ความเป็นธรรมทางสุขภาพกับสิทธิมนุษยชน : กรณีชาวเขาไร้สัญชาติในประเทศไทย

บุญมา สุนทราวิรัตน์*
ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน†
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย‡
ชัยยง ขามรัตน์§

บทคัดย่อ การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพในแนวคิดสิทธิมนุษยชน เพื่อหาแนวทางลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มคนไทยพื้นราบ, กลุ่มชาวเขาสัญชาติไทย และกลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติ รวม ๗๘๙ คนใน ๑๐ จังหวัดภาคเหนือ ศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๔๙ - สิงหาคม ๒๕๕๐ โดยใช้เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ ๕ กลุ่ม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANOVA และ Z-Score เติมเต็มด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ, นำเสนอข้อมูลแก่ผู้เชี่ยวชาญ ๑๗ คน เพื่อหาฉันทามติร่วมในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

จากการศึกษาพบว่าระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพมีความแตกต่างกันทั้ง ๓ กลุ่ม จาก ๗ ใน ๕ ประเด็น (ค่าพี < ๐.๐๐๑), ไม่แตกต่าง ๒ ประเด็นโดยพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่าคะแนนความเป็นธรรมสูงสุด (Z = ๐.๓๒๕๓) ตามด้วยชาวเขาสัญชาติไทย (Z = ๐.๑๒๗๕) และชาวเขาไร้สัญชาติ (Z = – ๐.๓๘๘๕). แนวทางลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญมุ่งประเด็นการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม, มาตรฐานสถานบริการสาธารณสุข, การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องและการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

การลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ต้องดำเนินการด้วยนโยบายผสมผสาน เหมาะสม ตรงประเด็น ในอันที่จะส่งผลในวงกว้างเพื่อลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพในแนวคิดสิทธิมนุษยชน ระหว่างกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม.

คำสำคัญ: *สิทธิมนุษยชน, ความเป็นธรรมทางสุขภาพ, ชาวเขาไร้สัญชาติ*

Abstract **Health Equity and Human Rights of the Stateless Hill Tribes in Thailand**

Boonma Soontaraviratana*, Narongsak Noosorn†, Supasit Pannarunothai‡, Chaiyong Kamrat§
**Loei Provincial Public Health Office, †Public Health Faculty. Naresuan University, ‡Faculty of Medicine. Naresuan University, §Public Health Faculty, Mahasarakarm University, #Supported by Health Insurance System Research Office (HISRO) for the Health Systems Research Institute (HSRI)*

This mixed methodology research study was conducted to assess health equity within a human rights framework, comparing situations among three groups in Thailand in order to close the gap between these groups. The sample included 789 subjects (ethnic Thais, and hill tribe and stateless hill tribe people) from 10 provinces in northern Thailand; they were studied from December 2006 to August 2007. The tool for comparison was the benchmark of fairness for assessing health care reform. Data analysis was

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย*
†คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
‡คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
§คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

by ANOVA, Z-score and fulfilled qualitative data. Based on the research results 17 experts suggested policy options.

The results revealed significant differences among the three population groups on seven out of the nine benchmarks (all at $p < 0.001$). The non-significantly different benchmarks were efficiency and quality of care ($p = 0.170$) and administrative efficiency ($p = 0.227$). With regard to to Z-score analysis, Thai nationals (group 1) had the highest score ($Z = 0.3293$), the hill tribes with Thai citizenship (group 2) had a mid-level score ($Z = 0.1275$) and the stateless hill tribes (group 3) had the lowest score ($Z = -0.3885$). Recommendations from experts to bridge the gap included the need for budget allocations to fit with population, health care standards, legal reforms and the decentralization of health services to the local governments.

In conclusion, this research suggested that the Thai government should close the inequity gap by adopting a policy mix that would affect every population group in Thailand. The establishment of equity with regard to basic health care will promote human rights concerns within Thailand and will serve as an example for the promotion of humanitarian efforts elsewhere.

