากเพราะ ไม่มีรถ ตอนเช้ามีรถโดยสารก็สะดวกถ้ามีรถก็คงจะดี”	(ภาษา)	la_tr_fe01a003
“ไปป่าบางทีสองวันสามวันแล้วค่อยกลับ ถ้าหมอมมาแล้วเราไม่อยู่ เราไปป่า เราก็ไม่ได้ รับบริการ ถ้าเราอยู่ผู้นำจะมาเรียกให้เอาลูก ไปฉีดยา แต่ส่วนใหญ่แม่บ้านเราจะพาลูกไป”	(วิถีชีวิต)	la_tr_ma01a002

4. ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ

บริการที่ได้รับโดยทั่วไปจากสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ในหมู่บ้านที่ไปรับบริการ แต่ในหลายพื้นที่มีความกังวลใจในยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับว่าจะแตกต่างกันกับคนที่ไม่มีบัตรทองหรือไม่ อย่างไร แต่โดยภาพรวมๆแล้วได้รับบริการที่ดี และมีความเท่าเทียมในการรับบริการ หากแต่พบว่ามีสภาพความไม่ครอบคลุมในบริการที่พบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการพื้นฐาน ทั้งนี้เป็นบริบทและความไม่เข้าใจของผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ เช่น ชาวเขาเผ่าลาหู่(มูเซอ) ในอำเภอเชียงแขง และชาวเขาเผ่าอาข่า(ฉีก้อ) ในอำเภอแม่จัน รายละเอียดของการสนทนานำมาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นสภาพ เช่น

ตาราง 46 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“บางทีก็คิดเหมือนกันว่าเขาให้เราฟรี ยามันเหมือนคนอื่นไหม แต่ก็คิดว่า หมอคงไม่ทำอย่างนั้นหรอก (หมายถึง จ่ายยาที่มีคุณภาพแตกต่างกันในแต่ละ สิทธิที่แตกต่างกัน)”	ความครอบคลุมและ ความเท่าเทียมของบริการ (บริการ/เวชภัณฑ์)	ka_th_ma04a003
“อนามัยผมว่าเหมือนกันนะ เพราะผมรู้จักหมอ เคยทำงานให้ แต่โรงพยาบาลไม่รู้ “		ka_th_ma04a004
“ไม่เคยไปโรงพยาบาล เคยไปแต่อนามัย หมอดูแลดี เขาไม่แบ่ง ก็รวมกับคนไทยทั่วไป รับบัตรคิวเหมือนกัน แต่หมอน้อย บางครั้ง ต้องรอนานมาก แต่ทุกคนก็ต้องรอตตามคิว”	(ระยะเวลารอคอย)	la_tr_fe01a003
“ตอนนี้แยกออกจากกันยากครับระหว่างคน ไทยกับคนเฒ่า บางทีถ้าไม่ดูบัตรก็ไม่รู้หรือ ถ้าไม่พูดคุยภาษาก็ไม่รู้ยิ่งเด็กๆนี่เหมือน กันเลยเข้าโรงเรียนเดียวกัน เด็กเขาพูดเก่ง ถ้าเขาไม่พูดภาษาเฒ่า คนก็ไม่รู้ ไปเขาก็ดูแล เหมือนกัน รอนาน คนไทยก็รอเหมือนกัน ให้ตามคิว ไปแต่เข้าๆก็เสร็จเร็ว		ya_th_ma03a003
“หมอรักษาดี เขาดูแลเหมือนกันหมดไม่ว่า คนไทยหรือชาวเขา หมอเขาดี เวลาไปก็ได้ บัตรคิวเหมือนกัน ถ้าวันไหนคนเยอะก็รอนาน ไม่ต่างกันหรอกจะต่างกันก็เราไม่มีรถกลับบ้าน ต้องรอตอนเย็น”		ar_tr_ma01a005

5. ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน

มุมมองด้านความเท่าเทียมในการจ่ายเงินของกลุ่มคนไร้สัญชาติ มีการยอมรับในสภาพความไร้สัญชาติมากกว่าที่จะบอกว่าตนเองไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่สิ่งที่น่าสนใจคือในกลุ่มที่สนทนากลุ่ม ในแต่ละเผ่าแตกต่างกัน บางเผ่าประสบปัญหาอย่างมากเนื่องจากยากจนส่งผลให้แม้เพียงเงินเล็กน้อยก็เป็นภาระมาก ซึ่งแตกต่างจากบางเผ่าที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่าก็ยังไม่ประสบปัญหาในเรื่องการจ่ายเงิน แต่ภาพโดยรวมก็ถือได้ว่า “เป็นธรรม” แต่เป็นธรรมในฐานะที่ยังไม่มีสัญชาติ แต่หากตัดคำว่าสัญชาติออก จะกลายเป็นว่า สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ “ไม่มีความเป็นธรรม” เนื่องจากต้องจ่ายมากกว่า กรณีต่อไปนี้เป็นภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ตาราง 47 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“แน่นอน หนูอยากเหมือนคนอื่น ๆ แต่ทำยังไงได้ หนูยังไม่ได้สัญชาติ กำลังตรวจเลือดอยู่ (ดีเอ็นเอ) จ่ายเงินไปตั้งเยอะ”	ความเท่าเทียมของ การจ่ายเงิน	mo_th_fe05a001
“เอ (นามสมมุติ) กับหนูเป็นเพื่อนกันเรียนประถมด้วยกันเกิดที่ห้วยน้ำไซเหมือนกันพ่อแม่ทั้งหนูให้อยู่กับยาย หนูเลยตกสำรวจ ไม่ได้สัญชาติ ตอนหนูคลอด จ่ายเงินไป 2,500 จริงๆแล้วมากกว่านั้นแต่หนูมีแค่นั้น แต่เอคลอดลูกไม่ต้องเสียเงิน เรามีบัตรทอง”	(การจ่ายที่แตกต่างกัน)	mo_th_fe05a001
“เรามีเงินเราก็จ่าย หากไม่มีก็บอกเขาว่าให้ค้างไว้ เรามีเงินก็เอาไปจ่าย หมอไม่ว่าอะไร”	(การอะลุ่มอล่วย)	ar_th-ma02a003
“เงินเราก็พอจะมีจ่ายอยู่ถ้าไม่มาก แต่ลำบากเวลาไปทำงานกรุงเทพฯ ต้องกลับมาขอทุก 6 เดือน”		ka_th_ma04a004
“ถ้าไปคลินิกก็เสียร้อยสองร้อย ถ้าไปอนามัยก็จ่ายสามสิบบาท หรือถ้าไม่มีก็ขอไว้ก่อนแล้วเอามาจ่ายภายหลัง แต่คนที่ไม่มีบัตรไม่ต้องจ่ายเงิน เดียวนี้เขาไม่เก็บเลยถ้ามีบัตร เด็กๆไม่ต้องจ่าย แต่ผู้ใหญ่จ่าย เด็กนักเรียนก็ไม่ต้องจ่าย”	ความเท่าเทียมของ การจ่ายเงิน (การยอมรับได้)	la_tr_ma01a005

6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

คุณภาพและประสิทธิภาพบริการสุขภาพทั้งสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนได้รับเหมือนกัน บางช่วงของการสนทนา เป็นคำพูดที่เป็นความสงสัย แต่ก็ยังเชื่อว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพเหมือนกันและพึงพอใจในบริการของรัฐ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้ทำการศึกษาไว้ ความคาดหวังในบริการของกลุ่มชาวเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มไร้สัญชาติ มักจะคาดหวังต่ำกว่ากลุ่มคนไทยเสมอ แต่ก็อาจมีบางคนที่ยังคาดหวังสูง โดยเฉพาะคนที่ฐานะดี

ตาราง 48 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“ผมป่วยมาสองปีแล้ว หมอที่นี่เขาส่งไปผ่าตัดที่เชียงใหม่ ผ่าแล้วสองครั้ง เขาไม่เก็บเงินหรอก แต่ค่ากินค่าอยู่ของญาติที่ไปเฝ้าหมดไปเยอะอยู่ ลูกเขาช่วยส่งเงินมาให้เขาก็ตี้นะถ้าเขารักษาไม่ได้ เขาก็ส่งไป แต่บางคนก็ชอบไปคลินิกเพราะมันเร็ว ไม่ต้องรอและได้ฉีดยาด้วย”	ประสิทธิภาพและ คุณภาพบริการ (การส่งต่อ)	hc_th_ma06a002

7. ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ

ชาวเขาไร้สัญชาติจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมภาครัฐในเกือบทุกกรณี เนื่องจากมักมีปัญหาเกี่ยวกับการจับกุมหรือคดีความทำให้พยายามหลีกเลี่ยง สิ่งที่ต้องการคือต้องการได้มาซึ่งสัญชาติให้จะได้สามารถทำงานเหมือนคนอื่นๆ โดยไม่ต้องขออนุญาต และจะได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสุขภาพและด้านอื่นๆของหมู่บ้าน ภาพโดยทั่วไปมักเป็นการให้ความร่วมมือตามความจำเป็นหรือเมื่อร้องขอ เช่น การร่วมพัฒนาหมู่บ้าน การทำความสะอาด หรือการเข้าไปช่วยเหลืองานที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน คำพูดที่สะท้อนภาพได้ดีในบริบทที่พบและแนวทางที่การสนทนากลุ่มเสนอแนะ

ตาราง 49 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“ยาสมุนไพรเรามีเยอะมาก แต่คนเดี๋ยวนี้ไม่ค่อยใช้ หมอยาเขาเก็บมาไว้ แต่เดี๋ยวนี้บางอย่างก็หายาก บางอย่างไม่มีเลย อยากให้มีการอนุรักษ์ไว้”	ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ (การลดค่าใช้จ่าย)	ar_tr_ma02a004
“มีการรักษาหลายวิธี ทั้งการใช้สมุนไพร ทั้งการบวสรวงประกอบพิธี หากหายต้องนำของไปแก้ ที่หิ้งที่ไปดูนั่นแหละ บางทีก็ให้กำลังใจ และมีน้ำศักดิ์สิทธิ์ อยู่หมู่บ้านเก่า มีหมอยา ทอนนี้ต้องไปอนามัย แต่ส่วนใหญ่ชาวบ้านจะรักษาทางผีก่อน (ด้วยพิธีกรรม)”		la_tr_ma01a005
“แต่ก่อนยาไม่ทันสมัย ชาวบ้านใช้สมุนไพรมาก กินแล้วก็มีทั้งหายทั้งไม่หาย แต่เดี๋ยวนี้มีการใช้น้อยลงมาก ส่วนมากก็กินยาเม็ดกันหมด มันหายทันใจ ที่เห็นใช้อยู่ก็มีสองสามอย่าง อย่างบอระเพ็ด ว่านหางจระเข้ อย่างอื่นไม่ค่อยมีแล้ว”		hc_th_fe06a002
“กินยาต้มประจำ (ยาสมุนไพร) ไม่เป็นไรมาก ซื้อยาที่ร้านค้า (ร้านขายของชำ) มากินก็หายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยหรอก”		ar_tr_ma02a005

8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ จะไม่มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ ตามกระบวนการภาครัฐที่จัดขึ้น เช่น การจัดทำประชาคมหมู่บ้าน ตำบล การจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน การเสนองบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ ส่วนการจัดบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสัญชาติ จะดำเนินการร่วมกับสถานีนอนามัยในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการภายในหมู่บ้าน เช่น การให้วัคซีนต่างๆ การรณรงค์ทางด้านสาธารณสุข ฯลฯ ส่วนการตรวจสอบนั้น ทั้งกลุ่มที่มีสัญชาติและไร้สัญชาติ ไม่ได้มีกระบวนการใดๆในการตรวจสอบ จะมีก็แต่เฉพาะในส่วน

ผู้นำชุมชนและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น ที่มีส่วนร่วมแต่ไม่มาก เช่น ร่วมเป็นกรรมการสถานีนอามัย กรรมการตรวจรับพัสดุฯ

ตาราง 50 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาการตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“เราไม่ได้ยุ่งเกี่ยวอะไร เป็นเรื่องของทางราชการ กับพ่อหลวง...อบต.เขา เวลาประชุมก็จะเป็นชาวบ้านทั่วไป เราไม่มีสัญชาติ ไม่ค่อยไปร่วมหรือ..นอกจาก สิ่งให้เราทำ เราก็ยินดีให้ความร่วมมือทุกอย่าง”	การตรวจสอบได้และ การมีส่วนร่วมของชุมชน	hc_th_ma06a003
“เราเองไม่รู้เรื่องหรือไม่ใช่หน้าที่อะไร ผู้ใหญ่บ้าน อบต.เขาคงทำ”	(ไม่สนใจ/ไม่มีส่วนร่วม)	mo_th_fe05a005
“ไม่ใช่หน้าที่เรา เรารอพ่อหลวงบอก บอกให้เราทำอะไรเราก็ทำ”	(สั่งการ/ไม่มีส่วนร่วม)	ar_th_fe02a002
“ชาวบ้านก็ทำหน้าที่ตัวเอง ไม่ตรวจสอบอะไรหรือ ไม่ใช่หน้าที่ พ่อหลวง อบต. เขาน่าจะทำอยู่ (ไม่แน่ใจ) สาธุเขาแนะนำอะไรถ้าไม่มีงานก็ร่วมมือทำกัน”	(ร่วมดำเนินการ)	ya_th_fe03a004
“ถ้าไม่จำเป็นก็ให้พี่น้องเราที่มีบัตรไป ไปตอนที่เขาบอก แต่ก็ช่วยงานหมู่บ้านเหมือนคนอื่น”		ka_th_ma04a005
“ผู้ใหญ่เขาประกาศเรื่องอะไร เราก็ทำเหมือนชาวบ้านคนอื่นๆ เขารณรงค์ก็ให้ความร่วมมือ เขาให้ร่วมทำความสะอาด ก็ทำแม้แต่เรื่องอาหารกลางวันเด็ก”	การตรวจสอบได้และ การมีส่วนร่วมของชุมชน	mo_th_fe05a006
“ถ้าเรามีเวลาหรือไม่ติดธุระอะไรก็ทำร่วมกัน ถ้ามีธุระอะไรก็จะประชุมที่วัดก่อนและตกลงหน้าที่กัน ว่าใครจะทำอะไร ส่วนเรื่องของอนามัยเราก็ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวอะไร”	(ร่วมดำเนินการรณรงค์)	ya_th_fe03_a005

9. ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับความเป็นอิสระของผู้ใช้บริการ จะเกี่ยวเนื่องกับการเดินทางและภาระค่าใช้จ่ายในกลุ่มไร้สัญชาติ เพราะกลุ่มคนไร้สัญชาติจะไม่มีใบอนุญาตขับขี่และไม่สามารถออกนอกพื้นที่จังหวัดได้ ด้านของภาระค่าใช้จ่ายจะเกี่ยวเนื่องเฉพาะค่าใช้จ่ายส่วนตัวในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ไม่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการ เนื่องจาก สถานพยาบาลจะเรียกเก็บเฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น โดยผู้ร่วมสนทนาชี้แจงว่า หากไม่มากนักก็จ่ายได้ แต่ถ้าเงินจำนวนมากๆ ก็จะส่งผลให้ประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและเป็นภาระของผู้ป่วยไร้สัญชาติ โดยการสนทนาหลายเผ่ามีความเห็นลักษณะสอดคล้องกัน

ตาราง 51 วิเคราะห์เชิงเนื้อหาความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“ถ้าร้อยละสองร้อยจ่ายได้ก็จ่าย ถ้าหลายพันบาท อาจไม่มีเงินจ่าย ก็คงขอหมอ แต่ก็ยังไม่เคยป่วยหนักขนาดนั้น มีแต่ที่ละไม่มาก ก็จ่ายไป”	ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	ka_th_fe04a002
“ส่วนใหญ่ก็เลือกไม่ได้ แต่ถ้ารักษาฝ้ายก็ไม่ได้ ไหน เอาของไปแก้ก็เสร็จ ส่วนใหญ่ไม่ได้ไปที่อื่น ก็ไปกินยาที่อนามัยก็หาย ขอยาหมอมากิน”	(ข้อจำกัดการเลือกบริการ)	la_tr_fe01a003
“ถ้าเป็นนักเรียนอย่างหนูเขาก็จะลุ่มอล่วย เอาบัตร (ข้อจำกัดในการเดินทาง) ar_th_fe02a003 นักศึกษาให้ดูเขาก็ไม่ว่าอะไรเวลาไปต่างจังหวัดก็ไม่ได้ขออนุญาตเวลาตรวจค้นก็เอาบัตรนักศึกษาให้ดู เวลาไปหาหมอในเมืองคนที่ไม่มีบัตรจะลำบากกว่าต้องพกสมุดคู่มือไปด้วย แต่บางครั้งมีคู่มือเขาก็จับหนูก็ไม่ว่าทำไม สำหรับหนูไม่เป็นปัญหาอะไรในการเดินทาง”		
“ไปไหนมาไหนก็ยาก เดี่ยวก็โดนจับใบขับขี่ แต่ก็ไม่ได้ไปไหนไกลหรือก่นอกจาก นครไทย หรือพิษณุโลก ไม่ค่อยเป็นอะไร”	(ข้อจำกัดในการเดินทาง)	mo_th_ma05a002

ตาราง 51 (ต่อ)

ข้อความ	รหัสเบื้องต้น	แหล่งข้อมูล
“ไปคลินิกก็เร็วดี ไม่ต้องรอนาน เขาเก็บทีละร้อย (อิสระในการเลือก สองร้อย พอจ่ายได้ แต่บางครั้งก็ไม่มีก็ไปอนามัย รับบริการ) ขอเขาได้ ไม่ต้องจ่าย แต่ถ้าเรามีเราก็เอาไปจ่าย”		ar_th_fe02a004

สรุปผลการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม โดยใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) เป็นแนวทางการสนทนา ข้อค้นพบเชิงประจักษ์ จากการวิเคราะห์เนื้อหา จากการสนทนากลุ่มในภาพรวม ที่เป็นสิ่งค้นพบ ประกอบไปด้วย

1. สิ่งที่คาดหวังของผู้สนทนากลุ่ม ที่ให้ความเห็นว่ามีควมจำเป็นในการดำเนินชีวิต

1.1 การได้รับหลักประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับคนไทยทั่วไปอาจจะเป็นช่องทางใดช่องทางหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่เคยได้รับก่อนพ.ศ.2544 และถูกยกเลิกไป ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำมาซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพภาครัฐ การมีสุขภาพที่ดี ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทั้งที่เป็นเงิน และไม่ใช่งเงิน ความเท่าเทียมและครอบคลุมของบริการ

1.2 กลุ่มที่ไร้สัญชาติ ต้องการร้องขอรับสัญชาติไทย เพื่อสิทธิต่างๆที่จะตามมา ทั้งประเด็นการมีส่วนร่วม การตรวจสอบ ความเป็นอิสระของผู้รับบริการ ตลอดจนประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยกลุ่มไร้สัญชาติส่วนใหญ่ จะเสนอประเด็นการถูกตำรวจจับกุมมากกว่าประเด็นอื่นๆ

1.3 การได้รับสิทธิในการศึกษาและการพัฒนาตนเองเพื่อการมีชีวิตที่ดีกว่า (จะเห็นได้ว่าประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นที่นอกเหนือไปจากสุขภาพ แต่มีความสำคัญ) กลุ่มวัยรุ่นหนุ่มสาวจะเสนอประเด็นการเข้าศึกษาในสถาบันต่างๆซึ่งสัญชาติมีความจำเป็นเมื่อจบและไปประกอบอาชีพ โดยมักเกี่ยวเนื่องความสะดวกในการเดินทาง

2. สิ่งที่สมาชิกสนทนากลุ่ม ให้ความเห็นค่าสามารถยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่และให้ความสำคัญน้อยกว่า

2.1 ความเป็นอยู่ สภาพที่เป็นจริงและสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต

2.2 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นที่นอกเหนือจากค่าบริการทางสุขภาพ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร และอื่นๆ ซึ่งอยู่เหนือการควบคุมภาครัฐที่จะสามารถดำเนินการได้

2.3 ยอมรับในความแตกต่างในเรื่องชาติพันธุ์ ที่มีความด้อยกว่าชนกลุ่มใหญ่ และมีความภาคภูมิใจในชนเผ่าของตนเอง

2. การวิเคราะห์การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาแนวทางในการลดช่องว่าง

การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญแบบเปิดกว้าง ไม่จำกัดขอบเขต ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ อาจเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมา ข้อเท็จจริงที่กำลังประสบอยู่ หรือข้อมูลอื่นๆที่ผ่านการวิเคราะห์/สังเคราะห์แล้ว เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสรุป โดยนำประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็น มาประมวลผลรวมเพื่อให้ได้แนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 นักวิจัยจัดทำร่างแนวทางการในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยวิธีการเสนอกรอบกระบวนการในการดำเนินการ ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาใน 3 ประเด็นในแต่ละกรอบ คือ

1. ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึงประเด็นดังกล่าวสามารถลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มได้จริง

2. ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึงเป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม

3. ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง ดัชนีนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เมื่อนำนโยบายนั้นสู่การปฏิบัติในพื้นที่

ทั้งนี้ ทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าวใช้มาตราประเมินค่า 5 ระดับ แบบ ลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดตัวเลขให้กับระดับการวัดในแต่ละระดับจากลำดับสูงสุด = 5 ถึงระดับต่ำสุด = 1

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและแปลความหมายกลับไปเป็นลำดับของการวัดดั้งเดิมด้วยการอ้างอิงขีดจำกัดล่างและขีดจำกัดบนของตัวเลขแต่ละตัว ดังนี้

4.50 – 5.00	มากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	น้อย
1.00 – 1.49	น้อยที่สุด

สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำเครื่องมือในการวิจัยเชิงอนาคต (EDFR) พบว่าในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีมุมมองในการแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน โดยสามารถแยกได้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มที่มีแนวคิดแบบเท่าเทียม (Egalitarianism)

ประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

- 1.1 กลุ่มนายทหารระดับสูง กองทัพอากาศที่ 3
- 1.2 กลุ่มนักบริหารระดับสูง กระทรวงมหาดไทย ในระดับจังหวัด/พื้นที่ (บางท่าน)
- 1.3 กลุ่มองค์กรระหว่างประเทศ
- 1.4 นักสิทธิมนุษยชน/ผู้แทนกลุ่มองค์กรชาวเขา
- 1.5. ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (บางท่าน)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้มีมุมมองในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมในบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Minimum Health Needs) โดย “สัญญาติ” ไม่ได้เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของความเป็นมนุษย์ ต้องการให้รัฐ สนับสนุน ส่งเสริม ให้กลุ่มไร้สัญชาติในประเทศไทย ได้รับ “สิทธิ” ในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐอย่างพอเพียงเช่นเดียวกับกลุ่มที่มีสัญชาติทั่วไป โดยที่การดำเนินการในประเด็นที่เกี่ยวข้องจักต้องดำเนินไปอย่างมีรูปแบบ รัดกุม และมีข้อมูลสนับสนุนที่ถูกต้อง ครบถ้วนและทันต่อเวลา โดยคำให้สัมภาษณ์ที่น่าพิจารณาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เช่น

1.1 กลุ่มนายทหารระดับสูง พื้นที่กองทัพอากาศ 3

นายทหารคนที่ 1 “หากปล่อยไว้เช่นนี้ (ไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน ปล่อยปัญหาคนไร้สัญชาติไว้โดยไม่มีความพยายามแก้ไข) เมื่อเกิดปัญหาแล้วตามแก้ อาจจะมีบทเรียนเช่นเดียวกับจังหวัดชายแดนใต้”

นายทหารคนที่ 2 “ผมไม่เชื่อว่าจะมีคนอพยพเข้ามาเพื่อมาขอเข้าไปเก็บไว้ เฉพาะกลุ่มที่อพยพมารับบริการ ผมเข้าใจว่าจำเป็นจริงๆเค้าถึงเข้ามาใช้บริการ”

นายทหารคนที่ 3 “เค้ารบกันบาดเจ็บแล้วก็เข้ามา เราก็ดูแลเท่าที่ทำได้ ผมว่าไม่จำเป็นเค้าไม่มาหรอก”

1.2 กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กระทรวงมหาดไทย ในระดับจังหวัด

ผู้ว่าราชการจังหวัดคนที่ 1 “ให้เขารับผิดชอบหมู่บ้าน ชุมชนเขาเอง ส่งลูกหลานเขาไปเรียนแล้วกลับมาอยู่บ้านเกิด ท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) จะดำเนินการส่วนนี้ได้ดี

ที่สุด” “การเร่งรัดกระบวนการเกี่ยวกับสัญชาติ เป็นผลดีต่อความมั่นคงมากกว่าผลเสีย เพราะพวกนี้เป็นมือเป็นเท้าให้กับเรื่องความมั่นคงได้เป็นอย่างดี”

นายอำเภอคนที่ 1 “เอาเขามาเป็นพวกดีกว่าที่จะผลักดันเขาออกไป มันจะเป็นปัญหามากกว่านะ”

1.3 กลุ่มผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข

ผู้บริหารคนที่ 1 “เราควรดูแล สนับสนุนน้องๆในพื้นที่ให้ดี อย่าให้เค้าลำบากเรื่องที่ไม่ควรลำบาก ลำบากในพื้นที่ก็มากพอแล้ว”

ผู้บริหารคนที่ 2 “สมัยที่ผมอยู่ราชบุรี ก็ไม่เคยเกิดปัญหานั้น เราก็ดูแลกลุ่มนี้ (กลุ่มไร้สัญชาติ) อย่างดี.....ผมว่าผู้บริหารระดับจังหวัดจัดการเรื่องนี้ได้”

ผู้บริหารคนที่ 3 “จะ让他เป็นขอทานไปถึงไหน ไหนๆเราก็ดูแลเขาอยู่แล้ว ทำให้มันตรงไปตรงมา น้องในพื้นที่จะทำงานง่ายขึ้น”

ผู้บริหารคนที่ 1 “ถ้าเราทำไม่ดี ผลเสียจะเกิดกับกลุ่มคนไทยในพื้นที่อย่างแน่นอน ผมเห็นบ่อยๆโดยเฉพาะ อหิวาต์” (หมายถึงการให้บริการหรือการดูแลสุขภาพของกลุ่มไร้สัญชาติ เมื่อมีการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย เช่น การระบาดของโรค อหิวาต์)

1.4 นักสิทธิมนุษยชน/ผู้แทนองค์การระหว่างประเทศ/ผู้แทนชาวเขา

ผู้แทนชาวเขา “ก่อนหน้านี้เราเคยได้รับ แต่เดี๋ยวนี้เขายึดบัตรคืนแล้ว ผมเองก็ไม่ว่าทำไม”

ผู้แทนองค์การระหว่างประเทศ คนที่ 1 “ผู้ที่ได้ประโยชน์ (เจ้าของกิจการที่จ้างคนไร้สัญชาติไว้ทำงาน) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย รวมทั้งความเสียหายที่เกิดขึ้น”

ผู้แทนองค์การระหว่างประเทศ คนที่ 2 “บางกลุ่มของข้าราชการไทย ยังทุจริตเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ คนไร้สัญชาติ ยังมีผลประโยชน์อีกมากที่มองไม่เห็น” (สัมภาษณ์ โดยมีล่ามภาษาฝรั่งเศสแปล)

ผู้แทนองค์การระหว่างประเทศ คนที่ 1 “อยากให้ดูแลกลุ่มค้าอพยพ ค่ายกักกันด้วย มีปัญหาเหมือนกัน” (ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีล่ามแปล)

2. กลุ่มที่มีแนวความคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism)

ประกอบไปด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

2.1 ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข (บางท่าน)

2.2 กลุ่มนักบริหารระดับสูง กระทรวงมหาดไทย ในระดับจังหวัด/พื้นที่ (บางท่าน)

2.3 ผู้บริหารระดับสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บางท่าน)

มีมุมมองเกี่ยวกับความเป็น “คนไทย” มี “สัญชาติ” จำหน่ายทางตรงเข้าสู่รัฐเพื่อใช้ในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ความเป็น “คนไทย” จำต้องได้รับการหรือได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐในฐานะ “พลเมืองแห่งรัฐ” ที่จำเป็นเหมาะสม และควรแตกต่างจากกลุ่ม “ไร้สัญชาติ” ที่ไม่มีความเป็นพลเมืองแห่งรัฐ และไม่มีการจำหน่ายเข้าสู่รัฐ เมื่อมีกรณีความจำเป็นเรื่องความจำกัดของงบประมาณ “พลเมืองแห่งรัฐ” จำต้องได้รับการดูแลก่อน ทั้งนี้กลุ่มที่ไร้สัญชาติก็ควรได้รับการสุขภาพขั้นพื้นฐาน หากแต่ในกรณีที่มากกว่านั้น ก็ควรขึ้นอยู่กับศักยภาพในการจ่ายของแต่ละคน รัฐไม่ควรเข้าไปก้ำกึ่งในทุกประเด็น จะส่งผลต่อภาระผูกพันงบประมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างมากและไม่สามารถควบคุมได้ อีกทั้งยังอาจเป็นสิ่งจูงใจหรือแรงสนับสนุนให้มีการอพยพ ของกลุ่มต่างๆรอบๆประเทศไทยเข้าสู่ประเทศไทย

2.1 ผู้บริหารระดับสูง กระทรวงสาธารณสุข

ผู้บริหารคนที่ 4 “มั่นใจแล้ววี่ ว่จะลดช่องว่าง จำเป็นหรือเปล่า” “บริบทที่ประเทศไทยดำเนินการอยู่ เมื่อเทียบกับนานาชาติแล้วเป็นยังไง” “หากดำเนินการลดช่องว่างแล้วมั่นใจได้ไม่ว่าจะไม่มี การหลบหนีเข้าเมืองมากขึ้น” “เมื่อกลุ่มคนไร้สัญชาติ ไม่ได้จำหน่าย แต่คนไทยทุกคนต้องจำหน่ายแก่รัฐ บางทีก็น่าคิดว่าประเด็นนี้ยุติธรรมกับกลุ่มคนไทยหรือไม่”

ผู้บริหารคนที่ 5 “ปีที่แล้วผมก็ต่อรองจ่ายไป 50 ล้านเขาก็อยู่ได้ ไม่ได้ผูกพันว่าปีต่อไปผมต้องจ่ายเท่าไร” “ข้อมูลไม่นิ่ง ถึงต้องคิดแบบรวมๆแล้วจ่ายสนับสนุนออกไป”

2.2 ผู้บริหาร กระทรวงมหาดไทย ระดับพื้นที่

นายอำเภอคนที่ 2 “ต้องดูให้ดี มันมีพวกสอดไส้เยอะ แยกไม่ออก ถ้าแยกได้ก็ทำได้ แต่มันแยกยากกว่าคนไหนอยู่ที่นี้ คนไหนแอบมาใหม่”

2.3 ผู้บริหารระดับสูง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้บริหารคนที่ 1 “ต้องมีหลักมีเกณฑ์ มีข้อมูล และต้องดูว่าเขาเป็นไทยไหม” “จะเป็นการระบบมาตรฐานเปล่า ต้องดูให้ดี”

ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัยได้นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ความเป็นธรรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากการศึกษาระยะที่ 1 แต่นักวิจัยมีความเห็นว่า ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการตัดสินใจในการให้สัมภาษณ์เท่าที่ควร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มักพบว่า มาจากความรู้ ประสบการณ์ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีอยู่เดิม ซึ่งนักวิจัยนำมาพิจารณา 2 ด้านคือ

ด้านที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาข้อมูลที่นักวิจัยเสนอแล้วและใช้ประกอบการตัดสินใจในการเสนอแนะนโยบาย แต่ข้อมูลที่ได้รับเมื่อนำเสนอสู่ภาพนโยบาย มีความสำคัญไม่มากนัก

เนื่องจากกระบวนการในการกำหนดนโยบาย จำต้องให้ข้อดีประกอบอื่นๆอีกจำนวนมาก เพื่อให้
เกิดนโยบายที่ได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคการเมืองและจำต้องเป็นไปได้ในทาง
ปฏิบัติและเกิดผลในเชิงการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพจริง

ด้านที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future
Research: EDRF มีความไม่เหมาะสมในการนำมาใช้กำหนดนโยบายของภาครัฐ ทั้งนี้อยู่บน
สมมุติฐานที่ว่า “นักวิจัยมีความรู้ความสามารถและดำเนินการตามกระบวนการอย่างถูกต้อง
ครบถ้วนแล้ว” เท่านั้น

ประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญให้สัมภาษณ์และนักวิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์
เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มจากการสัมภาษณ์
รอบที่ 1 เพื่อใช้ในการจัดทำเครื่องมือแบบเดลไฟล์ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

1.1 จัดสรรงบประมาณสำหรับกลุ่มประชาชนบนพื้นที่สูงที่ไร้สัญชาติ

รายหัว

1.2 จัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มคนไร้สัญชาติให้เป็นปัจจุบัน เชื่อถือได้

1.3 จัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรระดับหมู่บ้าน/ตำบล เข้ารับ

การศึกษาในระดับอนุปริญาและมีสัญญาผูกพันระยะยาวให้ปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน/ตำบล
โดยความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. กระบวนการสร้างคุณภาพตามมาตรฐาน

2.1 มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพทุกสถานบริการ

2.2 สถานบริการมีมาตรฐานบริการสุขภาพเดียวกันทั้งระบบ

3. การจัดการภาคกฎหมาย และที่เกี่ยวข้อง

3.1 มีกฎหมายรองรับกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้อง

กับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.2 มีกฎหมายการรับรองการให้สัญชาติเป็นกรณีเฉพาะที่สอดคล้องแต่

ละพื้นที่โดยให้อำนาจแก่ผู้ว่าราชการจังหวัดในการพิจารณาเป็นรายกรณี

4. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1 กระจายกิจกรรมบริการสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดำเนินการโดยมุ่งเน้นการจัดบริการปฐมภูมิด้วยกระบวนการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่เข้าศึกษาและ
กลับมาทำงานที่บ้านเกิด

4.2 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการในทุก

กระบวนการจัดบริการสุขภาพ

ดำเนินการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้วยมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เพื่อประเมินดัชนีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย 3 ประเด็น คือ

1. ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึง ประเด็นดังกล่าวสามารถลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มได้จริง
2. ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม
3. ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง ดัชนีนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เมื่อนำนโยบายนั้นสู่การปฏิบัติในพื้นที่และนำมาหาค่า มัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range: Q3-Q1) เพื่ออธิบายในระยะที่ 2 ปรากฏผล ดังนี้

