บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของการมีหลักประกันสุขภาพระหว่างแรงงานย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น โดยมีหัวข้อการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดหลักประกันสุขภาพและรูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย
   1.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ
   1.2 รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย
   1.3 เงื่อนไขการใช้สิทธิการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2. ความเป็นธรรมและความแตกต่างการมีหลักประกันสุขภาพ
   2.1 คำนิยามความเป็นธรรม (Definition of Equity)
   2.2 มิติความเป็นธรรม
   2.3 ความแตกต่างการมีหลักประกันสุขภาพ
   2.4 สถานะสุขภาพ
   2.5 ความแตกต่างการใช้บริการทางการแพทย์
3. แนวคิดการย้ายถิ่นกับการมีหลักประกันสุขภาพ
   3.1 ความหมายของการย้ายถิ่น
   3.2 ประเภทการย้ายถิ่น
   3.3 ทฤษฎีการย้ายถิ่น
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีหลักประกันสุขภาพ
5. บริบทอาชีพก่อสร้าง ตัดยาง/ปลูกผัก ในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

1. แนวคิดหลักประกันสุขภาพและรูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย

1.1 ความหมายของการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพ (health insurance) เป็นการนำความเสี่ยงของแต่ละคนมารวมกันเป็นของกลุ่ม (risk pooling) แล้วกระจายให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแบกรับเฉลี่ยกัน ผู้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเบี้ยประกัน (premium) ให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ซึ่งองค์กรนี้จะจ่ายเงินทดแทน

ความเสียหายที่เกิดขึ้นให้กับสมาชิกที่ประสบความเสี่ยงนั้น ลดภาระความเสี่ยงของค่าใช้จ่ายจำนวนมากของแต่ละคนให้อยู่ในระดับที่ไม่มาก แต่ได้รับความคุ้มครองเกินกว่าเงินที่แต่ละคนจ่าย เป็นการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่ไม่แน่นอนของแต่ละคน ไปสู่ค่าใช้จ่ายจำนวนน้อย ๆ แต่คงที่ ความเป็นไปได้ของการประกันขึ้นอยู่กับการมีสมาชิกจำนวนมากพอที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงได้อย่างกว้างขวาง (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2537)

การประกันสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในวิชาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ตามอุปสงค์และอุปทานของการดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทของรัฐบาลในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ (Folland, Goodman and Stano, 2001) ซึ่งพบว่าสาเหตุที่ต้องทำประกันสุขภาพ (ยงยุทธ สงวนชม, 2542)

1. ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพไม่แน่นอน ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตามสถานพยาบาลต่าง ๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น

2. การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

3. ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้เก็บเงินออมไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อตัวเองเจ็บป่วยความเจริญทางวิทยาศาสตร์ และสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงเรื่องการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

4. การประกันสุขภาพ มีระบบบริหารจัดการ การกำกับมาตรฐานการรักษา ทำให้ค่ารักษาพยาบาลถูกลง

1.2 รูปแบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยมี 4 รูปแบบ ดังนี้ (กุศล สุนทรธาดา, 2546; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, 2546)

1. สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งครอบคลุมคนกลุ่มนี้ ประมาณ 7 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุน 2,106 บาท/คน/ปี

2. ประกันสังคม เป็นระบบที่มีการระดมเงินทุนจากปัจเจกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคเอกชน ตามข้อบังคับในกฎหมายลักษณะต่าง ๆ เป็นสิทธิเฉพาะตน นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จ่ายเงินสมทบกองทุนภายใน 30 วัน (สำนักงานประกันสังคม, 2545) โดยผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายเงินสมทบกองทุนปี 2546 เดือนละร้อยละ 4.5 ร่วมกับนายจ้างร้อยละ 4.5 และรัฐบาลร้อยละ 2.5 ของเงินเดือน จำนวนเงินสมทบคิดจากฐานค่าจ้างขั้นต่ำ 1,650 บาท ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน โดยนายจ้าง/ผู้ประกอบการมีหน้าที่สมทบของลูกจ้าง (สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเชียงราย, 2546; สำนักงานประกันสังคม, 2545) ผู้ประกันตนจะได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อได้ขึ้นทะเบียนและส่งเงินสมทบครบ 3 เดือนแล้ว โดยผู้ประกันตนจะต้องเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษา

เอง (สำนักงานประกันสังคม, 2545) ครอบคลุมผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมประมาณ 10 ล้านคน ค่าใช้จ่ายที่กองทุนประกันสังคมจ่ายให้สถานพยาบาลประมาณ 1,250-1,300 บาท/คน/ปี ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 2 รูปแบบ ได้แก่

2.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม ซึ่งมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐ ได้รับประโยชน์ทดแทน 7 ประเภท ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และกรณีว่างงาน ได้เริ่มบังคับใช้ปี 2547 (โดยเริ่มจัดเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนและนายจ้าง ร้อยละ 0.5 จากรัฐบาล ร้อยละ 0.25 ของค่าจ้าง ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 และผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบกรณีว่างงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนการว่างงาน จะมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2547 เป็นต้นไป) (สำนักงานประกันสังคม, 2547)

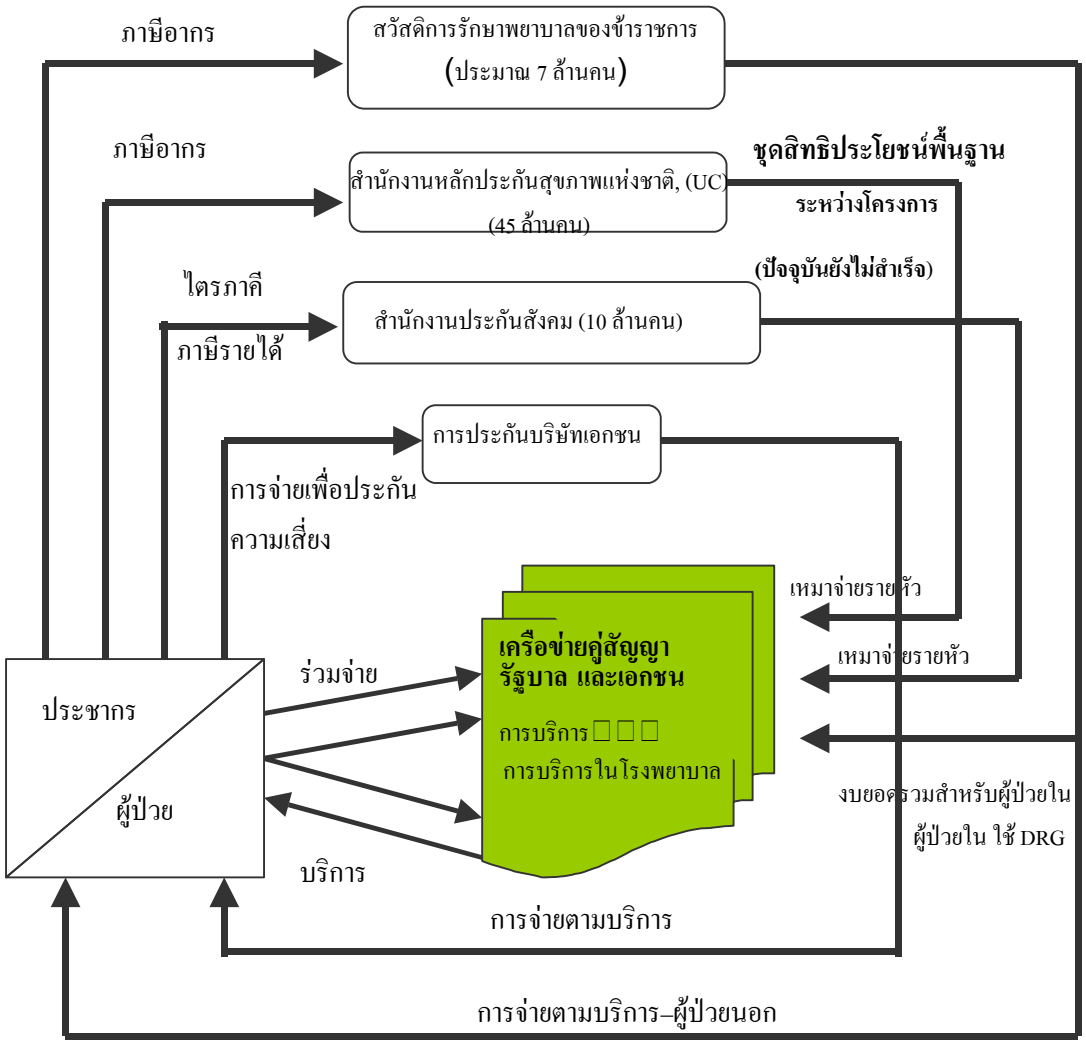
2.2 กองทุนชดเชยแรงงาน เป็นการจ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับค่ารักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งค่าปลงศพสำหรับการเสียชีวิตจากการทำงาน

3. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) มี 2 แบบ ได้แก่ บัตร 30 บาท แบบฟรีที่จัดให้แก่ผู้สมควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล 7 กลุ่ม คือ เด็ก นักเรียน ผู้สูงอายุ พระภิกษุ/ผู้นำศาสนา ทหารผ่านศึก ผู้พิการ และผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุนประมาณ 273 บาท/คน/ปี รวมทั้งสวัสดิการสำหรับอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม). และผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และอีกประเภทเป็นบัตร 30 บาทชนิดร่วมจ่าย ค่าธรรมเนียมการใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นการร่วมจ่ายค่าบริการในรูปแบบการร่วมจ่าย (copayment) เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ใช้บริการอย่างสมเหตุสมผล ไม่ได้ใช้บริการเกินความจำเป็น (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กาญจนา เกียรติธนาพันธุ์ และจเด็จ ธรรมธัชอารี, 2546) ครอบคลุมประชากร 45 ล้านคน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุนประมาณ 1,200 บาท/คน/ปี

ในเขตจังหวัดสงขลาได้มีการดำเนินงานนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการเดือนตุลาคม 2544 เพื่อแก้ปัญหาคนไทยเกือบ 20 ล้านคนที่ขาดหลักประกันสุขภาพ กลุ่มคนยากจนและด้อยโอกาสได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐน้อยกว่ากลุ่มข้าราชการประมาณ 8 เท่า (กุศล สุนทรธาดา, 2546; สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) และแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยอาศัยการปฏิรูประบบงบประมาณเป็นเครื่องมือสำคัญอ้างอิงประชากรในความรับผิดชอบเป็นหลักภายใต้วิธีการงบประมาณที่เป็นปลายปิด (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, 2546)

4. การประกันกับบริษัทเอกชน ครอบคลุมประชากร 2 ล้านคน ค่าใช้จ่ายที่บริษัทจ่ายให้ประมาณ 400 บาท/คน/ปี (กุศล สุนทรธาดา, 2546) บริษัทประกันแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บริษัท

ประกันชีวิต และบริษัทประกันภัย สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันจะได้จากประกันสุขภาพเอกชนมีความแตกต่างกันไปตามกรมธรรม์และทุนประกันที่ซื้อ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์, 2544)



ภาพประกอบ 3 รูปแบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545
ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, 2546

สรุปรูปแบบการประกันสุขภาพประเทศไทยตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบันมี 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ 2) ประกันสังคม 3) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4) การประกันกับบริษัทเอกชน

ตาราง 1 เปรียบเทียบการประกันสุขภาพกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย

ลักษณะ	การประกันสุขภาพ (health insurance)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage)
แหล่งของเงิน	ระบบประกันจากเบี้ยประกัน (premium) จ่ายให้กับองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกัน ค่าบริหารจัดการสูง มีความแน่นอนของเงินสำหรับบริการสุขภาพ การคิดค่าเบี้ยประกันตามความเสี่ยงของบุคคล แบบกลุ่มและตามระดับของรายได้	การสร้างหลักประกันสุขภาพจากระบบภาษี (tax-based health insurance) ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องมีการจัดเก็บเบี้ยประกัน (premium)
กลไก	มี 2 ประการ คือ 1. ให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำเป็น 2. ป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยงทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่แพง	สามารถเข้าถึงชุดบริการหลักด้านสุขภาพ (core service package) ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น มีมาตรฐานเดียวกัน โดยตั้งบนพื้นฐานของการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์ ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52

ที่มา : ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544; คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544

1.3 เงื่อนไขการใช้สิทธิการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ผู้มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จะต้องเป็นประชาชนชาวไทยทุกคนที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และมีเลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) โดยสามารถขอลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิตามมาตรา 6 กำหนดให้ “บุคคลใดใช้สิทธิตามมาตรา 5 (บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพตามที่กำหนด) ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานกำหนด เพื่อเลือกหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำ” โดยคำนึงถึงความสะดวก และความจำเป็นของบุคคลเป็นสำคัญ เพื่อเป็นไปตามแนวคิดในการจัดให้มี “หน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ” หรือ “หน่วยบริการปฐมภูมิ” เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนผู้มีสิทธิอย่างผสมผสาน (บริการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู) ต่อเนื่องและแบบองค์รวม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547) สิทธิการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 10, 11,12 ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม กฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัย

จากรถ ตามลำดับ นอกจากนี้ตามมาตรา 8 ให้หน่วยบริการที่ให้บริการแก่บุคคลที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนให้บุคคลนั้นลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ และแจ้งให้สำนักงานทราบภายในสามสิบวันนับแต่ให้บริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

การดำเนินการเปลี่ยนเลือกหน่วยบริการประจำ จะต้องใช้หลักฐานเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอใช้สิทธิ (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใช้สำเนาใบสูติบัตร) และการรับรองสำเนาทะเบียนบ้านและบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของบ้าน ในกรณีที่มีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยไม่ตรงกับทะเบียนบ้าน ให้แสดงสำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลที่ตนพักอาศัย/หนังสือรับรองของเจ้าบ้านหรือผู้นำชุมชนซึ่งรับรองว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ปัจจุบันสามารถใช้ใบสำคัญรับเงินค่าสาธารณูปโภค (ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์) ที่มีชื่อบุคคลและที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ หรือใช้ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ เป็นหลักฐานการเปลี่ยนเลือกหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถกระทำได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547)

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพของไทยในปัจจุบัน เป็นระบบประกันสุขภาพแบบหลายกองทุน จึงต้องมีการจัดการฐานข้อมูลระหว่างกองทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องครบถ้วน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ, 2546) กรณีขอดำเนินการขึ้นทะเบียนจะมีขั้นตอนตรวจสอบสิทธิ และเปลี่ยนเลือกสถานพยาบาลจากฐานข้อมูลเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีผู้ย้ายถิ่นที่ไม่เคยกลับบ้านเดิมเลย ไม่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถดำเนินการขอเปลี่ยนเลือกสถานพยาบาลได้ สถานบริการก็จะดำเนินการขอยกเลิกสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเดิมโดยใช้หลักฐานตามเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนแต่ละประเภท

แม้ว่าปัจจุบันได้มีการปรับหลักเกณฑ์ให้ผู้ถือบัตรทอง 30 บาท สามารถเลือกสถานบริการที่สะดวกในเขตอำเภอสะเดา แต่ในสภาพความเป็นจริงผู้ย้ายถิ่นที่มาทำงานชั่วคราว ยังคงไม่มีสิทธิ จากเหตุผลต่าง ๆ กันไป เช่น ไม่ทราบหลักเกณฑ์การเปลี่ยนเลือกสถานบริการ ไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้าน หรือบางส่วนไม่ได้ให้ความสนใจบัตร 30 บาท เพราะไม่เคยเจ็บป่วยที่รุนแรง และหรือไม่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้พบว่าปัญหาการใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนไม่ค่อยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าคู่กับบัตรประชาชน (เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใช้สำเนาใบสูติบัตร) ทุกครั้งที่มาใช้สถานบริการ ส่วนใหญ่จะยื่นเฉพาะบัตรสิทธิ สถานบริการมักจะอนุโลมการใช้