Key words: *human rights, health equity, stateless hill tribes*

ภูมิหลังและเหตุผล

นานาประเทศที่ก่อกำเนิดขึ้นบนโลกนี้ ล้วนมีที่มาและประวัติศาสตร์อันยาวนานด้วยกันทั้งสิ้น โดยที่ประวัติศาสตร์นั้นมักมีการต่อสู้แย่งชิงและเข่นฆ่า ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างเผ่าพันธุ์เป็นส่วนใหญ่. กลุ่มชนที่มีพลังอำนาจมากกว่าจะก้าวไปสู่ชนชั้นปกครอง ชนกลุ่มที่มีพลังอำนาจน้อยกว่ามักอยู่ภายใต้อำนาจการปกครองหรือถอยร่นไปสู่ดินแดนแห่งใหม่.

ประเทศไทยมีประวัติศาสตร์และความเป็นมาที่ยาวนาน มีการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งอิสรภาพ เพื่อสิทธิเสรีภาพในการปกครองตนเอง หลายครั้ง. นอกจากคนเชื้อชาติไทยแล้ว ในประเทศไทยก็มีชนเผ่าต่างๆ หลายสิบเผ่า ทั้งชาวเขาและชาวเล รวมทั้งที่อพยพมาจากประเทศเพื่อนบ้าน พบว่ามีชาวเขาอยู่ประมาณ ๙๒๒,๙๗๕ คน[๑] ประกอบด้วยกะเหรี่ยง (ปะกา-กะยอ), ม้ง (แม้ว), ลาหู่ (มูเซอ), ลีซู (ลีซอ), เมี่ยน (เย้า), อาข่า (อีก้อ), คะชิ่น (ถิ่น) และเผ่าเล็กเผ่าน้อยอีกจำนวนหนึ่ง; ส่วนใหญ่อาศัยในภาคเหนือและภาคตะวันตกของประเทศไทย ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง น่าน แม่ฮ่องสอน ตาก แพร่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร กาญจนบุรี สุพรรณบุรี อุทัยธานี สุโขทัย พะเยา เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี และเลย[๑]. ชาวเขาเหล่านี้ บางเผ่าอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานกว่าสองร้อยปี แต่หลายคนยังคงไร้สัญชาติ ไม่ได้รับสิทธิพลเมือง จากสาเหตุหลายประการแตกต่างกันออกไป เช่น ตกสำรวจ, ไม่สนใจ, ไม่เห็นความสำคัญ, ไม่มีความจำเป็นหรือไม่ทราบผลที่จะตามมาจากการไม่มีสัญชาติ. แต่การไม่มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ยังคงชดเชยด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิที่ติดตัวคนมาตั้งแต่เกิด เป็นสิทธิในการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรี สิทธิที่จะได้รับการปกป้อง คุ้มครองให้มีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงปลอดภัย. สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานให้คนเรามีเสรีภาพที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง คุณภาพของความเป็นคน และตอบสนองความต้องการของชีวิต ทางกาย, จิตวิญญาณและอื่นๆ. สิทธิมนุษย-ชนเป็นพัฒนาการที่เกิดจากความรู้สึกบีบคั้น กดขี่ข่มเหง เอาเปรียบจากบุคคล องค์กร สถาบัน อำนาจ รู้สึกว่าถูกละเมิด ได้รับความไม่เป็นธรรม. ความเป็นธรรมเป็นแนวคิดที่มากับสิทธิมนุษยชน เป็นหลักศีลธรรมที่คนต้องยอมรับและเคารพในการปฏิบัติต่อผู้อื่นโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าชายหรือหญิง เด็กหรือคนชรา รวยหรือจน เชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์ ศาสนาหรือภาษา สีผิวหรืออุดมการณ์[๒]. ความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน พบที่มาที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับหลักพิจารณา.