ตาราง 52 การประเมินของผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็นในการลดช่องว่าง	ความเหมาะสม ความเป็นไปได้			
	ในทางปฏิบัติ			
	Mdn	Q1-Q3	Mdn	Q1-Q3
1. การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม				
1.1 จัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับกลุ่มคนไร้สัญชาติ	4.25	3.39-4.96	3.91	3.14-4.45
1.2 จัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติให้เป็นปัจจุบัน	4.00	3.23-4.77	3.69	3.04-4.45
1.3 จัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรระดับหมู่บ้าน/ตำบล เข้ารับการศึกษาระดับอนุปริญาและมีสัญญาผูกพัน ระยะยาวให้ปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน/ตำบลโดยความ รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.80	2.94-4.72	3.58	2.67-4.44
2. กระบวนการสร้างคุณภาพตามมาตรฐาน				
2.1 มีมาตรฐานบริการสุขภาพเดียวกันทั้งระบบ	4.31	3.50-4.96	3.25	2.31-3.96
2.2 มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ทุกสถานบริการ	3.50	3.39-4.21	3.63	3.09-4.25
3. การจัดการภาคกฎหมาย และที่เกี่ยวข้อง				
3.1 มีกฎหมายรองรับการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้อง กับการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ	3.64	2.63-4.50	3.43	2.50-4.07
3.2 มีกฎหมายการรับรองการให้สัญชาติเฉพาะกรณีที่สุดอดรับ แต่ละพื้นที่โดยให้อำนาจแก่ผู้ว่าราชการจังหวัดในการ พิจารณาเป็นกรณีเฉพาะ	3.90	3.05-4.68	3.62	2.92-4.35
4. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				
4.1 กระจายกิจกรรมบริการสุขภาพให้ท้องถิ่นดำเนินการ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการปฐมภูมิด้วยการพัฒนาบุคลากร ในพื้นที่เข้าศึกษาและกลับมาทำงานที่บ้านเกิด	3.83	3.13-4.59	3.91	3.14-4.63
4.2 ให้ท้องถิ่นร่วมดำเนินการในทุกกระบวนการจัดบริการ สุขภาพ	3.67	2.44-4.69	3.64	3.04-4.35

จากตาราง 52 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญประเมินให้ค่าคะแนนความเหมาะสม (Appropriateness) โดยให้คะแนนการมีมาตรฐานบริการสุขภาพเดียวกันทั้งระบบ (Mdn=4.31, Q1-Q3=3.39-4.96) และการสนับสนุนงบประมาณกลุ่มคนไร้สัญชาติ (Mdn=4.25, Q1-Q3=3.39-4.96) การจัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติให้เป็นปัจจุบัน (Mdn=4.00, Q1-Q3=3.23-4.77) ส่วนความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) พบว่าค่าคะแนน การสนับสนุนงบประมาณกลุ่มคนไร้สัญชาติ (Mdn=3.91, Q1-Q3=3.14-4.45), กระจายกิจกรรม บริการสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการโดยมุ่งเน้นการจัดบริการปฐมภูมิด้วย กระบวนการ พัฒนาบุคลากรในพื้นที่เข้าศึกษาและกลับมาทำงานที่บ้านเกิด (Mdn=3.91, Q1-Q3=3.14-4.63) และการจัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติให้เป็นปัจจุบัน (Mdn=3.69, Q1-Q3=3.04-4.45) หากแต่เมื่อวิเคราะห์การดำเนินการในภาพรวม ซึ่งนักวิจัยได้สรุปผลการศึกษา ในระยะที่ 1 เป็น “บทสรุปสำหรับผู้บริหาร” เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นสถานการณ์ความเป็นธรรม ทางสุขภาพเปรียบเทียบสามกลุ่ม เพื่อใช้ในการประกอบการให้สัมภาษณ์และการประเมินค่า คะแนน จะพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้นำข้อมูลที่ได้ ไปประกอบการพิจารณาเพียงเล็กน้อย โดยจะ เห็นได้จาก กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน ทั้งที่ ข้อมูลที่นักวิจัยนำเสนอพบว่า ประเด็นคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ ทุกกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการประเมินที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญยังให้ความสำคัญว่า ยังคงต้องดำเนินการในส่วนนี้ เพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ แต่ในประเด็นที่พบความ แตกต่างของกลุ่มอย่างมาก แต่ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้มีการนำเสนอเพื่อประกอบการจัดทำแนวทางใน การลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งอาจพอสรุปได้ว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ใช้ความรู้ ประสบการณ์และสถานการณ์อื่นๆในกาตัดสินใจเป็นหลัก อาจมีประเด็นข้อมูลที่นักวิจัยนำเสนอ บ้าง แต่อาจจะเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในส่วนของการกระหว่างประเทศ มัก นำเสนอในภาพที่กว้างที่เป็นสากลเป็นส่วนใหญ่ และหลายประเด็นนักวิจัยมองว่าไม่สอดคล้องกับ บริบทของประเทศไทย เช่น ปัญหาการใช้แรงงานของกลุ่มไร้สัญชาติ รวมกลุ่มที่อพยพเข้ามา ทำงาน ผู้รับผิดชอบในทุกกรณีควรเป็นนายจ้าง ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์ โดยกลุ่มเจ้าของกิจการต้อง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือมูลค่าความเสียหายทั้งหมดที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติและแรงงานไร้ สัญชาติ (ที่บางกรณีไม่สามารถแยกออกจากกันได้)

ในภาพรวมของการดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยนี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม และหลังจากนั้น นำสถานการณ์ที่เป็นอยู่เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญได้ ใช้ประกอบการตัดสินใจในการเสนอแนวทางในการดำเนินการลดช่องว่างความเป็นธรรมทาง

สุขภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและนำมาสร้างเครื่องมือ เพื่อนำไปประเมินความถูกต้องตามที่ผู้เชี่ยวชาญต้องการในภาพรวม หากแต่การดำเนินด้วยกระบวนการเหล่านี้มีจุดอ่อนและข้อบกพร่องหลายประการ ดังพอสรุปได้ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้วัดความเป็นธรรม สามารถสร้างขึ้นมาให้วัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัดมากนัก้อยแค่ไหนอย่างไร และการวัดสิ่งที่เป็นธรรมให้เป็นรูปธรรมเป็นสิ่งที่ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีการสื่อสารเป็นอุปสรรคจากภาษาที่ใช้

ประเด็นนี้นับว่านักวิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นมา และเป็นแนวทางการสัมภาษณ์ โดยทำความเข้าใจกับผู้สัมภาษณ์เป็นรายข้อ รายกรณี ซึ่งจุดอ่อนที่นักวิจัยพบว่า ใช้เวลาค่อนข้างมากในการสัมภาษณ์แต่ละฉบับ หากแต่นักวิจัยเชื่อมั่นว่าสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้ และวัดจากนามธรรมเป็นรูปธรรมได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ปรากฏมากที่สุด อีกทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึง 789 คน ซึ่งน่าจะลดความคลาดเคลื่อนได้เป็นอย่างดี

2. การศึกษาวิจัยด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) เป็นการศึกษาที่ให้ผู้เชี่ยวชาญมองไปในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น และมนุษยชาติสามารถเปลี่ยนอนาคตอย่างไรด้วยการดำเนินการในปัจจุบันเพื่อให้อนาคตที่จะเกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตน้อยที่สุด หรือส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด ในกรณีอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญมักจะมองในแนวทางเดียวกัน เช่นกรณีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม กรณีโรคระบาดที่จะเกิดขึ้น กรณีเศรษฐกิจที่จะเปลี่ยนแปลงไป หากแต่ในกรณีความเป็นธรรม ปรัชญาการคิด หรือแนวคิดผู้เชี่ยวชาญแตกแยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

2.1 กลุ่มที่เห็นด้วยกับแนวคิดแบบเท่าเทียม (Egalitarianism) หรือแนวคิดแบบทุกคนมีความเท่าเทียมกันทุกๆด้าน ตั้งแต่โอกาสที่เท่ากัน (Equality of Opportunity) ได้รับสวัสดิการจากสังคมเท่าเทียมกัน และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพในท้ายที่สุดที่ใกล้เคียงกัน และ

2.2 แนวคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism) ซึ่งปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุกคน จะยอมรับเพียงการมีมาตรฐานขั้นต่ำ (Minimum Standard) ที่เท่ากัน ส่วนที่เกินจากนั้นให้เป็นสิทธิและเสรีภาพของแต่ละคนที่จะไขว่คว้าตามศักยภาพที่มี

ลักษณะผู้เชี่ยวชาญที่แยกเป็น 2 กลุ่มและมีความเห็นตรงข้ามกันเช่นนี้ ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นค่ากลางๆคือไม่สูงมากหรือต่ำมาก หรือหากแปลความหมายก็คือมีกลุ่มที่เห็นด้วยกับการให้สิทธิและสวัสดิการและกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการให้สิทธิและสวัสดิการ

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของตนเอง มากจนไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลสถานการณ์ที่นักวิจัยพยายามเสนอให้ใช้ประกอบการตัดสินใจ ซึ่งอาจส่งผล

ให้การตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ ตั้งอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แตกต่างจากการสัมภาษณ์โดยทั่วไปมากนัก โดยไม่มีข้อมูลสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสนับสนุน ซึ่งนักวิจัยควรหาวิธีการที่จะทำให้ผู้เชี่ยวชาญใช้ข้อมูลที่ได้รับมาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อประกอบการตัดสินใจ

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ด้วยกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methodology) โดยการศึกษาพบข้อสรุป วิเคราะห์ อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย (Findings)

การวิจัยนี้แบ่งการสรุปผลออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัย กล่าวคือ

ระยะที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. สรุปผลการวิจัยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่ม

2. สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Context Analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตสภาพความเป็นจริงเพื่อใช้เป็นข้อมูลยืนยันและเติมเต็มข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาในระยะที่ 1 นี้สามารถเก็บข้อมูลได้จำนวน 789 คน ชาวไทยพื้นราบจำนวน 260 คน ชาวเขาสัญชาติไทย จำนวน 272 คน และชาวเขาไร้สัญชาติจำนวน 257 คน ในพื้นที่ 10 จังหวัดภาคเหนือ

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณสองเท่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ อาชีพหลักคือเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้าง การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาโดยพบการศึกษาระดับประถมศึกษา กับมัธยมศึกษาตอนต้นเพียงเล็กน้อย รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 25,000 บาท/ปี หลักประกันสุขภาพโดยบัตรทองแบบไม่ต้องจ่ายเงินเป็นส่วนใหญ่ และใช้บัตรทองแบบต้องจ่ายเงินสมทบ พอๆกับกลุ่มไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประวัติสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวพบกลุ่มมีโรคประจำตัวประมาณ 1 ใน 3 โดยโรคที่พบมากคือความดันโลหิตสูง รองลงมาคือเบาหวานและโรคหอบหืด เมื่อไปรับบริการจากสถานบริการภาครัฐส่วนใหญ่ไม่ต้อง

จ่ายเงินค่าบริการ วิธีการเดินทางไปรับบริการส่วนใหญ่ใช้จักรยานยนต์ และใช้บริการรถโดยสารรับจ้าง แต่ยังคงพบการเดินทางไปสถานบริการ เวลาในการเดินทางจากบ้านไปสถานบริการเฉลี่ยประมาณครึ่งชั่วโมง สถานบริการที่ไปใช้บริการทั้งสามกลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มคนไทยพื้นราบใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นส่วนใหญ่ ตรงกันข้ามกับกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติที่ใช้บริการที่สถานีนอนามัยเป็นส่วนใหญ่ ส่วนกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยจะมีการใช้บริการที่ใกล้เคียงกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัย ส่วนสาเหตุการตายพบว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบมักมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ส่วนกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมักมีสาเหตุมาจากโรคติดต่อและเอดส์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าสนใจและควรนำไปเป็นประเด็นในการศึกษาในรายละเอียดของความแตกต่างนี้

2. ผลการศึกษาระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการวิเคราะห์ความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) โดยประยุกต์เพื่อใช้ในการวัดระดับความเป็นธรรมเปรียบเทียบสามกลุ่มคือ กลุ่มคนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ พบว่าระดับความเป็นธรรมเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 7 ประเด็น ($P\text{-Value} < .001$) ตัวชี้วัดประกอบด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม, ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ, ครอบคลุมและความเท่าเทียมในการให้บริการ, ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน, การตรวจสอบได้ และการมีส่วนร่วมของชุมชน, ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ, และมีประเด็นที่ไม่แตกต่างกันใน 2 ประเด็นคือ ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ($P\text{-Value} = .170$) กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ($P\text{-Value} = .227$)

จากผลการประเมิน เมื่อนำมาวิเคราะห์ขนาดของความแตกต่างของระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยค่า Z-score ซึ่งเป็นค่าที่บอกว่า ระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพเฉลี่ยของกลุ่มแตกต่างจากค่าเฉลี่ยรวมเป็นสัดส่วนเท่าไรของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผลปรากฏว่า ค่าความเป็นธรรมทางสุขภาพของคนไทยพื้นราบมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่น ($Z = .3293$) ใน 7 ประเด็น โดยประเด็นความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการมีความแตกต่างของค่าความเป็นธรรมมากที่สุด ($Z = .7298$) หรือมีความแตกต่างของค่าความเป็นธรรมสูงสุด ส่วนในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กลับพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่า Z-score ต่ำที่สุด ($Z = -.0928$ และ $Z = -.0868$ ตามลำดับ) อีกทั้งพบว่า ในภาพรวมกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยมีค่าความเป็นธรรมทางสุขภาพเฉลี่ยอยู่ตรงกลางระหว่างคนไทยพื้นราบกับชาวเขาไร้สัญชาติ ($Z = .0516$) ส่วนชาวเขาไร้สัญชาติมีค่าความเป็นธรรมทางสุขภาพเฉลี่ยต่ำที่สุด ($Z = -.3885$)

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตสภาพความเป็นจริง เพื่อใช้เป็นข้อมูลยืนยันและอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแยกสรุปรายละเอียด ดังนี้

- 3.1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3.2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ
- 3.3 ปัจจัยที่นอกเหนือจากการเงิน
- 3.4 ความครอบคลุมและความเท่าเทียมของบริการ
- 3.5 ความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน
- 3.6 การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 3.7 ความอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ใน 7 ประเด็นซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณพบว่ามีความแตกต่างกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตสภาพความเป็นจริงพบว่ามีความสอดคล้องที่จะปรากฏ เช่นนั้น ด้วยสภาพความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่มีความสอดคล้องในภาพรวม ส่วนประเด็นที่พบว่าไม่แตกต่างกันในข้อมูลเชิงปริมาณ คือประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ กับ ประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ ในข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ มีความสอดคล้องอย่างมาก จากการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมในการเข้ารับบริการของกลุ่มต่างๆ ในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนประเด็นประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม ที่ทำการศึกษาล้วนแต่ไม่ได้มีส่วนรวมในการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม ทั้ง ค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และการให้บริการที่เกินความจำเป็น เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในภาครัฐซึ่งสภาพโดยปกติยังพบการมีส่วนร่วมน้อย

ระยะที่ 2 สรุปแนวทางการดำเนินงานจากความคิดเห็นหลายฝ่ายในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

4. การดำเนินการสนทนากลุ่ม

ผลการดำเนินการจัดทำสนทนากลุ่ม(Focus Group) ในกลุ่มชาวเขาเผ่าต่างๆ ทั้งที่มีและไม่มีสัญชาติและเชื้อคนไทยเข้าร่วมในบางกลุ่มที่อาศัยในพื้นที่เดียวกัน โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ 2549 – เดือนพฤษภาคม 2550 ในกลุ่มชาวเขา 6 เผ่า คือ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า ถิ่น อาข่า และ มูเซอ และคนไทย ปรากฏผลดังนี้

4.1 สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)

ข้อค้นพบในการสนทนากลุ่ม กลุ่มชาวเขาทั้งสัญชาติไทยและไร้สัญชาติพบว่าแม้แต่ชาวเขาไร้สัญชาติด้วยตนเอง ก็มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวเขากลุ่มที่อาศัยอยู่ร่วมกับคนไทยพื้นราบหรือพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มคนไทยพื้นราบและมีวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความพันกันเป็นเวลายาวนาน ก็จะมีสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงคนไทยมากขึ้นและวิถีชีวิตนี้เองที่ส่งผลโดยตรงต่อสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกับกลุ่มคนไทยพื้นราบน้อยลง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่อพยพเข้ามาใหม่หรืออพยพจากป่าเข้ามาอาศัยเขตใกล้ชุมชน ซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก วิถีชีวิตต้องอาศัยทรัพยากรจากป่าตามวิถีดั้งเดิม ภาษาพูดที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้หรือสื่อสารได้ไม่ดี ส่งผลโดยตรงต่อวิถีชีวิต ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับสถานะสุขภาพอย่างแยกไม่ออก แต่ก็พบคำพูดบางคำที่เราต้องนำไปพิจารณาต่อในฐานะ “นักวิชาการ” เช่น “สิ่งที่เป็นอยู่ในตอนนี้เราก็มีความสุขดี ทำไมต้องให้เราออกจากป่า” หรือ “อย่าเอาคนเมืองมาเปรียบเทียบเรา เรามีความสุขมากกว่าคนเมืองแน่ๆ” (แปลผ่านล่าม) วิถีชีวิตที่ลำบากในมุมมองของนักวิชาการหรือคนเมืองโดยทั่วไป กลับกลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุขในวิถีของกลุ่มชาวเขาเอง ดังนั้น ความต้องการในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติจึงขึ้นกับบริบทของแต่ละจังหวัด แต่ละเผ่า ที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเผ่าม้งในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ถึงแม้ว่าจะไม่มีสัญชาติแต่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานทุกคน แต่ก็อาจเนื่องมาจากสัดส่วนกลุ่มไร้สัญชาติในอำเภอนครไทย มีน้อย ซึ่งแตกต่างจาก กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเผ่ามูเซอ ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานในสัดส่วนที่น้อยกว่า การได้รับการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อระดับฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและวิถีชีวิต ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสถานะสุขภาพ แต่สิ่งที่ชาวเขาไร้สัญชาติทุกกลุ่มต้องการเหมือนกันคือ ต้องการมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย ต้องการได้รับการขั้นพื้นฐาน และในมุมมองชาวเขา การได้มาซึ่ง “สัญชาติไทย” จะสามารถเติมเต็มสิ่งที่ขาดหายไป

4.2 อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)

ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับการได้รับหลักประกันสุขภาพ กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะเป็นกลุ่มที่รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพ ในกรณีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการที่ให้ฟรีกับทุกกลุ่มก็จะไม่เกิดปัญหา แต่หากเป็นการรักษาพยาบาล กลุ่มไร้สัญชาติจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เอง ก็จะเป็นอุปสรรคกับการเข้าถึงบริการ จากวิเคราะห์เชิง

เนื้อหาการสนทนา อุปสรรคทางการเงินมักจะเกิดขึ้นในกรณีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยเอง รวมไปถึงจนถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ที่สถานบริการเรียกเก็บ หากไม่มีเงินหรือมีเงินไม่พอ กลุ่มผู้ป่วยไร้สัญชาติก็จะยืมจากญาติพี่น้องไปก่อน โดยการจ่ายคืนอาจเป็นเงินหรือแรงงานที่ทดแทนกัน สิ่ง que การสนทนามกลุ่มเสนอเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมนี้เป็นการยกเลิกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และหากจะเพิ่มเติมให้เป็น “สิทธิ” ก็จะเป็นสิ่งที่พิเศษสำหรับกลุ่มไร้สัญชาติ

4.3 ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)

ปัจจัยสำคัญที่นอกเหนือจากเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการในมุมมองของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ “ภาษา” ทั้งวัจนภาษาและ อวัจนภาษา ในที่นี้หมายถึงรวมถึงการพูด การอ่านและการเขียน เนื่องจากชาวเขาบางกลุ่มสื่อสารด้วยภาษาไทยได้น้อย เช่น ชาวเขาเผ่ามูเซอ ในอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ ชาวเขาเผ่าอาข่า ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย การสื่อสารจะส่งผลต่อการรับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ยกตัวอย่าง การนัดหมายการรับวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี มารดาของเด็กที่ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ อ่านหนังสือไทยไม่ออกและเขียนไม่ได้ จะไม่ทราบว่าสมุดคู่มือที่ได้มามีความหมายและความสำคัญอย่างไร นัดหมายรับบริการครั้งต่อไปเมื่อไหร่ ส่งผลให้เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ หรือผลจากการสื่อสารไม่เข้าใจส่งผลเสียหลายประการ เช่น ชาวเขาสูงอายุเข้ารับบริการและไม่มีญาติมาด้วย (ญาติทำธุระในตัวอำเภอแล้วถึงคิวรับบริการ) เจ้าหน้าที่พยายามสื่อสารแต่ก็ไม่สามารถเข้าใจได้ ส่งผลให้มีการใช้ยาที่ไม่สุภาพหรือคำพูดที่อาจไม่เหมาะสมในมุมมองผู้รับบริการ แต่เนื่องด้วยการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการก่อก่อบเป็นเวลากว้างเพียง ซึ่งมุมมองผู้ให้บริการเองก็น่าเห็นใจ กรณีดังกล่าวบุคคลที่สนทนามกลุ่มกำลังนำเสนอสภาพปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารอย่างชัดเจน

ปัจจัยอื่นก็สำคัญลดหลั่นกันลงไป เช่น พาหนะ การเดินทาง ระยะทาง สภาพภูมิศาสตร์ของหมู่บ้านรวมถึง ฤดูกาล ฯลฯ ทั้งนี้ ข้อสรุปที่นำเสนอนี้เป็นภาพรวม แต่ในรายละเอียด มีความแตกต่างจากภาพรวมบ้าง เช่น ชาวเขาเผ่าถิ่น(คะซิ่น) จะประสบปัญหาเรื่องภาษาน้อยหรือแทบไม่มีเลย ส่วนชาวเขาเผ่าลาหู่ (มูเซอ) จะประสบปัญหาเรื่องภาษา เป็นต้น

แนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพในมุมมองของกลุ่มสนทนาที่เสนอ เป็นการให้อาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเหลือในการรับบริการตามนัดหมาย ส่วนประเด็นการไปรับบริการถึงแม้จะพบปัญหาอยู่บ้าง แต่ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และจะดียิ่งขึ้นไปตามระยะเวลาที่ผ่านมา จากการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนไทยและระดับการศึกษาที่ดีขึ้นเป็นลำดับ

4.4 ความครอบคลุมและเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)

ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการสุขภาพจะสอดคล้องไปกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งพบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยพบว่า แม้จะเป็นกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเหมือนกัน เช่น กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติในจังหวัดน่าน จะสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่า มีความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพมากกว่าอย่างเห็นได้ชัด พุดเหมือนคนพื้นเมืองทั่วไป แตกต่างจาก กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติในจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดตากที่พูดภาษาไทยได้น้อยกว่า ไม่เข้าใจระบบบริการสุขภาพและบางคนไม่รู้ว่ เอกสารการนัดหมายรับบริการมีไว้เพื่อวัตถุประสงค์ ไม่สามารถบอกได้ว่าวันนัดรับบริการครั้งต่อไปคือวันไหน การรับวัคซีนป้องกันโรค เมื่อรับแล้วทำไมต้องเป็นไข้ (แปลผ่านล่าม) "ไม่ออกไปฉีดวัคซีน ฉีดแล้วลูกไม่สบาย" แต่บางคนในกลุ่มเดียวกันเองก็สามารถรู้และเข้าใจได้ในการรับวัคซีน ว่ารับแล้วอาจมีไข้ได้ เป็นกระบวนการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค ข้อเสนอในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงขึ้นกับบริบทของแต่ละเผ่า ในแต่ละจังหวัด

4.5 ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)

ชาวเขาไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะต้องจ่ายค่าบริการ ณ จุดบริการ ในขณะที่กลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพ ไม่ต้องจ่ายค่าบริการในส่วนนี้ ในกรณีที่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติไม่มีเงิน สถานบริการของรัฐบางแห่ง จะให้ผู้ป่วยค้างจ่ายและต้องหาเงินมาชำระต่อไป และกลุ่มไร้สัญชาติก็พยายามเข้าใจในความแตกต่างนี้ เช่น "ค้างหมอไว้ มีเงินก็ค่อยๆ ทายจ่ายไป จนหมด เขาช่วยเหลือเรา เราต้องจ่ายช่วยเหลือเขา" ข้อเสนอในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากทุกกลุ่มคือการได้รับ "สิทธิ" หรือการได้รับบัตรประกันสุขภาพ โดยเป้าหมายสูงสุดคือการได้รับ "สัญชาติ"

4.6 ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)

ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ในที่นี้เสนอเฉพาะมุมมองเรื่องความพึงพอใจในการรับบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ โดยพบว่ากลุ่มชนทนาจะมีความพึงพอใจในระดับมากในสถานบริการทุกระดับ กรณีที่ไม่ประทับใจที่พบ แต่เป็นจำนวนน้อย เช่น การที่เจ้าหน้าที่ไม่อยู่ประจำสถานบริการในเวลาจำเป็นฉุกเฉิน หรือมีความต้องการอยากให้มีสถานบริการที่ใกล้บ้านมากกว่าที่เป็นอยู่ เมื่อเจ็บป่วยไม่ยอมเดินทางไปไกลๆ และในกรณีที่ไปรับบริการแล้วไม่เจอเจ้าหน้าที่ "หมอน้อย บางทีไปแล้วไม่เจอ ต้องรอนาน หมอไปทำงานข้างนอกกว่าจะกลับ" เป็นตัวอย่างกรณีเจ้าหน้าที่ประจำสถานอนามัยซึ่งบางแห่งมีเพียงสอง

คน และไปราชการนอกหน่วยบริการ แนวทางที่เสนอเป็นลักษณะของการลดระยะทางในการไปรับบริการด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการกระจายหน่วยบริการไปในพื้นที่ห่างไกล, ลดระยะเวลาการรอคอยบริการ คือเมื่อไปรับบริการก็พบหมอ และพร้อมให้บริการ

4.7 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ซึ่งครอบคลุมกระบวนการบริหารจัดการ สุขภาพ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเด็นนี้กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบริหารจัดการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระดับตำบลหรือหมู่บ้าน มีเฉพาะในระดับครอบครัว เกี่ยวกับการ ใช้สมุนไพรที่มีปรากฏอยู่บ้าง แต่ก็ปรากฏในจำนวนน้อย การไปรับบริการสุขภาพในสถานบริการ หรือคลินิก มีความสะดวกกว่าและหายเร็วกว่า การใช้สมุนไพรจะเห็นภาพชัดบางกรณีเช่น ชาวเขาเผ่าม้งมีการต้มน้ำให้สุกและใส่สมุนไพรลงไปแล้วเก็บไว้ดื่ม จะไม่ดื่มน้ำดิบ(น้ำที่ไม่ผ่านการต้ม) เป็นต้น เป็นวิธีการที่ดีในการป้องกันโรคทางเดินอาหาร เป็นวัฒนธรรมที่เป็นการดูแลสุขภาพ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

4.8 การตรวจสอบได้/การมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)

กลุ่มชาวเขามีส่วนร่วมไม่มากนัก ทั้งในการตรวจสอบและกระบวนการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่เป็นการสั่งการในแนวตั้ง กลุ่มที่มีส่วนร่วมจะมีเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และกลุ่มที่มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการ เช่น สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนกลุ่มไร้สัญชาติ จะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งการตรวจสอบและการมีส่วนร่วม ข้อเสนอของกลุ่มเป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมในลักษณะการร่วมดำเนินการ เช่น การรณรงค์เพื่อสาธารณะประโยชน์ต่างๆ

4.9 ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

อาจเนื่องจากการที่กลุ่มคนไร้สัญชาติต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ไม่ว่าจะไปรับบริการที่ใดก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ดังนั้นโอกาสในการพิจารณาเลือกบริการในสถานบริการที่สะดวกที่สุด ซึ่งมักเป็นสถานบริการภาคเอกชน แต่มักเป็นบริการรักษาพยาบาลเท่านั้น ส่วนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสภาพมักจะใช้บริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากบริการเหล่านั้น ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

ข้อสรุปการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสนทนากลุ่ม พบข้อสรุปที่สำคัญ ดังนี้

1. สิ่งที่คาดหวังของสมาชิก ที่มีความเห็นร่วม ว่ามีความสำคัญและจำเป็น

1.1 การได้รับหลักประกันสุขภาพ

- 1.2 กลุ่มที่ไร้สัญชาติ ต้องการร้องขอรับสัญชาติไทย เพื่อสิทธิต่างๆ ที่จะตามมา
- 1.3 การได้รับสิทธิในการศึกษาและการพัฒนาตนเองเพื่อการมีชีวิตที่ดีกว่า
2. สิ่งที่เหมาะสมกลุ่มยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่และให้ความสำคัญที่น้อยกว่า
 - 2.1 ความเป็นอยู่ สภาพที่เป็นจริงและสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต
 - 2.2 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นที่นอกเหนือจากค่าบริการทางสุขภาพ
 - 2.3 ยอมรับในความแตกต่างในเรื่องชาติพันธุ์ ที่มีความด้อยกว่าชนกลุ่มใหญ่ แต่มี

ความภาคภูมิใจในชนเผ่าของตนเอง

5. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้วยกระบวนการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research: EDFR

ประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ พบรายละเอียดการประเมิน ดังนี้

5.1 การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

- 5.1.1 จัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับกลุ่มคนบนพื้นที่สูงไร้สัญชาติ
- 5.1.2 จัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติให้เป็นปัจจุบัน
- 5.1.3 จัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรระดับหมู่บ้าน/ตำบลเข้ารับการศึกษา

ในระดับอนุปริญญา และมีสัญญาผูกพันระยะยาวให้ปฏิบัติงานในระดับหมู่บ้าน/ตำบลโดยความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.2 กระบวนการสร้างคุณภาพตามมาตรฐาน

- 5.2.1 มีมาตรฐานบริการสุขภาพเดียวกันทั้งระบบ
- 5.2.2 มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพทุกสถานบริการ

5.3 การจัดการภาคกฎหมาย และที่เกี่ยวข้อง

- 5.3.1 มีกฎหมายรองรับการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับการจัดบริการ

ระดับปฐมนุญ

- 5.3.2 มีกฎหมายการรับรองการให้สัญชาติเฉพาะกรณีที่ได้รับแต่ละพื้นที่โดย

ให้อำนาจแก่ผู้ว่าราชการจังหวัดในการพิจารณาเป็นกรณีเฉพาะ

5.4 การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 5.4.1 กระจายกิจกรรมบริการสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ

โดยมุ่งเน้นการจัดบริการปฐมนุญด้วยกระบวนการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่เข้าศึกษาและกลับมาทำงานที่บ้านเกิด

- 5.4.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการในการจัดบริการสุขภาพ

อภิปรายผล (Discussions)

1. กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน(Multistage cluster sampling) ลดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม ด้วยการใช้ค่า Deff (Design Effect) ที่สูงสุดคือ 2 ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) มีจำนวนมาก ทำให้ค่าความเที่ยงของค่าสถิติ มีค่าเข้าใกล้ค่าพารามิเตอร์ ลดความคลาดเคลื่อนได้เป็นอย่างดี หากแต่เงื่อนไขในการเลือกคือกลุ่มคนที่เคยเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และอายุ 15-70 ปี เมื่อดำเนินการสุ่มในสถานบริการและนำข้อมูลลงสู่กลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน พบว่าจะต้องมีการสุ่มเพื่อไว้จำนวนมาก เนื่องจากกลุ่มที่ถูกสุ่มจำนวนมากไม่อยู่บ้าน กอปรกับนักวิจัยมีข้อจำกัดด้านเวลา ไม่สามารถรอเพื่อสัมภาษณ์ตามที่สุ่มในครั้งแรกได้ จึงต้องเลื่อนลำดับถัดไปขึ้นมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่บ้าน เป็นข้อจำกัดของข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

2. การประเมินสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ปรากฏในการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่าทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7 ประเด็น ($P\text{-Value} < .001$) ประกอบด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม, ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ, ครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ, ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน, การตรวจสอบได้ และการมีส่วนร่วมของชุมชน, ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ, ยกเว้นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ($P\text{-Value} = .170$) กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ($P\text{-Value} = .227$) ที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า Z-score พบว่า กลุ่มคนไทยพื้นราบมีค่ามากกว่ากลุ่มอื่นใน 7 ประเด็น โดยประเด็นความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ มีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุดหรือมีความแตกต่างของค่าความเป็นธรรมสูงสุด หากแต่ในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กลับพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่า Z-score ต่ำที่สุด และพบว่ากลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยมีค่า Z-score อยู่ตรงกลางระหว่างคนไทยพื้นราบกับชาวเขาไร้สัญชาติ ข้อมูลการศึกษาเชิงปริมาณที่ได้ ควรวิเคราะห์และตีความร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่จะช่วยเติมเต็มและอุดช่องว่างของข้อมูลได้เป็นอย่างดี เนื่องจากนักวิจัยพบว่า เมื่อตีความจากข้อมูลที่วิเคราะห์แล้ว ในหลายประเด็น ไม่สามารถตีความแบบตรงไปตรงมาได้ หากขาดข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุน จะพบว่าในหลายประเด็นมีความอ่อนด้อยในเชิงวิชาการอย่างมาก เช่น การวัดเปรียบเทียบเชิงปริมาณประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ

ผลการประเมินคือ กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติมีค่า Z-score สูงสุด กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยมีค่า Z-score ระดับกลาง และคนไทยพื้นราบมีค่า Z-score ต่ำสุด แต่เมื่อแปลผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เนื่องจากคุณภาพ ตามความหมายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข คือลักษณะอันมีอยู่ในตัว (Inherent characteristics) ของสิ่งต่างๆที่สามารถทำให้เกิดความรู้สึกได้สามประการคือรู้สึกยอมรับ รู้สึกอยากได้ในขณะที่มีทางเลือก และรู้สึกชื่นชมเมื่อได้รับสิ่งที่มีลักษณะนั้นแล้ว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550, หน้า 5) ซึ่งจะเห็นได้ว่า “คุณภาพ” ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้ให้ค่า ค่า Benchmark score ข้างต้นไม่ได้หมายความว่ากลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติได้รับบริการที่มีคุณภาพดีที่สุด กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยได้รับบริการที่มีคุณภาพระดับกลาง และคนไทยพื้นราบได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำสุด แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบการศึกษาเชิงปริมาณกลับแปลความหมายได้ว่า ระดับความคาดหวังมีผลต่อการตอบคำถามอย่างยิ่ง โดยที่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติเป็นกลุ่มที่ไม่มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เขาเหล่านั้นรับรู้และมีความเข้าใจในสภาพดังกล่าวอยู่แล้ว จึงมีความคาดหวังในบริการในระดับที่ต่ำกว่าเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับความคาดหวังของกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยและคนไทยพื้นราบ ที่มีความคาดหวังในคุณภาพบริการที่สูงกว่า ด้วยมีความรู้ดีกว่ามีสิทธิพลเมือง กอปรกับระดับความรู้ การศึกษา ระดับเศรษฐกิจฐานะและระดับชั้นในสังคมที่สูงกว่า เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่มกับค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มที่มีระดับความเป็นธรรมสูงสุดคือกลุ่มคนไทยพื้นราบ รองลงมาคือกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติเป็นกลุ่มที่มีระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยรวมต่ำสุด และในความต่างนั้นในแต่ละประเด็นของความเป็นธรรมทางสุขภาพ ความกว้างของช่องว่างก็แตกต่างกันออกไป ซึ่งประเด็นความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการเป็นประเด็นที่มีความแตกต่างหรือมีช่องว่างระหว่างกลุ่มสูงสุด โดยจากข้อมูลเชิงลึกพบว่าในหลายประเด็นที่มีความต่างนั้น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก ซึ่งในการแก้ไขหรือการลดช่องว่างระหว่างกลุ่มนั้น ก็จะต้องดำเนินการแก้ไขไปอย่างเป็นภาพรวม และใช้แนวทางในการลดช่องว่างที่เป็นกลุ่มของประเด็น เช่น ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิ ประเด็นเกี่ยวกับงบประมาณ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เป็นต้น