ในหลายกรณีที่มีการกล่าวอ้างศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เพื่อเรียกร้องสิทธิเสรีภาพ รวมทั้งกรณีการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งเกิดขึ้นทุกระดับ จากท้องถิ่นหรือระดับชาติและนานาชาติ นำมาซึ่งความขัดแย้งและสร้างเงื่อนไขให้เกิดความไม่สงบสุข เกิดการต่อสู้และความรุนแรง จึงได้เกิดปฏิญญา

สากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่นานาประเทศทั่วโลกได้ร่วมลงนามเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๒[๓,๔] รวมทั้งข้อตกลงอื่นๆ อีกจำนวนมาก ตลอดจนการเกิดขึ้นขององค์กรระหว่างประเทศอย่างสหประชาชาติและอื่นๆ เพื่อเป็นเวทีและกลยุทธ์ในการสร้างความร่วมมือและสันติภาพ ซึ่งจะเกิดได้ถ้าหากทุกฝ่ายเคารพในสิทธิมนุษยชน.

สิทธิมนุษยชนที่คนส่วนใหญ่มักจะมองข้ามคือสิทธิในสุขภาพร่างกายของตนเองในการที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพที่ควรเป็น. คำว่า "ตามสภาพที่ควรเป็น" นั้นอาจหมายถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เช่น บริการอนามัยแม่และเด็ก, บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน, บริการรักษาพยาบาลขั้นต้น, บริการวางแผนครอบครัว, บริการพื้นฐานอื่นๆ. บริการพื้นฐานเหล่านี้มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ไม่ควรขึ้นกับการมีหรือไร้สัญชาติ แต่ควรได้รับเพราะว่ามีสถานะเป็น "มนุษย์" โดยไม่ควรมีเครื่องกีดขวางใดๆ ที่ "รัฐ" ได้กำหนดขึ้นเป็นกำแพงกั้นการเข้าถึงบริการของพวกเขาเหล่านั้น.

ระบบการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน สามารถเรียกเก็บได้เฉพาะบางกลุ่มและเป็นเพียงจำนวนน้อย[๖]. ส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการไม่สามารถเรียกเก็บได้. ดังนั้นเงินที่ได้รับการจัดสรรตามระบบส่วนหนึ่งจึงถูกเฉลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่กลุ่มคนไร้สิทธิ ประชาชนในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่มีสิทธิตามระบบจึงถูกระบบดังกล่าวลิดรอนสิทธิที่ควรได้ ควรเป็น หรือถูกลดโอกาสที่จะได้รับบริการที่ดีๆ มีคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น จากเงินงบประมาณที่ถูกใช้จ่ายไปกับกลุ่มคนไร้สิทธิ และไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ส่งผลต่อความเป็นธรรมของคนทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนี้[๕].

๑. ผลต่อกลุ่มประชาชนผู้มีสิทธิพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ในพื้นที่ที่มีชนกลุ่มน้อยหรือคนไร้สัญชาติ ที่ไม่มีสิทธิพลเมือง อาศัยอยู่ เช่น ผลกระทบจากการเสียโอกาสในการได้รับการพัฒนาสุขภาพจากงบประมาณที่จัดสรร, ระยะเวลารอคอยที่มากขึ้นในการเข้ารับบริการ, การเสียโอกาสในการได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน.

๒. ผลกระทบกับคนไร้สัญชาติที่ไม่มีสิทธิพลเมือง เช่น การขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างเหมาะสม, ผลกระทบด้านจิตใจในการถูกมองว่าเป็นประชาชนชั้น ๒ รวมถึงการขาดโอกาสในการได้รับการพัฒนาสุขภาพ.

๓. ผลกระทบต่อสถานบริการสาธารณสุข เช่น ผลกระทบต่อโอกาสในการพัฒนาสถานบริการด้านต่างๆ, ผลกระทบต่อขวัญ/กำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มากขึ้น ทำให้ดำเนินการอย่างยากลำบาก, ผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่อาจลดลงจากภาระงานที่มากขึ้น.

ประเด็นที่ตามมาคือ นานาอารยประเทศมองภาพเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างไรในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาในมุมมองด้าน "สิทธิมนุษยชน" ของคนกลุ่มไร้สัญชาติ.

จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่ามีกลุ่มคนไร้สัญชาติอาศัยในประเทศไทยกว่า ๑,๑๕๐,๐๐๐ คน เป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านสิทธิและสถานะ ทั้งๆ ที่เกิดในประเทศไทย แต่ไม่ได้รับสิทธิใดๆ. กลุ่มคนเหล่านี้ล้วนขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่ไม่ว่าบุคคลเหล่านี้จะสามารถจ่ายเองได้หรือไม่ก็ตาม สถานพยาบาลก็ต้องให้การรักษาพยาบาล. ด้วยเหตุผลทางด้านมนุษยธรรมแม้จะไม่มีงบประมาณสนับสนุน สถานพยาบาลบางแห่งก็ไม่ปฏิเสธการให้บริการ ทำให้สถานพยาบาลเหล่านั้นมีภาระเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับงบประมาณ[๖].

นโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศจะต้องตระหนักเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวอย่างไร, ควรมีรูปแบบการดำเนินงานอย่างไรจึงจะเหมาะสมในมุมมองหลายฝ่าย. หากจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย แนวนโยบายอื่นๆเพื่อสนับสนุนการลดช่องว่างนั้นควรประกอบด้วยอะไรบ้าง, มีข้อจำกัดอย่างไร โดยมุ่งประเด็นสิทธิของชาวเขาไร้สัญชาติใน

แนวคิดสิทธิมนุษยชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพในแนวคิดสิทธิมนุษยชนของชาวเขาไร้สัญชาติในประเทศไทยกับค่าความเป็นธรรมเฉลี่ย เพื่อนำไปสู่แนวทางลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๔๙ - สิงหาคม ๒๕๕๐โดยแบ่งการวิจัยเป็น ๒ ระยะคือ

ระยะที่ ๑ การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพในแนวคิดสิทธิมนุษยชน ดำเนินการในพื้นที่ ๑๐ จังหวัดภาคเหนือ ที่มีชาวเขาอาศัยอยู่พอที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง, ประกอบด้วย ลำปาง, ตาก, แม่ฮ่องสอน, เชียงใหม่, เชียงราย, น่าน, พะเยา, ลำพูน, พิษณุโลก, และเพชรบูรณ์ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัดและการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอ, สุ่มตำบล, สุ่มหมู่บ้าน และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งเพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อนจึงเลือกใช้สูตร $n_{SRS}= (Z^2_{\alpha/2}p(1-p)/d^2)$x Deff ได้กลุ่มตัวอย่าง ๗๖๙ คน[๗] โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบ ๓ กลุ่ม คือคนไทยพื้นราบ, ชาวเขาสัญชาติไทย และชาวเขาไร้สัญชาติ. ศึกษากลุ่มชาวเขาใน ๗ เผ่าหลักของประเทศไทย ได้แก่ กะเหรี่ยง(ปะกาเกะยอ), ม้ง(แม้ว), อาข่า(อีก้อ), เมี่ยน(เย้า), คะชิ่น(ถิ่น), ลาหู่ (มูเซอ) และลีซอ(ลีซู) รวมจังหวัดละ ๓ กลุ่มๆ ละ ๒๖ คนรวม ๗๘ คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๗๘๐ คนใน ๑๐ จังหวัด. เมื่อดำเนินการได้กลุ่มตัวอย่าง ๗๘๙ คน เป็นคนไทยพื้นราบ ๒๖๐ คน, ชาวเขาสัญชาติไทย ๒๗๒ คนและชาวเขาไร้สัญชาติ ๒๕๗ คน ใช้เครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูล ๒ ชุด คือ (๑) แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ ๙ กลุ่มตัวชี้วัด, ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพที่พัฒนาโดยศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์[๘]; (๒) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก, การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มโดยดำเนินการในพื้นที่เดียวกับข้อมูลเชิงปริมาณ ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๓ กลุ่ม เพื่อเติมเต็มข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์และน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น.

ระยะที่ ๒ การศึกษาเพื่อหาฉันทามติร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการลดช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยการศึกษาเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR)[๙] จำนวน ๑๗ ท่าน โดยดำเนินการ ๓ ขั้นตอนคือ (๑) *สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ* โดยสามารถเสนอแนวคิดได้อย่างอิสระในประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพในแนวคิดสิทธิมนุษยชนและไม่แจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญอื่นเพื่อป้องกันการครอบงำทางความคิด (bandwagon effect); (๒) *สร้างเครื่องมือสัมภาษณ์แบบมาตรวัด ๕* ระดับจากการรวมกลุ่มแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญโดยมุ่งหวังเพื่อลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงประเด็น, ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน; และ (๓) *ส่งแบบประเมินในข้อ ๒* กลับไปยังผู้เชี่ยวชาญพร้อมข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ. หากผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ต้องร้องขอให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงเหตุผลประกอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q1-Q3).