ข้อด้อยของข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเชิงคุณภาพ จะปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัดในกรณีที่นักวิจัยต้องสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม ผ่านล่าม การนำเสนอข้อมูลที่เป็นคำพูด จะเป็นคำพูดที่ไม่ใช่จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ แต่ส่วนใหญ่เป็นการสรุปความรวมของการพูดคุยในแต่ละประโยค ซึ่งข้อมูลอาจขาดหายหรือกลายเป็นคำพูดที่ถูกดัดแปลงให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น

จากการแปลของล่าม และคำที่แสดงถึงทัศนคติใน หรือเข้าถึงแก่นแท้ของคำ จะลดน้อยลง ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการแปลผ่านล่าม ลดความน่าเชื่อถือลง แต่ประเด็นเหล่านี้ นักวิจัยมีความพยายาม มีความตระหนัก และระมัดระวังในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี

3. เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness)

การศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) 9 กลุ่ม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ร่วมกับวิทยาลัยการสาธารณสุขแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (The School of Public Health, Harvard University) โดยนักวิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงมีข้อควรพิจารณาในประเด็นการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ในกรณีนี้การใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) เป็นการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้ความเห็นของกลุ่มตัวอย่างนำไปเปรียบเทียบ (Benchmark) กับสังคมในภาพรวม โดยใช้ภาพรวมของสังคมเป็นบรรทัดฐาน ทั้งกลุ่มคนไทยพื้นราบ กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ ที่ได้รับบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพ (Health Need) และเข้ารับบริการในสถานบริการภาครัฐ ซึ่งค่าคะแนนที่ได้จะเป็นภาพที่บอกว่า ตนเองได้รับบริการทางสุขภาพอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมโดยทั่วไป ฉะนั้นการให้ค่าจึงเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (Individual) ที่จะใช้ดุลยพินิจ และวิจารณญาณในการให้ค่า ในมุมมองนักวิชาการหลายท่านอาจมองว่ามีความไม่แน่นอนในการให้ค่าหรือมีความคลาดเคลื่อนสูง ซึ่งในข้อเท็จจริงอาจเป็นเช่นนั้น หากแต่เป็นที่เข้าใจว่า ในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือชนิดใด ที่สามารถวัดระดับความเป็นธรรมระหว่างกลุ่ม ทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวได้ดี ในการดำเนินการวิจัยนี้ จึงเป็นการพัฒนาเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างหนึ่ง และในมุมมองในทางตรงกันข้าม สิ่งที่กลุ่มเป้าหมายให้ค่าความรู้สึกเป็นค่าคะแนน ซึ่งเป็นลักษณะของนำสิ่งที่ป็นนามธรรมคือความรู้สึกว่าเป็นธรรมหรือไม่เป็นธรรม มาแปลงค่าเป็นเชิงปริมาณหรือคะแนนโดยตนเองรู้สึกอย่างไร เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับคนอื่นในสังคม ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับการตัดสินใจให้ค่าว่าเป็นธรรมหรือไม่เป็นธรรม กลุ่มชนที่ใช้ความรู้สึกเหล่านี้เป็นตัวตัดสิน ไม่ได้อ้างอิงหลักเกณฑ์หรือวิชาการ แต่กลับอ้างอิงตนเองเมื่อเทียบกับคนอื่น ตนมีสถานะเป็นอย่างไร เป็นธรรมหรือไม่เป็นธรรม เทาเทียบกับคนอื่นหรือไม่ ในระดับใดและอย่างไร

3.2 การสร้างแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพมีความสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการวัดหรือไม่ อย่างไร เป็นข้อคำถามที่นักวิจัยต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก ในการประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) และต้องมี

ความเข้าใจในรายละเอียดที่เป็นหลักเกณฑ์ภายในเครื่องมือเอง และดำเนินการสัมภาษณ์เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นดังกล่าว ถึงแม้ในเรื่องเดียวกัน การมองและการตีความของนักวิชาการเองก็อาจแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากในหลายๆประเด็นมีความเกี่ยวเนื่อง เชื่อมโยงกัน และบางประเด็นต้องใช้มุมมองในทฤษฎีที่แตกต่างกัน ในหลายกรณีจึงมักมีคำถามในทางตรงกันข้ามกับที่นักวิจัยตีความ ดังนั้นการตีความในหลายกรณี จึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจในบริบทและ อาจใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยสนับสนุน และควรใช้ความระมัดระวังในการตีความเป็นอย่างยิ่ง

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในงานวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ซึ่งบางกรณีไม่สามารถถามอย่างตรงไปตรงมาได้ จะต้องพูดคุยและอธิบายจนผู้ให้สัมภาษณ์มีความเข้าใจตรงกับที่นักวิจัยต้องการ แล้วจึงให้ค่า ดังนั้น ข้อจำกัดที่พบจึงมักเป็นเรื่องของเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ที่มักจะใช้เวลามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสัมภาษณ์ผ่านล่าม

3.3 ในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ล่ามในการสัมภาษณ์มีความเข้าใจตรงกันหรือวัดได้ในสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ เป็นประเด็นที่จะต้องมีการยืนยันคำตอบด้วยการสัมภาษณ์แวดล้อมยืนยัน ในข้อคำถามที่มีความสลับซับซ้อนต้องมีการทบทวนและยืนยันด้วยคำถามที่มีตรรกะสอดคล้องหรือขัดแย้งกับสิ่งที่นักวิจัยได้รับคำตอบในคำถามก่อนหน้านี้ ดังนั้น อาจพบว่าแนวคำถามในเครื่องมือเป็นแนวคำถามที่กำหนดไว้เพื่อการตรวจสอบและยืนยันข้อมูล แต่สิ่งสำคัญกลับกลายเป็นประเด็นเรื่องเวลาของนักวิจัยในการสัมภาษณ์หรือตรวจสอบข้อมูล ให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด ซึ่งหากพบกรณีบางกรณีก็ต้องใช้เวลาที่ค่อนข้างมาก ซึ่งอาจเป็นจุดอ่อนที่จะต้องหาวิธีการแก้ไขต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูลที่ตีในกรณีการประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) จะต้องมีการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบไปด้วยเนื่องจากการตีความในหลายประเด็น ไม่สามารถตีความอย่างตรงไปตรงมาได้ ดังที่กล่าวแล้ว ดังนั้นในการตีความจึงควรระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3.5 ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจแตกต่างจากภาพที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในภาพรวม อันเนื่องมาจากกลุ่มคนไทยพื้นราบที่ใช้ในการศึกษานี้ไม่ใช่ภาพของคนไทยทั้งหมดในภาพรวม เนื่องจากกลุ่มคนไทยพื้นราบในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่อาศัยในเขตชนบทและมีที่อยู่ใกล้เคียงกับกลุ่มชาวเขา ซึ่งโดยปกติจะมีชุมชนในบริเวณที่เป็นชายขอบและพื้นที่สูงในชนบท ดังนั้นกลุ่มคนไทยโดยภาพรวมของการศึกษานี้เป็นภาพของประชาชนในเขตชนบททั้งสิ้น อาจไม่สามารถอ้างอิงสู่ประชากรที่เป็นภาพรวมของประเทศไทย ได้

3.6 เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) ที่นำมาใช้ในการประเมินเปรียบเทียบครั้งนี้ อาจพิจารณาเกณฑ์ข้อ 7 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency) ซึ่งประเด็นนี้ในความเห็นส่วนตัวของนักวิจัยโดยอาศัยประสบการณ์ตรงจากการนำเครื่องมือเข้าไปดำเนินการประเมินกลุ่มประชาชน ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับการวัดและการนำไปประยุกต์ใช้วัดกับประชาชน อาจไม่เหมาะสม เนื่องจากประชาชนมีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นนี้น้อยมาก จนบางคนบางกรณีไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเลย ค่าที่ได้อาจไม่ตรงกับกับเนื้อหาของคำว่า “ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ”

4. การศึกษาเพื่อหาแนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ จากความคิดเห็นหลายฝ่ายเพื่อจัดทำ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion)

การศึกษาระยะที่ 2 ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม กลุ่มคนไร้สัญชาติในพื้นที่เพื่อหาแนวทางการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยนักวิจัยเสนอข้อมูลสถานการณ์ในระยที่ 1 พบข้อสรุปในการสนทนากลุ่มที่สำคัญ คือสาเหตุที่สำคัญในมุมมองชาวบ้านคือการได้รับหรือไม่ได้รับสัญชาติ และต้องการแนวทางการดำเนินการขอสัญชาติตามกระบวนการที่ถูกต้องและเป็นรูปธรรม เพื่อสิทธิต่างๆ ที่ตามมาควรมีการดำเนินการอย่างจริงจังและรวดเร็ว เพื่อการได้รับสิทธิรักษาพยาบาลในประเด็นการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ และสิทธิในการเดินทางโดยเฉพาะเกี่ยวเนื่องกับการใช้พาหนะในการเดินทางเมื่อเจ็บป่วย อุปสรรคในการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเดินทาง การไม่รู้ข้อมูลสถานบริการและการรักษาพยาบาล ความไม่เข้าใจในรายละเอียดแต่เมื่อถึงสถานบริการแล้วจะได้รับบริการที่ดีเช่นเดียวกับประชาชนคนไทยโดยทั่วไป อาจแตกต่างกันกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ทั้งนี้ในการสนทนากลุ่มที่ดำเนินการ ตั้งอยู่บนพื้นฐานการเปรียบเทียบที่นำตนเอง(ชาวเขาไร้สัญชาติ) ไปเทียบเคียงกับผู้ป่วยรายอื่นที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งคนไทยทั่วไป ชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายประการที่ชาวเขาเองก็มีมุมมองไม่แตกต่างจากนักวิชาการโดยทั่วไป เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีชีวิตสุขภาพ และอื่นๆ เป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของกลุ่มชน แต่ความคาดหวังของเขาเหล่านั้นหากจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจต้องมองกลับมาดูประเด็นของสิทธิในระบบหลักประกัน เป็นความจริงที่ว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องไปรับบริการในสถานบริการ ถึงแม้ว่าไม่มีสิทธิใดๆ ก็ได้รับบริการที่ไม่แตกต่างกันกับผู้ที่มีสิทธิ แต่ความรู้สึกที่ใช้ในการตัดสินใจไปรับบริการกับไม่ไปรับบริการในกรณีที่มีหลักประกันกับไม่มีหลักประกันใดๆ และไม่มีเงิน แตกต่างกันโดย

สิ้นเชิง เมื่อกลุ่มไร้สัญชาติและไร้สิทธิเจ็บป่วย จะไม่ไปรับบริการรักษาพยาบาล ปล่อยให้จนอาการรุนแรงเป็นข้อมูลสนับสนุนที่ดียิ่ง ประเด็นนี้นักวิจัยเห็นพ้องที่ภาครัฐควรมีการจัดการที่เหมาะสมในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากการบริโภคหรือการปฏิเสธการบริโภคสินค้าและบริการทางสุขภาพ มีผลกระทบภายนอก กล่าวคือ หากกลุ่มไร้สัญชาติป่วยด้วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรค แล้วไม่ไปรับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เชื้อไปยังประชาชนที่อยู่รอบข้าง ทำให้เกิดการระบาดของวัณโรคได้ง่ายขึ้น ผลเสียเหล่านี้ จะทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพและทรัพยากรสาธารณสุข เมื่อมีการติดเชื้อจำนวนมากติดตามมา

4.2 แนวทางการดำเนินการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการศึกษาโดยการเสนอข้อมูลระยะที่ 1 ซึ่งเป็นสถานการณ์ความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แก่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อทราบถึงสถานการณ์และแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดกว้างไม่จำกัดขอบเขต เพื่อเป้าหมายในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มให้แคบลง การสัมภาษณ์ที่ดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) จะได้ประเด็นที่หลากหลาย นักวิจัยต้องพยายามนำประเด็นต่างๆ เหล่านี้วิเคราะห์และสังเคราะห์ ให้ได้ประเด็นที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางคำถามในระยะที่ 2 โดยมีเป้าหมายลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม โดยผลที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งนักวิจัยใช้คำว่า “มุมมองหลายฝ่าย” จะมีความแตกต่างในมุมมองค่อนข้างมาก โดยที่ผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์ จะเสนอมุมมองที่ยึดตนเองเป็นหลัก และมุมมองที่ให้สัมภาษณ์แก่นักวิจัย จะตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และตำแหน่งของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก นักวิจัยต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งที่ได้รับ มานำเสนอให้เป็นแนวทางในการดำเนินการที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้เป็นแนวทางการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพให้ได้ โดยที่นักวิจัยจะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการขอรับคำปรึกษาจากที่ปรึกษาและดำเนินการ หากนักวิจัยที่ขาดประสบการณ์และขาดที่ปรึกษาวิจัยที่ดี จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อผลการศึกษาที่ได้รับและความสำเร็จของงาน ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ได้รับคำแนะนำและให้คำปรึกษาโดยคณะที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) โดย นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พร้อมทั้งคณะ ได้ให้คำปรึกษารวมทั้งการประสานงานผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอสัมภาษณ์

จากข้อสรุปจากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีมุมมองที่หลากหลายทางความคิด เมื่อนำปรัชญาเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มี

ปรัชญาแนวความคิดเท่าเทียม (Egalitarianism) และกลุ่มที่มีปรัชญาแนวความคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism)

กลุ่มที่ 1 มีปรัชญาแนวความคิดแบบเท่าเทียม (Egalitarianism)

ผู้เชี่ยวชาญที่มีแนวคิดในกลุ่มนี้ ซึ่งประกอบไปด้วย กลุ่มนายทหาร นักบริหารระดับสูง ระดับจังหวัดของกระทรวงมหาดไทย นักสิทธิมนุษยชน ผู้แทนกลุ่มชาวเขาและผู้แทนองค์การระหว่างประเทศ มีสัดส่วนประมาณ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด โดยที่มักจะเป็นบุคคลที่ได้พบเห็นสภาพปัญหา ประสบกับข้อเท็จจริงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ มีแนวคิดว่าการสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียม จะช่วยลดปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังจะส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บัตพงษ์ เศษสมบุรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล ที่พบว่า “สังคมใดยึดถือนโยบายความเท่าเทียม มักมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิตประชาชนที่ดีกว่า” (บัตพงษ์ เศษสมบุรณ์และอนุพงศ์ สุจริยากุล, 2544, หน้า 5) ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้ สนับสนุนให้เกิดการรับรองสิทธิและให้สัญชาติแก่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ เพื่อการสร้างความเท่าเทียมขั้นพื้นฐาน ให้แก่กลุ่มชนต่างๆในประเทศ ส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆเป็นไปโดยง่ายโดยเฉพาะการแพทย์และสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบภายนอกจากการบริโภคหรือการงดบริโภคของกลุ่มคนหรือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคติดต่อที่มีภาวะระบาดอย่างรวดเร็ว อหิวาตกโรค เป็นต้น และเชื่อว่าการมีสัญชาติ จะส่งผลให้สิทธิต่างๆตามมา หากแต่ต้องดำเนินการอย่างรัดกุม สอดคล้องสอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีบริบทในแต่ละจังหวัดที่แตกต่างกัน หากขาดความรัดกุมอาจก่อให้เกิดความเสียหายและการทุจริตในการดำเนินการ รวมถึงเกิดการแอบอ้างขอสัญชาติได้

กลุ่มที่ 2 มีปรัชญาแนวความคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism)

จากการสังเกตของนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มที่ดูแลงบประมาณภาครัฐ ที่ทราบข้อจำกัดของการใช้จ่ายงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญมีแนวคิด “สิทธิพลเมือง” จะต้องแตกต่างจาก “สิทธิมนุษยชน” และกลุ่มคนไร้สัญชาติ เป็นกลุ่มที่ไม่ได้จ่ายภาษีทางตรงให้แก่รัฐ ย่อมมีความแตกต่างจากกลุ่มคนที่จ่ายภาษี และเมื่อมองย้อนกลับ หากกลุ่มชนต่างๆในประเทศไทยได้รับสิทธิทุกอย่างเท่าเทียมกันหมดอาจไม่เป็นธรรมต่อคนไทยที่ต้องจ่ายภาษี และการให้สิทธิใดๆแก่กลุ่มไร้สัญชาติ ก็จะทำให้รายจ่ายหรือภาระผูกพันด้านงบประมาณที่รัฐบาลจะต้องรับภาระ การดำเนินงานแต่ละอย่างควรดำเนินไปอย่างระมัดระวัง ทั้งนี้จะต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันการอพยพเข้าประเทศผิดกฎหมายเพื่อสิทธิและผลประโยชน์ต่างๆ

การผลักดันข้อเสนอเหล่านี้นับเป็นเรื่องที่ทำทนาย เนื่องจากหากดำเนินการสำเร็จ และมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม จะเป็นสิ่งที่สามารถลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มลงได้อย่างมาก ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญบางท่านได้นำเสนอความแตกต่างเหล่านี้กับสถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในประเด็นของความเป็นธรรมที่ภาครัฐดำเนินการ ซึ่งส่งผลอย่างเป็นรูปธรรมในระยะยาวซึ่งการแก้ไขปัญหานั้น จะต้องใช้งบประมาณ บุคลากรจำนวนมาก และอาจต้องใช้เวลาานาน จึงจะสามารถแก้ไขให้เกิดความสงบลงได้ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นยากที่จะประเมินเป็นตัวเลขน สถานการณ์ของชนกลุ่มน้อยหรือชาวเขาบนพื้นที่สูงถึงแม้ว่าจะมีบริบทที่แตกต่างกันก็อาจส่งผลอย่างนั้นได้ในระยะยาว เนื่องจาก เมื่อใดก็ตามที่ชนกลุ่มน้อยมีการแบ่งแยกออกจากชนกลุ่มใหญ่อย่างชัดเจน จะมีผลอันไม่พึงประสงค์หากมีกลุ่มที่ไม่หวังดี นำประเด็นเหล่านี้ไปใช้ในการปลุกระดม เพื่อให้ผู้ด้อยโอกาสลุกขึ้นต่อสู้เพื่อเรียกร้องสิทธิ การให้สัญชาติแก่กลุ่มชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานาน โดยแยกออกจากกลุ่มที่อพยพ หลบหนีเข้าเมือง นับเป็นแนวทางในการลดความแตกต่างที่ดี และจะส่งผลให้เขาเหล่านั้นมีความรักชาติบ้านเกิด อีกทั้งยังมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการพัฒนาประเทศชาติ เนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชาติของแผ่นดินเกิด หากสิ่งเหล่านี้ปรากฏขึ้นและเป็นนโยบายที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่องว่างเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์น่าจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น หรือช่องว่างลดลงอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อค้นพบ สิ่งที่ได้เรียนรู้ นอกเหนือจากกระบวนการวิจัย

ข้อค้นพบอื่นๆ ที่กลั่นกรองโดยนักวิจัยเองจากการเข้าไปฝังตัวในพื้นที่ ซึ่งเป็นการสังเคราะห์ด้วยความรู้ ประสบการณ์และองค์ประกอบอื่นๆ ที่นักวิจัยมี โดยไม่ได้ใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ใดๆ ประกอบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งความเห็นและตัวตนของนักวิจัย

1 ข้อค้นพบและบทเรียนในพื้นที่

ความแตกต่างระหว่างคนไทยพื้นราบ ชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติมีอยู่จริง โดยนักวิจัยได้เฝ้าศึกษา ค้นคว้า สังเกต เข้าไปร่วมใช้ชีวิตอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ หากแต่ในแต่ละพื้นที่แต่ละจังหวัด มีบริบทที่ไม่เหมือนกัน โดยที่กลุ่มไร้สัญชาติที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง มักจะตัดสินใจหรือให้ค่าความเป็นธรรมตามที่นักวิจัยประเมินต่ำ เนื่องจากต้องพบ ประสพกับเหตุการณ์ของการเข้ารับบริการอยู่เป็นประจำ เหตุที่ไม่พึงประสงค์ของคนไร้สัญชาติเองก็จะเกิดอยู่เป็นประจำ เช่น การถูกจับใบอนุญาตขับขี การขอรับบริการโดยไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ อุปสรรคทางด้านภาษา ฯลฯ ความแตกต่างเหล่านี้ อาจแก้ไขได้ด้วยการเติมเต็มในส่วนที่ขาด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สัญชาติ และหากกระบวนการเกี่ยวกับสัญชาติเสร็จสิ้นลง เชื่อว่าปัญหาเรื่องความแตกต่างจะจบลงไป หากแต่ยังคงต้องใช้เวลาในการหล่อหลอม ปลุกฝัง สร้าง

เสริมความรู้ ทักษะและองค์ประกอบอื่นๆในวิถีชีวิต เพื่อสร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดี จะช่วยให้ช่องว่างเหล่านี้นลดลงได้ ในที่สุด

ปัจจัยกำหนดสุขภาพของกลุ่มชาวเขาทั้งที่มีและไร้สัญชาติ มีความแตกต่างจากกลุ่มคนไทยพื้นราบ เนื่องจากบริบทของวิถีชีวิต ฐานทางเศรษฐกิจ พื้นที่ที่ตั้งที่อยู่อาศัย บริบทของชนบทชนบทนิยมประเพณี ที่มีทั้งส่งเสริมและขัดขวางการมีสุขภาพดี การลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพจึงอาจต้องพิจารณาเฉพาะในประเด็นที่รัฐเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิที่พึงมีพึงได้ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์หรือสิทธิมนุษยชน ถือว่ามีความจำเป็นที่สุด การให้การศึกษาที่ดี การได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เหมาะสม การได้รับการดูแลสุขภาพและเครื่องนุ่งห่มในกรณีที่มีความจำเป็น ขาดแคลน เป็นประเด็นที่รัฐควรต้องพิจารณาดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เมื่อดำเนินการในสิ่งที่กล่าวมาแล้วหากถามต่อไปว่าช่องว่างของความเป็นธรรมจะลดลงหรือไม่ คำตอบก็อาจบอกได้เป็นนัยว่า ลดลงเฉพาะในส่วนที่รัฐมีส่วนเกี่ยวข้อง ส่วนปัจจัยกำหนดสุขภาพที่รัฐไม่สามารถเข้าไปกำหนดได้ เช่นวิถีชีวิต ฐานทางเศรษฐกิจ ชนบทชนบทนิยมประเพณี ก็จะมีผลแตกต่างกันต่อไป แต่สิ่งเหล่านี้นไม่ใช่สิ่งที่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติต้องการหรือเรียกร้องจากรัฐแต่ประการใด การใช้นโยบายหลายๆนโยบายจากหลายๆยุทธศาสตร์ ของรัฐบาลในปัจจุบัน ในบางนโยบายมีความขัดแย้งกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากสามารถลดความขัดแย้งของนโยบายหรือยุทธศาสตร์เหล่านั้นได้ จากกระบวนการที่เหมาะสมในการกำหนดยุทธศาสตร์และสร้างนโยบาย การดำเนินนโยบายเฉพาะด้านสุขภาพ ในมุมมองนักวิจัยมองว่าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติหรือภาพความเป็นธรรมในการดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ นโยบายทางด้านเศรษฐกิจ การกระจายรายได้ การปฏิรูปที่ดิน ความมั่นคง ฯลฯ ล้วนส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ หากรัฐแน่วแน่ในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ จักต้องดำเนินการไปด้วยยุทธศาสตร์ของประเทศที่มีทิศทางแน่นอน กำหนดนโยบายที่ชัดเจน และมีมาตรการในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม แต่คำถามที่ตามมาคือ ใครคือผู้ที่จะดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ ใครคือเจ้าภาพ หากดำเนินการยุทธศาสตร์,นโยบายและมาตรการเหล่านี้แล้วคำถามที่ตามมาคือ เมื่อทำแล้วจะได้อะไร ชูประเด็นเหล่านี้เป็นวาระที่ต้องดำเนินการแล้วพรรคการเมืองได้ประโยชน์หรือไม่ ล้วนเป็นคำถามที่ผู้มีอำนาจในบ้านเมืองมักจะถามเป็นคำถามแรกๆ โดยไม่มองความเป็นมนุษย์ในลำดับแรกๆ และไม่ได้มองไปข้างหน้าหรือเทียบเคียงกับหลายประเทศที่มีปัญหาเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ トラบดที่ยุ่งไม่ปรากฏปัญหาอย่างชัดเจน ก็ไม่มีการดำเนินการ ที่ผ่านมารัฐมักจะดำเนินการเมื่อปัญหาเหล่านั้นบานปลาย

2 ข้อค้นพบและบทเรียนจากการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้วยกระบวนการวิจัยเชิงอนาคตแบบ

Ethnographic Delphi Future Research: EDFR ด้วยกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอสถานการณ์นั้นๆเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ประกอบการพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งระยะใกล้ หรือระยะไกล ตามระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยนี้ มีประเด็นที่นักวิจัยค้นพบบางประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผู้เชี่ยวชาญใช้ข้อมูลที่ได้จากวิเคราะห์สถานการณ์ในงานวิจัยนี้ประกอบการตัดสินใจค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเรียกร้องของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีแนวคิดแบบเสรีนิยม (Libertarianism) หากแต่ใช้ปรัชญาแนวคิด ความรู้และประสบการณ์การที่ผ่านมาของตนเอง มาประกอบการตัดสินใจเพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนั้นนักวิจัยจึงมีข้อสงสัยว่า ระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR ในงานวิจัยนี้ จะเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมสอดคล้องในการใช้เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรือไม่ ประเด็นดังกล่าว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนต่อไป

การจัดทำนโยบายภาครัฐ มีองค์ประกอบที่เข้ามาเกี่ยวข้องจำนวนมาก หากนำตัวแบบหน้าต่างแห่งโอกาส (A Windows of Opportunity for Policy Change) ซึ่งเป็นตัวแบบที่ดีตัวแบบหนึ่งมาประยุกต์ใช้ในการผลักดันนโยบาย ในงานวิจัยนี้มีความพยายามในการนำเสนอกระแสข้อเท็จจริงของปัญหา (Problems Stream) โดยค้นพบสภาพปัญหาหรือข้อเท็จจริงของปัญหา ส่วนกระแสแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหา (Solutions Stream) นักวิจัยได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นไว้ ผสมผสานกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ส่วนประเด็นกระแสทางการเมือง (Politics Stream) มีความจำเป็นที่นักวิชาการจะต้องเสนอรายละเอียดและข้อเท็จจริง ให้กลุ่มการเมืองได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ (Gill Walt, 2006) และเมื่อหน้าต่างทั้งสามบานมาบรรจบกัน นโยบายก็就会被กำหนดและนำไปใช้ในที่สุด

การสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ “ภาคการเมือง” เป็นกลุ่มที่มีพลังอำนาจในการผลักดันนโยบายต่างๆ ส่วนในกลุ่มข้าราชการประจำเองก็พบว่า มีบางประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบาย จำต้องตระหนักในการกำหนดนโยบาย เช่น “ไม่มีใครกำหนดนโยบายมาเพื่อตัดทางทำมาหากินของตนเองหรอก” ประโยคนี้เป็นจริงหรือไม่ในประเทศไทย นักวิจัยมีมุมมองในฐานะนักวิจัย สองมุมมองคือ

2.1 มุมมองที่ 1 หากนักการเมืองหรือผู้กำหนดนโยบายดำเนินการผลักดันให้สัญชาติแก่กลุ่มดังกล่าว เขาเหล่านั้นก็จะเป็นที่รักของชาวเขาโดยทั่วไป ทั้งที่มีและไร้สัญชาติ และ

จะได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการเลือกตั้งระดับต่างๆ ที่เป็นภาคการเมือง เป็นต้น

2.2 มุมมองที่ 2 หากผลักดันนโยบายเกี่ยวกับให้สัญชาติแก่กลุ่มไร้สัญชาติ

กลุ่มที่มีผลประโยชน์แอบแฝงกับกลุ่มดังกล่าว ก็จะได้รับผลประโยชน์ส่วนนั้นไป จึงนำประเด็นอย่างนี้มาชั่งน้ำหนักว่าตนเอง จะได้มากกว่าเสีย หรือจะเสียมากกว่าได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ข้อคิดในการร่างข้อเสนอเชิงนโยบายไว้ ซึ่งเรามักพบประเด็นอย่างนี้บ่อยๆ ในการกำหนดนโยบายโดยพบว่า บางนโยบายเป็นนโยบายที่ดีมาก แต่เมื่อเสนอไปสู่ระดับผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายกลับพบว่า นโยบายนั้นตกไป อย่างนี้เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ความเป็นธรรมทางสุขภาพนับเป็นประเด็นที่การสาธารณสุขในประเทศไทย หันมาให้ความสนใจและให้ความสำคัญ จากเหตุผลแนวโน้มในอนาคตที่จะมีการเรียกร้องสิทธิที่พึงมีพึงได้ ของประชาชนในประเทศ ทั้งกลุ่มพลเมืองของประเทศและกลุ่มที่ไม่ใช่พลเมือง การใช้นโยบายสาธารณะเพื่อการลดความแตกต่างของประชากรในประเทศซึ่งอาจเริ่มจากความเป็นธรรมด้านใดด้านหนึ่งก่อน จะเป็นการแก้ปัญหาที่มีผลลัพธ์และผลกระทบในวงกว้าง ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ สังคม อาชญากรรม ปัญหาเชื้อชาติ ศาสนา และอื่นๆ สิ่งที่มาตามนั้นจะส่งผลดีในภาพรวมอย่างเห็นได้ชัด อีกทั้งยังนำไปสู่การลดช่องว่างด้านต่างๆ ได้ การมุ่งมั่นที่จะดำเนินการนโยบายสาธารณะที่เกิดผลเป็นรูปธรรมชัดเจนในประเด็นดังกล่าว จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติได้ นักวิชาการหลายท่านมองว่าทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด จำต้องมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการสร้างนโยบายสาธารณะที่ส่งผลโดยตรงต่องบประมาณที่ต้องใช้จ่าย แต่หลายท่านก็มองว่า แท้ที่จริงแล้ว งบประมาณเหล่านี้เราได้จ่ายไปอยู่แล้ว ไม่รูปแบบใดก็รูปแบบหนึ่ง เนื่องจากบุคคลที่ไม่มีสัญชาติเหล่านี้ก็ใช้บริการพื้นฐานจากรัฐอยู่แล้ว หรือแนวคิดที่นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหลายท่านที่เสนอแยกเป็น 2 กลุ่มชัดเจน กล่าวคือ มีแนวคิดในการจัดบริการแบบเสรีนิยม (Libertarian) กับแนวคิดในการจัดบริการแบบเท่าเทียม (Egalitarian) อย่างไรก็ตามแนวคิดทั้ง 2 แบบก็รองรับเฉพาะกลุ่มที่มีสภาพเป็นพลเมือง ไม่ได้มีกรอบที่ชัดเจนครอบคลุมถึงกลุ่มคนไร้สัญชาติ การเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในการตัดสินใจด้านนโยบาย ซึ่งควรจะประกอบไปด้วย ผู้แทนฝ่ายความมั่นคง ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนกระทรวงการต่างประเทศ และผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมถึงองค์การระหว่างประเทศที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้อง มาร่วมพิจารณา

ประเด็นดังกล่าวร่วมกับนักวิชาการที่มีข้อมูลเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรม หากต่างฝ่ายต่างดำเนินการเฉพาะในประเด็นที่หน่วยงานของตนมีหน้าที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายบัญญัติ การแก้ไขปัญหาอาจต้องใช้เวลาอีกนาน อีกทั้งยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะสามารถลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างกลุ่มลงได้

ในการนำความเห็นของหลายฝ่าย ทั้งผู้เชี่ยวชาญ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติตามนโยบายรวมทั้งผู้ที่รับผลของนโยบาย มาประมวลและเสนอแนะเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการวิจัยนี้ หากมีการนำข้อเสนอที่ได้รับไปดำเนินการเพื่อลดช่องว่างระหว่างกลุ่ม จะส่งผลอย่างเป็นรูปธรรม

2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอต่อภาครัฐเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำนโยบายเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับมหภาค

1. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีระบบพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานบริการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมาตรฐานบริการสาธารณสุขภาครัฐในระดับเดียวกันใช้มาตรฐานบริการเดียวทั้งระบบ กล่าวคือในสถานบริการสาธารณสุขระดับใดก็ควรมีกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานในระดับบริการนั้นๆ ทั้งนี้หากสถานบริการมีมาตรฐานเดียวกัน จะรับบริการในเขตเมืองหรือเขตชนบทห่างไกลก็จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลให้ช่องว่างระหว่างกลุ่มที่อาศัยต่างพื้นที่ลดลง

2. การสนับสนุนงบประมาณรายหัวแก่กลุ่มคนไร้สัญชาติ

รัฐควรจัดงบประมาณรายหัวสนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขที่มีกลุ่มคนไร้สัญชาติ ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นจริง โดยสนับสนุนในส่วนที่จำเป็นก่อน โดยอาจต้องมีการศึกษาค่าใช้จ่ายต่อหน่วยที่ชัดเจน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายของกลุ่มคนที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในปัจจุบัน มีค่าใช้จ่ายในบริการขั้นพื้นฐาน คือ (1) บริการผู้ป่วยนอก 645.52 บาท (2) บริการผู้ป่วยใน 845.08 บาท (3) บริการส่งเสริมป้องกัน 253.01 บาท รวมงบรายหัว 1,743.61 บาท การพิจารณาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอาจต้องพิจารณารายละเอียดในฐานะที่กลุ่มไร้สัญชาติยังมีสิทธิมนุษยชน อีกทั้งยังบรรเทาความเดือดร้อนแก่สถานบริการที่มีกลุ่มไร้สัญชาติอาศัยอยู่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

3. เร่งรัดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมรับผิดชอบ/ดำเนินการจัดบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับจุลภาค/ระดับปฏิบัติการ

1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีกลุ่มไร้สัญชาติในพื้นที่รับผิดชอบ จัดทำระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์กลุ่มคนไร้สัญชาติ ที่มีมาตรฐานและเป็นปัจจุบัน เพื่อรองรับการสนับสนุนงบประมาณและการจัดบริการสุขภาพ
2. กระจายกิจกรรมบริการสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมด้านงบประมาณและมีศักยภาพด้านบุคลากร โดยมุ่งเน้นการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ห่างไกล
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบในกระบวนการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยคัดเลือกคนในพื้นที่ห่างไกล กันดาร์ เข้าฝึกอบรม พัฒนาด้านศึกษาและกลับมาปฏิบัติงานที่บ้านเกิดซึ่งจะมีความยั่งยืนของการเข้าถึงบริการของกลุ่มชนเผ่าในพื้นที่ห่างไกล
4. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการในการจัดบริการสุขภาพ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบที่หลากหลาย เช่นรูปแบบคณะกรรมการ รูปแบบการบริการกิจบางภารกิจไปดำเนินการ ด้วยเหตุผลนี้จะทำให้กลุ่มชนเผ่าและไร้สัญชาติเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงและเป็นธรรม