ผลการศึกษา

ระยะที่ ๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงปรกติ เป็นหญิงร้อยละ ๖๐.๓, อายุ ๑๕-๒๙ ปีร้อยละ ๒๖.๒, และ ๔๕-๕๙ ปีร้อยละ ๒๖.๑. สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๗๓.๓, อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ ๕๑.๖; ไม่ได้ศึกษาร้อยละ ๕๒.๒ โดยเฉพาะชาวเขาไร้สัญชาติไม่ได้ศึกษาถึงร้อยละ ๘๗.๕; รายได้น้อยกว่าปีละ ๕๐,๐๐๐ บาทร้อยละ ๖๗.๐; มีโรคประจำตัวร้อยละ ๓๑.๘ คือความดันโลหิตสูงร้อยละ ๑๐.๑; มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ ๗๗.๔ แต่กลุ่มชาวเขาไร้สัญชาติไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ ๖๑.๙ โดยที่ภาพรวมไม่ต้องจ่ายค่าบริการเมื่อไปรับบริการร้อยละ ๗๘.๑ แต่พบว่าค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการเฉลี่ยต่อคนต่อครั้งประมาณ ๒๗๐บาท; ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ยประมาณ ๑๕.๕ กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย ๔๒ นาที; พาหนะที่ใช้เดินทาง

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม

เครื่องชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนฯ)			F	p-value
	คนไทย	ชาวเขา	ไร้สัญชาติ		
สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	๓.๓๕(๐.๕๒)	๓.๑๘(๐.๕๔)	๒.๘๗(๐.๖๒)	๔๘.๔๒	<.๐๐๑
อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม	๓.๔๒(๑.๑๑)	๓.๓๓(๑.๐๒)	๒.๔๐(๑.๐๘)	๗๒.๖๐	<.๐๐๑
ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	๓.๔๖(๐.๔๒)	๓.๒๒(๐.๔๔)	๓.๐๕(๐.๔๖)	๔๖.๘๒	<.๐๐๑
ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ	๓.๔๕(๐.๕๘)	๓.๒๗(๐.๕๕)	๒.๗๘(๐.๖๗)	๘๓.๖๔	<.๐๐๑
ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	๓.๔๒(๐.๖๕)	๓.๒๔(๐.๗๖)	๒.๖๗(๐.๗๗)	๗๐.๕๖	<.๐๐๑
ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	๓.๔๕(๐.๗๕)	๓.๖๓(๐.๕๘)	๓.๖๐(๐.๕๕)	๑.๗๘	.๑๗๐
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	๓.๓๒(๐.๔๕)	๓.๓๗(๐.๕๔)	๓.๓๕(๐.๔๕)	๑.๔๕	.๒๒๗
การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน	๒.๕๗(๐.๗๕)	๒.๑๑(๐.๘๐)	๑.๗๗(๐.๗๑)	๗๒.๗๘	<.๐๐๑
ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	๓.๑๓(๐.๖๓)	๒.๔๔(๐.๗๔)	๒.๐๑(๐.๖๘)	๑๗๔.๔๔	<.๐๐๑

(Degree of Freedom between Groups = 2, within Groups = 786, Total = 788)

มากที่สุดคือจักรยานยนต์ร้อยละ ๔๙.๖; สถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ ๔๙.๔ รองลงมาคือสถานีอนามัยร้อยละ ๓๓.๓; อุปสรรคในการเข้าถึงบริการของคนไทยพื้นราบคือไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง, ของชาวเขาสัญชาติไทยคือ ไม่มีพาหนะ, ส่วนชาวเขาไร้สัญชาติ คือการไม่มีสัญชาติ และการไม่มีหลักประกันสุขภาพ.

ผลการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ[๙] เปรียบเทียบ ๓ กลุ่ม พบรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๑.

มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ๑ คู่ที่มีระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ๗ ประเด็น (ค่าพี < ๐.๐๐๑) ซึ่งประกอบด้วยสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม, ปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ, ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ, ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน, การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน, ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ, ยกเว้น ประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ (ค่าพี=๐.๑๗๐) กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (ค่าพี=๐.๒๒๗) ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ.

จากนั้น นักวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้ง ๓ กลุ่ม เพื่อเติมเต็มส่วนขาดจนข้อมูลที่ต้องการมีความสมบูรณ์ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมต่อการให้บริการในสถานบริการได้พบข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่ได้เลือกปฏิบัติในประเด็นทั้ง ๒ อย่างแท้จริง. กล่าวคือมีการให้บริการตามความจำเป็นทางสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ก็มีบางประเด็นที่พบว่าเป็นอุปสรรคในการให้บริการ เช่น กลุ่มชาวเขาสูงอายุที่เข้ารับบริการและไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการกอปรกับผู้รับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ให้บริการอาจใช้คำพูดที่อาจไม่เหมาะสม แต่ก็พบจำนวนน้อย.

การศึกษาเชิงลึกในพื้นที่ กลุ่มคนไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะต้องมีเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ โดยที่คนไร้สัญชาติบางกลุ่มมีความเข้าใจว่า หากไม่มีค่าบริการก็จะไม่ได้รับบริการ จึงอาจหลีกเลี่ยงด้วยการซื้อยากินเอง หรือหากจำเป็นต้องไปรับบริการก็จะยืมเงินญาติพี่น้องหรือคนรู้จักจำนวนหนึ่งเพื่อเป็นค่าบริการ และยังมีบางคำพูดที่สะท้อนถึงคำว่าไร้สัญชาติชัดเจนยิ่งขึ้นเช่น “หนูอยากให้คนทำนโยบายประเทศลองไม่มีสัญชาติดู แล้วลองให้ลูกเขาป่วย

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มด้วยค่าความเป็นธรรม (Z-score)

เครื่องชี้วัด	ค่า Z-score		
	คนไทย	ชาวเขาสัญชาติไทย	ชาวเขาไร้สัญชาติ
สถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	๐.๓๖๑๐	๐.๐๗๕๕	-๐.๔๔๕๔
อุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียม	๐.๓๑๓๐	๐.๒๓๕๕	-๐.๕๖๖๕
ปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเงินที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	๐.๔๓๔๕	-๐.๐๗๗๑	-๐.๓๕๘๗
ความครอบคลุมและความเท่าเทียมในการใช้บริการ	๐.๔๑๗๓	๐.๑๕๐๒	-๐.๕๘๑๓
ความเท่าเทียมในการจ่ายเงิน	๐.๓๗๘๔	๐.๑๕๔๖	-๐.๕๔๖๖
ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ	-๐.๐๕๒๘	๐.๐๖๔๕	๐.๐๒๔๘
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	-๐.๐๘๖๘	๐.๐๑๖๓	๐.๐๖๖๐
การตรวจสอบได้และการมีส่วนร่วมของชุมชน	๐.๕๐๕๒	-๐.๐๔๕๖	-๐.๔๖๒๗
ความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการ	๐.๗๒๕๘	-๐.๑๐๖๓	-๐.๖๒๕๘

ไม่มีเงินไปหาหมอเหมือนหนู เขาจะรู้สึกยังไง" (ตารางที่ ๒).

การประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพ ด้วยค่า Z-score ซึ่งเป็นค่าที่ระบุขนาดความเป็นธรรมทางสุขภาพของกลุ่มนั้นว่ามากกว่าหรือน้อยกว่าค่าความเป็นธรรมเฉลี่ยของประเทศไปกี่เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่าเฉลี่ยของระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นใน ๗ ประเด็น และชาวเขาไร้สัญชาติมีค่าต่ำกว่ากลุ่มอื่น โดยประเด็นความเป็นอิสระของผู้ใช้และผู้ให้บริการมีความแตกต่างของค่า Z-score มากที่สุดหรือมีความแตกต่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพสูงสุด. ส่วนในประเด็นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กลับพบว่าคนไทยพื้นราบมีค่า Z-score ต่ำที่สุด และกลุ่มชาวเขาสัญชาติไทยมีค่า Z-score อยู่ตรงกลางระหว่างคนไทยพื้นราบกับชาวเขาไร้สัญชาติในทุกประเด็น.