3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness)

เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) 9 กลุ่มตัวชี้วัด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย ศุภสิทธิ์ พรธรรมาธินัย และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ร่วมกับวิทยาลัยการสาธารณสุขแห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (The School of Public Health , Harvard University) เป็นเครื่องมือที่ดีที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากมีความครอบคลุมในรายละเอียดของระบบสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ เมื่อนำมาใช้ในการดำเนินการวิจัย นักวิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับเครื่องมือดังกล่าวอย่างถ่องแท้และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษาวิจัยนั้นๆ ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นักวิจัยพบว่า หากมีการถ่วงน้ำหนักในแต่ละกลุ่มเครื่องมือชี้วัดโดยให้ค่าถ่วงน้ำหนักที่แตกต่างกันในแต่ละประเด็นโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเครื่องมือดังกล่าวเพื่อให้เข้ากับบริบทของสิ่งที่จะประเมิน นับเป็นสิ่งที่น่าจะสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดยิ่งขึ้น และจะทำให้ได้ภาพแห่งความเป็นจริงยิ่งขึ้น ทั้งนี้ในการถ่วงน้ำหนักนั้น จำต้องเป็นการถ่วงน้ำหนักที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีอคติหรืออาจประยุกต์ด้วยการถ่วงน้ำหนักจากกลุ่มผู้ที่ได้รับผลความเป็นธรรมทางสุขภาพ เช่นกลุ่มไร้สัญชาติ กลุ่มชาวเขา หรือกลุ่มคนไทยทั่วไป และนำมาหาค่าเฉลี่ยที่เป็นค่ากลางๆ สามารถวัดค่าความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ทุกกลุ่มและเป็นที่ยอมรับของทุกกลุ่มเช่นกัน การถ่วงน้ำหนักรายกลุ่มเครื่องมือดังกล่าวนับเป็นทางเลือกที่จะใช้ในการพัฒนาเครื่องมือต่อไปในอนาคต

เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) นับเป็นทางเลือกที่ดีอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งในหลายกรณีทั้งที่เราทราบว่ามีความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ต่างกัน แต่ไม่สามารถอธิบายหรือนำเสนอเทียบเคียงให้มีค่าเป็นตัวเลขได้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือวัดเพื่อนำมาเทียบเป็นตัวเลขที่ชัดเจน การนำเสนอในรูปแบบการวัดจากเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (The Benchmark of Fairness) ก็เป็นวิธีการที่สามารถเลือกและประยุกต์ใช้ได้ โดยมีความครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเกือบทั้งหมด อีกทั้งยังสามารถนำไปสู่การดำเนินการเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ตรงประเด็น และลดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ระหว่างพื้นที่ หรือความแตกต่างอื่นๆได้ในที่สุด

4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ประเด็นที่การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมถึง หากแต่เมื่อศึกษาประเด็นนั้นๆแล้วจะส่งผลให้สามารถใช้เป็นแนวทางในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ และส่งเสริมให้กลุ่มชาวเขามีสุขภาพดี รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ประกอบด้วย

4.1 การศึกษากระบวนการจัดบริการสุขภาพที่ชนกลุ่มน้อยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน โดยการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

4.2 การศึกษาเกี่ยวกับแนววิถีชีวิต (Life style) ที่สนับสนุน/ส่งเสริมการมีสุขภาพดี และแนววิถีชีวิตที่ขัดขวางการมีสุขภาพดีของกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติและชาวเขาเผ่าต่างๆ

4.3 การศึกษาเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพ ระหว่างพื้นที่ระหว่างชาวเขาเผ่าเดียวกันในเขตอาศัยต่างพื้นที่ และศึกษาพื้นที่การปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล

4.4 การสร้างเสริมสุขภาพชนกลุ่มน้อยในประเทศไทยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

บรรณานุกรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **มาตรฐานบริการสาธารณสุข.**

กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2548). **คำถามและข้อท้าทาย**

ต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. กรุงเทพฯ: เอดิสัน
เพรส โปรดักส์.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). **การใช้ SPSSในการวิเคราะห์ข้อมูล.** (พิมพ์ครั้งที่7).

กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

ตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

นนทบุรี: องค์การรับ-ส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

คณะทำงานสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิต สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

(2548). **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึง**

บริการของประชาชนระดับล่าง. นนทบุรี: ม.ป.พ.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). **ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้**

ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.

เจ้เจ้ ธรรมธัชอารี. (2544). **ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย.** นนทบุรี: ดีไซน์.

จิราพร ลิ้มปานานนท์, ยุพดี ศิริสินสุข, วรณา ศรีวิริยานุภาพ, วิทยา กุลสมบุญ และ สุนทร

วิทยานารถไพศาล. (15 เมษายน 2549). **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค:**

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง.

สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2549, จาก [http://www2.nesac.go.th/document/show06.](http://www2.nesac.go.th/document/show06.php?did=06090001)

[php?did=06090001](http://www2.nesac.go.th/document/show06.php?did=06090001)

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). **รวมบทความวิจัยเกี่ยวกับการศึกษา: เทคนิคการวิจัยแบบ**

EDFR. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

ฉวีวรรณ บุญสุยา. **ประชากรและการเลือกตัวอย่าง.** (2543). **ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและ**

การวิจัยในงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่ง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชาย โพธิ์สีดา. (2547). **ศาสตร์และศิลป์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).

ชูชัย ศุภวงศ์, พันธ์ สิมะเสถียร, วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และ แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2538).

สิทธิมนุษยชน: รัฐบาลกับการสาธารณสุขในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ณรงค์ศักดิ์ ธนวิบูลย์ชัย. (2543). **เอกสารการสอนชุดวิชาหลักเศรษฐศาสตร์เบื้องต้น,**

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2547). **หลักพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์**

ตามรัฐธรรมนูญ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาส ปันตบแต่ง. (ม.ป.ป.). **การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาสังคม**.

กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ**

สุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนุพงษ์ สุจริยากุล. (2544). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**.

(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ดีไซน์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2543). **ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัย**

ในงานสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ.2542. (25 พฤศจิกายน 2542).

ราชกิจจานุเบกษา. 116(118 ก). หน้า 1- 13.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545. (11 พฤศจิกายน 2545).

ราชกิจจานุเบกษา. 119(116 ก). หน้า 3.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2546). **ความไม่เสมอภาคในการตายของคนไทย ปี พ.ศ. 2543:**

การวิเคราะห์การกระจายโดยใช้พื้นที่ขนาดเล็ก. นนทบุรี: ม.ป.พ.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล และ ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ. (ม.ป.ป.). **การพัฒนาชุดเครื่องมือวัด**

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยอาศัยกลไกประชาคม. นนทบุรี: ม.ป.พ.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2541). **โครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้**

เรื่อง“สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”.

กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2543). **รวมบทความในโอกาสครบรอบ 72 ปี**

ศาสตราจารย์ ดร.ปรีดี เกษมทรัพย์. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญญา ตีษยาธิคม, ภูสิต ประครองสาย, วลัยพร พัทธนกุล, นิตยา

จันทร์เรือง มหาผล, เอื้องฟ้า คงเอี่ยมตระกูล และ คณะ. (2548). **ความเป็นธรรมในระบบ**

สุขภาพไทย: ประสบการณ์ของผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการ

สาธารณสุข, 14 (3), 24-32.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุกัลยา คงสวัสดิ์, พินทุสร เหมพิสุทธิ, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และ งามจิตต์

จันทร์สาธิต. (2537). **การใช้เครื่องสลายนิ่วในประเทศไทย: ประสิทธิภาพและความ**

เสมอภาค. นนทบุรี: ม.ป.พ.

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. (2548). **ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: บทเรียนจากหลักประกัน**

สุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. นนทบุรี: ม.ป.พ.

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. (2548). **ความเป็นธรรมทางสุขภาพ.** นนทบุรี: ม.ป.พ.

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิรัชดา

สุทธยาคม และ พิชญ์ รอดแสง. (2545). **ความเป็นธรรมทางสุขภาพการประเมิน**

ระดับครัวเรือน. นนทบุรี: ม.ป.พ.

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ปฏิบัติการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2545). **แนวทางการสร้าง**

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: ม.ป.พ.

สมยศ เชื้อไทย. (2549). **หลักกฎหมาย: กฎหมายมหาชนเบื้องต้น.** (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

สมยศ เชื้อไทย. (2549). **ทฤษฎีกฎหมาย: นิติปรัชญา (Philosophy of Law).** (พิมพ์ครั้งที่ 10).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช, เมธ ไซค์ชัยชาญ, เสรี หงษ์หยก, นิพิศ พิรเวช, สุพัตรา

ศรีวณิชชากร, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ. (2548). **ระบบบริการสาธารณสุขกับ**

การประกันสุขภาพ: ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม.ชุดโครงการวิจัยการจัดทำ

ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: ม.ป.พ.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2544). **ระบบสุขภาพในประเทศไทย: โครงการบัตรประกันสุขภาพ:**

ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ. ใน การสัมมนาแบบ

หลักประกันสุขภาพเอเชีย: ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี:

กระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ สิ้นชัย ต่อวัฒนกิจกุล. (2550). ผลการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบบริการสาธารณสุขไทย. *วารสารระบบสาธารณสุข*, 1(1), 47-60.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2544). *ระบบสุขภาพของประเทศไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). *กฎระเบียบ สำหรับนักบุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: ม.ป.พ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (1 ตุลาคม 2550). *การจัดสรรงบประมาณรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2551, จาก <http://www.nhso.go.th/NHSOFront / SelectViewItemAction.do>

หยุด แสงอุทัย. (2538). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

อมรา พงศาพิชญ์. (ม.ป.ป.). *คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

อัมมาร สยามวาลา. (16 พฤษภาคม 2548). การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ ใน *การสัมมนาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

Earl C. Joseph. (November 24, 2006). *Future Thought Leadership DFS*. Retrieved December 24, 2006, from <http://www.earljoseph.com/Biographies>

Equity in Health and Health Care. WHO/ARA/96.1. WHO, Geneva, 1996.

Gill Walt. (October, 2006). *An introduction to process and power*. Retrieved December 24, 2006, from http://www.amazon.com/gp/reader/1868142736/ref=sib_fs_top

Harvard School of Public Health. (June, 2006). *Health Equity*. Retrieved October 01, 2006, from <http://www.hsph.harvard.edu>

Icek Ajzen and Martin Fishbein. (1980). *Understanding the attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Institute for Health Economics and Policy. (June 2006). *The out-of-pocket Burden of Medical Expenses: An International Comparison and Time-Series Analysis of Expenditure Ratios and the Kakwani Index*. Retrieved June 08, 2006, from <http://www.ihep.jp/english/product/pro11.htm>

Jishnu Das Priyanka Pandey and Tristan Zajonc. (2006). *Learning Levels and Gaps in Pakistan*. *World Bank Policy Research Working Paper*, 11 (4067), 1-47.

- Jody Heymann. (2003). Global Inequality at Work: Work's Impact on the Health of Individuals, Families and Societies. **Oxford University Press**, 36 (2), 533-543.
- Kenedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D.(1996). Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the US. **BMJ**. 312(3), 1004-1007.
- Kent B, Nicolas M and Gill W. (2006). Making Health Policy. **Open University Press**. England: Maiden head.
- Norman B. Anderson. (2004). **Encyclopedia of Health and Behavior**. P. cm. Includes Bibliographical References and Index. USA: Na.
- Norman Danial. (June 2006). **What are the benchmarks of fairness**. Retrieved October 01, 2006, from <http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/about.html>
- Pannarunothai S, Srithamrongsawat S. (2004). Benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand. **Human resource for health development journal**, 4(1), 13-26.
- Penchanky R and Thomas J.W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, 19(2), 127-140.
- Pieter Serneels. (August 2005). **For Public Service or Money: Understanding Geographical Imbalance in the Health Workforce**. Retrieved August 08, 2006, from http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&theSitePK=469382&piPK=64165421&menuPK=64166093&entityID=000016406_20050819124104
- Robine JM, Romieu I, Cambois E, (1999). Health Expectancy indicators. **Bulletin of the World Health Organization**, 77(2), 33-46.
- Sherman Folland, Allen C. Goodman and Miron Stano. (1997). **The Economics Health and Health Care**. (2nd ed). New Jersey: A Simon & Schuster Company.
- Suwit Wibulpolprasert . (2005). **Thailand Health Profile 2001-2004**. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Printing Press, Express Transportation Organization.

- Sylvestre Gardin and Abdo S Yasbeck. (2006). **Immunization in India: An Equity-Adjusted Assessment**. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, March 2006.
- Technical Service Club, Tribal Museum. (2004). **Technical Service Club**. Chiangmai. Thailand: Na.
- The World Bank. (June 2007). World development report 2006: Equity and Development. **The World Bank Research**. Retrieved August 08, 2006, from <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2006/0,menuPK:477658~pagePK:64167702~piPK:64167676~theSitePK:477642,00.html>
- United Nation. (1978). **Universal Declaration of Human Rights**. Switzerland: The United Nation.
- van Doorslaer, Eddy and Adam Wagstaff. (1992). Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons. **Journal of Health Economics**, 11(2), 389-411.
- WHO. (1978). **Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care**. Geneva: Alma Ata, USSR.WHO.
- Wikipedia, the free encyclopedia. (July 2006). **Social justice**. Retrieved January 09, 2008. from http://en.wikipedia.org/wiki/Social_justice
- World Health Organization. (November 2007). **Healthy public Policy**. Retrieved January 09, 2008. from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก จำนวนชาวเขาเผ่าต่างๆ ในประเทศไทย

ตาราง 53 ชาวเขาเผ่าต่างๆในประเทศไทย แยกตามเผ่าพันธุ์

เผ่า	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ประชากร	ร้อยละ
กะเหรี่ยง	1,912	87,628	438,131	47.47
ม้ง	253	19,287	153,955	16.68
ลาหู่	385	18,057	102,876	11.15
อาข่า	271	11,178	68,653	7.44
เมี่ยน	178	6,758	45,571	4.94
คะฉิ่น	159	8,496	42,657	4.62
ลีซุ	155	6,553	38,299	4.15
ลัวะ	69	4,361	22,260	2.41
ขมุ	38	2,256	10,573	1.14
รวม	3,420	164,574	922,957	100.00

ที่มา Technical Service Club, Tribal Museum, 2004. p5.

ตาราง 54 ชาวเขาเผ่าต่างๆ ในประเทศไทย แยกตามจังหวัดที่อาศัยอยู่

ชื่อจังหวัด	เชื้อชาติ/เผ่าพันธุ์									รวม
	กะเหรี่ยง	ม้ง	ลาหู่	ลีซู	เมี่ยน	อาข่า	ลัวะ	คะฉิ่น	ขมุ	
เชียงใหม่ *	670	57	153	74	5	33	29	-	-	1,021
**	17,607	2,946	7,136	3,187	247	977	2,385	-	-	44,485
***	138,447	24,895	39,037	1,353	1,353	5,717	11,682	-	-	239,077
เชียงราย *	32	45	172	43	61	220	17	-	8	598
**	1,448	3,868	8,575	1,659	2,193	9,690	773	-	451	28,657
***	6,456	30,517	49,427	10,132	15,225	59,782	4,696	-	2,329	178,564
กำแพงเพชร *	7	6	4	2	15	-	1	-	-	35
**	279	417	205	27	529	-	9	-	-	1,431
***	1,335	3,120	932	148	2,990	-	47	-	-	8,572
กาญจนบุรี *	108	-	-	-	1	-	-	-	-	109
**	6,329	-	-	-	20	-	-	-	-	6,349
***	30,976	-	-	-	212	-	-	-	-	31,188
ลำปาง *	21	6	13	2	25	11	1	-	1	80
**	875	149	199	28	838	273	14	-	23	2,399
***	3,969	983	1,032	158	4,945	1,453	85	-	117	12,742
ลำพูน *	64	-	-	-	-	-	-	-	-	64
**	6,818	-	-	-	-	-	-	-	-	6,818
***	29,124	-	-	-	-	-	-	-	-	29,124
เลย *	-	1	-	-	-	-	1	2	-	3
**	-	134	-	-	-	-	36	80	-	250
***	-	917	-	-	-	-	226	387	-	1,530
แม่ฮ่องสอน *	481	15	32	21	-	-	17	-	-	566
**	18,747	364	1,273	1,132	-	-	853	-	-	22,369
***	100,983	3,893	6,831	6,800	-	-	4,296	-	-	122,803
น่าน *	-	29	1	-	34	-	-	155	25	244
**	-	3,052	6	-	1,429	-	-	8,303	1,616	14,406
***	-	25,058	20	-	10,684	-	-	41,772	7,468	85,002
พะเยา *	-	13	-	2	29	1	-	-	-	45
**	-	1,043	-	34	1,326	4	-	-	-	2,407
***	-	7,945	-	219	8,965	28	-	-	-	17,157
แพร่ *	16	3	-	1	-	3	-	-	-	23
**	2,059	282	-	9	-	94	-	-	-	2,444
***	8,298	2,419	-	71	-	445	-	-	-	11,233

ตาราง 54 (ต่อ)

ชื่อจังหวัด	เชื้อชาติ/เผ่าพันธุ์									รวม
	กะเหรี่ยง	ม้ง	ลาหู่	ลีซู	เมี่ยน	อาข่า	ลัวะ	คะฉิ่น	ขมุ	
พิษณุโลก *	-	9	-	-	-	-	-	-	-	9
**	-	1,011	-	-	-	-	-	-	-	1,011
***	-	6,900	-	-	-	-	-	-	-	6,900
เพชรบูรณ์ *	-	23	1	1	1	1	-	2	-	29
**	-	2,046	3	11	17	2	-	53	-	2,235
***	-	14,658	7	544	104	7	-	205	-	15,525
เพชรบุรี *	19	-	-	-	-	-	-	-	-	19
**	895	-	-	-	-	-	-	-	-	895
***	4,011	-	-	-	-	-	-	-	-	4,011
ประจวบฯ *	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
**	326	-	-	-	-	-	-	-	-	326
***	1,339	-	-	-	-	-	-	-	-	1,339
ราชบุรี *	53	-	-	-	-	-	-	-	-	53
**	2,954	-	-	-	-	-	-	-	-	2,954
***	13,577	-	-	-	-	-	-	-	-	13,577
สุโขทัย *	2	3	-	1	6	-	-	-	1	13
**	137	66	-	24	96	-	-	-	5	328
***	741	563	-	163	673	-	-	-	27	2,167
สุพรรณบุรี *	8	-	-	-	-	-	-	-	-	8
**	241	-	-	-	-	-	-	-	-	241
***	1,159	-	-	-	-	-	-	-	-	1,159
ตาก *	403	43	9	7	1	2	-	-	-	446
**	18,238	3909	660	339	63	138	-	-	-	23,347
***	94,334	32,087	5,590	2,118	420	1,221	-	-	-	135,770
อุทัยธานี *	24	-	-	-	-	-	1	-	3	28
**	675	-	-	-	-	-	83	-	161	919
***	3,382	-	-	-	-	-	331	-	632	4,345
รวมหมู่บ้าน	1,912	253	385	155	178	271	69	159	38	3420
รวมครอบครัว	87,628	19,287	18,057	6,553	6,758	11,178	4,361	8,496	2,256	164,574
รวมสมาชิก คน	438,131	153,955	10,876	38,299	45,571	68,653	22,260	42,657	10,573	922,975
เปอร์เซ็นต์	47.47	16.68	11.15	4.15	4.94	7.44	2.41	4.62	1.14	100.00

ที่มา Technical Service Club, Tribal Museum, 2004. p 52-59.

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เรื่อง ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติประเทศไทย

(Health Equity as a Human Rights of The Highland People In Thailand)

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หลักประกันสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติเครือญาติ รวม 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ เปรียบเทียบความเป็นธรรมระหว่างกลุ่ม

ประกอบด้วยองค์ประกอบในการวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ 9 กลุ่ม คือ

1. สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)
2. อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)
3. ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)
4. ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)
5. ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)
6. ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)
7. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)
8. การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)
9. ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)

จำนวนทั้งสิ้นรวม 47 ข้อ

บุญมา สุนทรวีรัตน์

นักวิจัย

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ

เรื่อง ความเป็นธรรมทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติ ประเทศไทย

(Health Equity as a Human Rights of The Highland People In Thailand)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. เชื้อชาติ

☐ ไทย	☐ กะเหรี่ยง (ปะกาเกยอ)	☐ ม้ง (แม้ว)
☐ อาข่า(อิก้อ)	☐ เมี่ยน (เย้า)	☐ คะชิน (ถิ่น)
☐ ลานู (มุเซอ)	☐ ลีซู (ลีซอ)	☐ อื่นๆ.....
4. สัญชาติ (ขอคุณหลักฐานทางราชการ) ☐ ไทย ☐ ไร้สัญชาติ
5. อาชีพหลัก

☐ เกษตรกรรม	☐ รับจ้าง	☐ ค้าขาย
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	☐ นักเรียน/นักศึกษา	☐ ไม่ประกอบอาชีพ/กำลังหางาน
☐ อื่นๆ ระบุ.....		
6. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ประถมศึกษา	☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ อนุปริญญา/ ปวส.	☐ ปริญญาตรี	☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า
☐ ไม่ได้ศึกษา		
7. รายได้.....บาท/ปี (.....บาท/เดือน)
8. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ คู่	☐ หม้าย	☐ หย่า/แยก
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------
9. จากประวัติการรักษาพยาบาลที่ผ่านมา ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มีโรคประจำตัว	
☐ มีโรคประจำตัว (ทำเครื่องหมาย / หน้ารายชื่อโรคประจำตัว)	

..... เบาหวาน	 ความดันโลหิตสูง.....	หัวใจ
..... ไตวายเรื้อรัง	 ธาตุซีเมีย	หอบหืด
..... เก๊า / รูมาตอยด์	 อ้วน/โภชนาการเกิน.....	โรคอื่นๆ

(ระบุ).....

10. ท่านเข้ารับบริการสุขภาพครั้งสุดท้ายเมื่อใด

- ☐ ไม่เคยรับบริการ (ยืนยันข้อมูลที่ได้มาก่อนการสัมภาษณ์)
- ☐ เคยเข้ารับบริการสุขภาพ(ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ)
- | | |
|--|---|
| ☐ สัปดาห์ที่ผ่านมา | ☐ รอบเดือนที่ผ่านมา |
| ☐ รอบสามเดือนที่ผ่าน | ☐ รอบหกเดือนที่ผ่าน |
| ☐ รอบปีที่ผ่านมา | ☐ มากกว่าหนึ่งปีที่ผ่านมา |

11. หลักประกันสุขภาพ

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ☐ บัตรทองมี ท. (จ่ายเงิน 30 บาท) ☐ บัตรทองไม่มี ท. (ไม่ต้องจ่ายเงิน 30 บาท)
- | | |
|--|--|
| ☐ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | ☐ สิทธิประกันสังคม |
| ☐ สิทธิประกันเอกชน | ☐ สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| ☐ สิทธิอื่นๆระบุ..... | |

12. ในการเข้ารับบริการครั้งสุดท้าย มีบริการสุขภาพใดที่ท่านต้องจ่ายเงินเองหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ☐ ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก ☐ บริการทันตกรรม
- | | |
|---|--|
| ☐ บริการพิเศษอื่นๆ | ☐ บริการรังสีวิทยาและเคมีบำบัด |
| ☐ บริการที่ร้องขอรับบริการเอง | ☐ บริการแพทย์แผนไทย/นวดไทย |
| ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ | ☐ บริการอื่นๆ..... |

13. ในการเข้ารับบริการครั้งสุดท้าย ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในรายการต่อไปนี้ เป็นเงินเท่าไร

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| (1) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง | เป็นเงิน.....บาท |
| (2) ค่าอาหาร | เป็นเงิน.....บาท |
| (3) ค่าที่พัก | เป็นเงิน.....บาท |
| (4) ค่ายาและเวชภัณฑ์ | เป็นเงิน.....บาท |
| (5) ค่าเสียโอกาสจากการหยุดงาน | เป็นเงิน.....บาท |
| (6) รวมค่าใช้จ่าย | เป็นเงิน.....บาท |

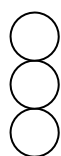
14. ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการครั้งสุดท้าย.....กม.

15. พาหนะที่ท่านใช้ในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพครั้งสุดท้าย

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ดินเท้า | ☐ จักรยาน | ☐ จักรยานยนต์ |
| ☐ รถยนต์ | ☐ รถโดยสารรับจ้าง | ☐ อื่นๆ..... |

16. เวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปรับบริการสุขภาพ
ครั้งล่าสุด.....ชม.....นาที

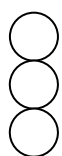
17. ในการเข้ารับบริการครั้งล่าสุด ท่านรับบริการที่ได้และใช้เวลาในการรอรับบริการนานเท่าไร
(นับจากยื่นบัตรถึงการเรียกบริการ)



สถานีนามัย

โรงพยาบาลทั่วไป

สถาบันโรคเฉพาะทางของรัฐ



โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลศูนย์ฯ

อื่นๆ

(ระบุ).....

โดยใช้เวลาในการรอรับบริการประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที

18. สาเหตุใดต่อไปนี้มีอิทธิพล (ส่งผลให้ท่านไปหรือไม่ไปรับบริการ) ต่อการไปรับบริการด้าน
สุขภาพ

โดยหากประสบปัญหาหรือเกิดประเด็น ให้คะแนน 1 และหากไม่มี ไม่เกิดปัญหา ให้คะแนน 0

(.....) การไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (.....) ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

(.....) การไม่เงินจ่ายค่าบริการ (.....) ไม่มีพาหนะในการเดินทาง

(.....) เชื้อชาติของท่าน (.....) การมีหรือไม่มีสัญชาติ

(.....) ขนบธรรมเนียมประเพณี (.....) สาเหตุอื่นๆระบุ.....

19.บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องใกล้ชิด (พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง ป้า ลุง น้ำ อา ปู่ ย่า ตา หรือยาย
เสียชีวิตคนล่าสุดเมื่ออายุ.....ปี ด้วยสาเหตุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จงใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องคะแนนตามความเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์

5 หมายถึง ได้รับมากที่สุด มากที่สุด สำคัญมากที่สุด จำเป็นมากที่สุด ดีมากที่สุด

4 หมายถึง ได้รับมาก มาก สำคัญมาก จำเป็นมาก ดีมาก

3 หมายถึง ได้รับปานกลาง ปานกลาง สำคัญปานกลาง จำเป็นปานกลาง ดีปานกลาง

2 หมายถึง ได้รับน้อย น้อย สำคัญน้อย จำเป็นน้อย ดีน้อย

1 หมายถึง ได้รับน้อยที่สุด น้อยที่สุด สำคัญน้อยที่สุด จำเป็นน้อยที่สุด ดีน้อยที่สุด

รายการ/กิจกรรม/หัวข้อ	5	4	3	2	1
(1) สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Inter- sectoral public health)					
+1.1) ทรัพยากรสาธารณสุขในสถานบริการที่ท่านไปใช้บริการมีความพอเพียงต่อปริมาณผู้รับบริการที่สถานบริการ (อธิบายคำว่าทรัพยากร)					
+1.2) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ/ชีวภาพของที่อยู่อาศัยของท่าน					
+1.3) สภาพแวดล้อมทางสังคมและวิถีชีวิตที่ท่านอาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อม					
+1.4) ความเข้มแข็งของชุมชน/ความร่วมมือ/รวมแรงร่วมใจของชุมชนท่าน					
+1.5) ท่านมีรายได้พอเพียงกับค่าใช้จ่ายและไม่เดือดร้อนด้านการเงิน					
+1.6) ท่านพึงพอใจต่อระดับการศึกษาของท่านซึ่งส่งผลต่อรายได้และสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน					
+1.7) หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับท่านมีการประสานความร่วมมือในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่					
(2) อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม (Financial barrier to equitable access)					
2.1) ท่านประสบปัญหาเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในทุกด้านเมื่อไปรับบริการ					
2.2) มีบริการที่ท่านต้องการใช้บริการแต่ท่านไม่สามารถใช้ได้เนื่องจากสิทธิประกันสุขภาพที่ท่านมีไม่ครอบคลุมถึงบริการนั้น					
2.3) มีบริการที่ท่านต้องการใช้บริการแต่ท่านไม่สามารถใช้ได้เนื่องจากไม่มีเงินในการขอรับบริการ					
2.4) เงิน เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของท่าน					
(3) ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ (Non-financial barrier to access)					
3.1) ท่านเสียเวลาในการรอคอยบริการสุขภาพที่ท่านไปรับบริการ					
+3.2) ความคับคั่ง(จำนวนผู้รับบริการ)ในสถานพยาบาลที่ท่านไปรับบริการ					
+3.3) ความครบพร้อมของกิจกรรมบริการที่ท่านต้องการใช้บริการในสถานบริการที่ท่านไปใช้บริการ					
+3.4) ทรัพยากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขที่ท่านไปใช้บริการ มีความพอเพียงต่อปริมาณผู้รับบริการที่สถานบริการรับผิดชอบ(ประเมินจากระยะเวลาในการรอคอยรับบริการครั้งสุดท้าย)					
3.5) ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเป็นอุปสรรคในการไปใช้บริการ					

รายการ/กิจกรรม/หัวข้อ	5	4	3	2	1
3.6) พาหนะในการเดินทางไปสถานบริการเป็นอุปสรรคในการไปใช้บริการ					
(4) ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ (Comprehensiveness of care and tiering)					
4.1) ท่านมีความรู้สึกดีต่อยกกว่าและแตกต่างจากคนใช้รายอื่นๆ ในขณะที่เข้ารับบริการ					
4.2) ในการใช้บริการท่านได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพดีต่อยกกว่าและแตกต่างจากผู้รับบริการอื่น					
+4.3) ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านและบริการอื่นๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ					
4.4) สาเหตุเกี่ยวกับสุขภาพของท่านส่งผลให้ท่านได้รับการสุขภาพที่ดีต่อยกกว่าคนอื่นๆ					
+4.5) ท่านได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการที่สูงกว่าเมื่อมีความจำเป็นหรือร้องขอเพื่อรับบริการที่ท่านคิดว่าจำเป็น					
(5) ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน (Equitable financing)					
+5.1) ท่านมีค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการสุขภาพไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น					
+5.2) ท่านได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐเท่าเทียมกับบุคคลอื่น					
5.3) ท่านมักจะเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเนื่องจากสาเหตุกิจกรรมหรือโรคที่ท่านป่วยเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง					
5.4) ค่าใช้จ่ายทุกด้านในการไปรับบริการเป็นอุปสรรคสำคัญของท่าน					
(6) ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (Efficiency and Quality of care)					
+6.1) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านได้รับการสุขภาพที่ดี โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา การศึกษา เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย					
+6.2) ผู้ให้บริการให้บริการแก่ท่านด้วยความเต็มใจ โดยไม่กล่าววาจาไม่สุภาพ หรือแสดงอาการไม่ต้อนรับ					
+6.3) ความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพของท่าน					
+6.4) ประสิทธิภาพในการให้บริการของสถานบริการที่ท่านไปใช้บริการ					
(7) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Administrative efficiency)					
+7.1) สถานบริการที่ท่านไปรับบริการสามารถรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ					

รายการ/กิจกรรม/หัวข้อ	5	4	3	2	1
7.2) ในการจัดบริการสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือสถานบริการที่ท่านไปรับบริการ ประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดการ เช่น ปัญหาคอร์รัปชัน ปัญหาความขัดแย้งของบุคลากร ความขัดแย้งของคนในหมู่บ้านฯลฯ					
7.3) ท่านคิดว่าบริการสุขภาพที่ได้รับเกินความจำเป็นทางสุขภาพของท่าน					
+7.4) ในสถานบริการที่ท่านไปรับบริการ มีแพทย์ทางเลือกบริการเพื่อลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ					
(8) การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Democratic accountability and empowerment)					
+8.1) ท่านได้รับการแจ้งสิทธิผู้ป่วยก่อนการให้บริการของเจ้าหน้าที่					
+8.2) ท่านทราบเกี่ยวกับกระบวนการในการเรียกร้องสิทธิ หากถูกกระทำให้เกิดความเสียหายในการให้บริการ					
+8.3) ท่านเคยร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการจัดบริการด้านสุขภาพ					
+8.4) ท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยเข้าร่วมในการประชุมหมู่บ้านเพื่อร่วมเสนอความคิดเห็น แนวทางหรืออื่นใด เพื่อให้ หมู่บ้าน/ชุมชนของท่านมีสุขภาพที่ดี					
+8.5) ท่านเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพระดับหมู่บ้าน/ชุมชน					
(9) ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ (Patient and provider autonomy)					
+9.1) ท่านมีโอกาสหรือเคยได้รับโอกาสในการเลือกรับบริการ (เช่น นวด แทนการกินยาแก้ปวด หรือบริการที่เป็นทางเลือกที่ผู้รับบริการมีโอกาสเลือก)					
+9.2) ท่านได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ท่านคิดว่าจำเป็นและเป็นประโยชน์					
+9.3) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านมีสิทธิได้รับทราบชื่อ-สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ท่าน					
+9.4) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านได้รับทราบข้อมูลด้านการรักษา อย่างเพียงพอ และชัดเจน เพื่อให้ท่านสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษา					

รายการ/กิจกรรม/หัวข้อ	5	4	3	2	1
+9.5) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการ					
+9.6) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากตัวท่าน หรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย					
+9.7) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยท่านมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ					
+9.8) ท่านสามารถเลือกรับบริการในสถานบริการที่ท่านต้องการได้					

ภาคผนวก ค แบบประเมินความเห็นผู้เชี่ยวชาญ

เพื่อประกอบการร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อเป้าหมายการลดช่องว่างความเป็นธรรม
ทางสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติประเทศไทย

คำชี้แจงประกอบการให้ความเห็น

แบบประเมินความเห็นผู้เชี่ยวชาญฉบับนี้ ใช้มาตราประเมินค่า 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดตัวเลขให้กับระดับการวัดในแต่ละระดับจากลำดับสูงสุดเป็น 5 ถึงระดับต่ำสุดเป็น 1 ดังนี้

5	มากที่สุด	4	มาก
3	ปานกลาง	2	น้อย
1	น้อยที่สุด		

โปรดกาเครื่องหมายถูก / ในช่องที่ท่านเห็นควร

[illegible]

[illegible]

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล บุญมา สุนทรวีรัตน์
วัน เดือน ปี เกิด 19 มีนาคม 2514
ที่อยู่ปัจจุบัน 165/1 หมู่ที่ 12 ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย 42210
ที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ตำบลนาอาน อำเภอเมือง จังหวัดเลย
42000

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข ระดับ 7 (ว.บริการวิชาการ)

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2550	ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยนเรศวร
พ.ศ.2545	ส.ม. (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ.2537	ส.บ. (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ผลงานตีพิมพ์

ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

-Health Equity as a Human Rights of the Highland People in Thailand.

ผลงานตีพิมพ์อื่นๆ

-The Alliance for Health Promotion at Public Health Faculty Naresuan
University. 2007.