ระยะที่ ๒ พบว่าฉันทามติร่วมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประกอบด้วย

๑. การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
๒. กระบวนการสร้างคุณภาพตามมาตรฐาน
๓. การจัดการภาคกฎหมาย และที่เกี่ยวข้อง
๔. กระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

วิจารณ์

ผลการประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มชน โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ๙ กลุ่ม (The Benchmark of fairness) พบความแตกต่างอย่างชัดเจนใน ๗ ประเด็น. โดยที่กลุ่มคนไทยพื้นราบมีระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพสูงกว่าชาวเขาสัญชาติไทยและชาวเขาไร้สัญชาติ ยกเว้นประสิทธิภาพและคุณภาพบริการกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการที่ไม่พบความแตกต่าง ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพบริการที่ชนกลุ่มต่างๆในประเทศไทยจะได้รับ มีคุณภาพและมาตรฐานที่ไม่แตกต่างกัน โดยที่ประชาชนทั้ง ๓ กลุ่มยังคงไม่ทราบในกระบวนการบริหารจัดการภาครัฐ ทั้งค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริการ, ค่าใช้จ่ายบริการระดับต้น, ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ, การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น, การให้บริการที่เกินความจำเป็น อีกทั้งยังไม่ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของภาครัฐ. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่ายังมีกลุ่มคนไร้สัญชาติบางกลุ่มที่ยังไม่เข้าใจกระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพเหล่านี้และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพได้. ส่วนค่า Z-score ของกลุ่มคนไทยพื้นราบที่มีค่าต่ำสุดใน ๒ ประเด็นการประเมินที่ไม่พบความแตกต่างนั้น ข้อมูลเชิงลึกพบว่าเป็นผลอันเนื่องมาจากกลุ่มคนไทย

พื้นราบมีความคาดหวังในระดับบริการที่มีคุณภาพจากสถานบริการสาธารณสุขในทั้ง ๒ ประเด็นมากกว่ากลุ่มชาวเขาและชาวเขาไร้สัญชาติ เมื่อได้รับบริการในระดับคุณภาพที่เท่ากันจึงมีความพึงพอใจน้อยกว่า และทำให้ระดับค่า Z-score ต่ำกว่ากลุ่มอื่น. การให้หรือได้รับสัญชาติอาจเป็นแนวทางในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมลง หากแต่เป็นเพียงบางประเด็นเท่านั้น. กลุ่มชาวเขาที่มีความเป็นเอกลักษณ์ด้านเชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม หรือประเพณีสูง จะเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งในกระบวนการลดช่องว่างของความเป็นธรรม เนื่องจากความเป็นเอกลักษณ์เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความแตกต่างในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญที่สุด. กระบวนการกลมกลืนระหว่างเชื้อชาติที่ดำเนินไปอย่างช้าๆ นับเป็นการลดช่องว่างโดยธรรมชาติ. หากชนกลุ่มน้อยเหล่านี้มีความเป็นคนไทยหรือชนกลุ่มใหญ่มากเท่าใด ช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพก็น่าจะแคบลงตามไปด้วย.

ข้อเสนอของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นับเป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพ หากรัฐนำมาประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย ทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม, มาตรฐานบริการสุขภาพ, การจัดการภาคกฎหมาย และกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากนำประเด็นเหล่านี้สู่การกำหนดนโยบายและนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ จะส่งผลให้ช่องว่างระหว่างกลุ่มลดลงอย่างเป็นรูปธรรม.

ข้อยุติ

กลุ่มคนไร้สัญชาตินับเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคมกลุ่มหนึ่งในประเทศไทย. ในกลุ่มดังกล่าวยังแยกเป็นกลุ่มไร้สัญชาติที่มีหลักประกันสุขภาพและกลุ่มไร้สัญชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพซึ่งปัจจุบันแม้มีจำนวนไม่มากนัก หากแยกออกจากกลุ่มที่อาศัยอยู่ชั่วคราวหรือกลุ่มอพยพเข้าออกจากประเทศเพื่อนบ้าน. แต่การแยกกลุ่มคนเหล่านี้ออกจากกันนั้นเป็นการยาก ส่งผลอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในประเด็นช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพ. แต่การลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้นมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องจำนวนมาก ในบางประเด็นสามารถดำเนินการให้เป็นรูปธรรมได้ง่าย. แต่บางประเด็นเป็นการยากในการดำเนินการแม้แต่คนไทยพื้นราบด้วยกันเองก็ตาม. ฉะนั้น จักต้องเข้าใจและยอมรับเป็นเบื้องต้นก่อนว่า การลดช่องว่างของความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้น อาจต้องเลือกดำเนินการในประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆมองว่าน่าจะสามารถดำเนินการได้ มาดำเนินการก่อน. ส่วนบางประเด็นอาจเป็นการยากยิ่งในการดำเนินการ หรือเมื่อดำเนินการแล้วก็อาจไม่ใช่หลักประกันว่าจะสามารถลดช่องว่างของความแตกต่างเหล่านั้นลงได้ ด้วยบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งจากสภาพเศรษฐกิจ, สังคม, ภูมิศาสตร์, วิถีชีวิต, ความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี รวมทั้งค่านิยมของคนในสังคม. แนวทางในการลดช่องว่างที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญและเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ไร้สัญชาติเป็นแนวทางเชิงนโยบายที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม. แนวทางที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัยนี้เสนอ จึงอาจเป็นอีกทางเลือก ที่รัฐสามารถนำมาประกอบการพิจารณา โดยเฉพาะประเด็น การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมชัดเจนและสอดคล้องฐานข้อมูลที่เป็นจริง, การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขให้มีมาตรฐานเดียวกัน และการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินการในประเด็นและรูปแบบที่เหมาะสม อีกทั้งประเด็นของการปรับปรุงกฎหมายให้มีความสอดคล้องยืดหยุ่นมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาทุกท่านของหน่วยงานสนับสนุนทุนวิจัย. ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้านในพื้นที่วิจัย ที่กรุณาสนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่. ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งทำหน้าที่ทั้งผู้ช่วยและล่ามในการแปลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทของพื้นที่.

เอกสารอ้างอิง

๑. Technical Service Club, Tribal Museum. The Hill Tribes of Thailand. 5thed. Chiang Mai Thailand: Nantakarn; 2004.

๒. พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๑๖ ตอนที่ ๑๑๘ก. (ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๒) หน้า ๑-๑๓.

๓. บรรเจิด สิงคะเนติ. หลักพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชนจำกัด; ๒๕๔๗.

๔. สมยศ เชื้อไทย.ทฤษฎีกฎหมาย: นิติปรัชญา. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชนจำกัด; ๒๕๔๕.

๕. จิราพร ลิ้มปานานนท์, ยุพดี ศิริสินสุข, วรรณา ศรีวิริยานุภาพ, วิทยา กุลสมบูรณ์, สุนทรี วิทยานารถไพศาล. โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค: การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนระดับล่าง. (สืบค้นเมื่อ ๑ สค. ๒๕๔๕. แหล่งข้อมูล:http://www2.nesac.go.th /document/ show06.php?did=06090001

๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๘ มีนาคม ๒๕๔๘ ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี.

๗. ฉวีวรรณ บุญสุยา. ประชากรและการเลือกตัวอย่าง. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและการวิจัยในงานสาธารณสุขมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; ๒๕๔๓.

๘. Pannarunothai S, Srithamrongsawat S. Benchmarks of fairness for health system reform: the tool for national and provincial health development in Thailand. Human resource for health development Journal 2004;4(1):13-26.

๙. จุมพล พูลภัทรชีวิน. รวมบทความวิจัยเกี่ยวกับการศึกษา: เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์; ๒๕๓๐.