2. ความเป็นธรรมและความแตกต่างการมีหลักประกันสุขภาพ

2.1 คำนิยามความเป็นธรรม (Definition of Equity)

คำว่า "ความเป็นธรรม" มีคำหลายคำในภาษาอังกฤษที่มีความหมายคล้ายกัน ได้แก่ fairness justice equity equality (Braveman, 1998) การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเลือกใช้คำว่า "ความไม่เสมอภาคหรือความแตกต่าง" เพื่อสื่อความหมายคำว่า inequality ส่วนความเป็นธรรมใช้คำภาษาอังกฤษว่า equity

ความเท่ากันหรือความเสมอภาค (equality) ตามพจนานุกรมลองแมน (Longman dictionary of contemporary English, 1991) ให้ความหมายว่า เป็นสถานะของการมีส่วนเท่ากัน (the state of being equal) ส่วนความเป็นธรรม (equity) หมายถึง คุณภาพของการมีส่วนความยุติธรรมตามสิทธิที่เหมาะสม ถูกต้อง (the quality of being equitable; fairness) ทั้งสองคำมักมีความสับสนในการใช้เสมอในด้านความหมาย ความเสมอภาค (equality) ให้ความสนใจในส่วนแบ่งที่เท่ากัน ส่วนความเป็นธรรม (equity) จะเกี่ยวกับความยุติธรรมอาจจะมีการตัดสินความยุติธรรมด้วยสิ่งที่ไม่เท่ากัน ในเรื่องการดูแลสุขภาพอาจมีการตัดสินความเป็นธรรมด้วยความแตกต่างในการเข้าถึงบริการ (Donaldson and Gerard, 1993) ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังถึงความแตกต่าง ตัวอย่างหนึ่งของความแตกต่างของประชากรสองกลุ่มที่มีรายได้เหมือนกันแต่มีความแตกต่างอายุขัยเนื่องจากรูปแบบการดำรงชีวิตที่ต่างกัน ถ้ากลุ่มที่มีสุขภาพที่ไม่ดีมีรูปแบบการดำรงชีวิตที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมด้วย ผลของความแตกต่างในอายุขัยอาจกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างที่สะท้อนความเป็นจริงในสังคมของประชากรทั้งสองกลุ่ม ถ้าบุคคลสองคนมีความเป็นจริงที่ไม่เท่ากันในขนาด ความเท่ากันในการรักษาอาจจะไม่ยุติธรรม (Gwatkin, 2000)

มูนี่ (Mooney, 1992) ให้นิยามความเป็นธรรมที่เป็นไปได้ 7 ข้อ ได้แก่ ความเท่ากันของ (equality of) ในความหมายดังต่อไปนี้

1. รายจ่ายต่อหัว (expenditure per capita)
2. ปัจจัยนำเข้าต่อหัว (inputs per capita)
3. ปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (inputs for equal need)
4. การเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (access for equal need)
5. การใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (utilization for equal need)
6. ความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (marginal met need)
7. สุขภาพ (health)

ความหมายข้อที่ 1, 2 เป็นการหารต่อหัวอย่างง่ายทางเลขคณิต (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) เป็นความแตกต่างระหว่างสองพื้นที่ ในเรื่องราคาที่มีความสัมพันธ์กับกำลังคน สินค้าและบริการ

ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งปัจจัยนำเข้าการดูแลสุขภาพที่อาจทำให้มีความแตกต่างกัน ส่วนความหมายข้อที่ 4, 5 เป็นเรื่องอุปสงค์ (demand) และอุปทาน (supply) หรือความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน จะมีการใช้บริการที่แตกต่างกัน หากมีความแตกต่างการเข้าถึง แต่มีอุปสงค์เท่ากัน ความหมายข้อที่ 6 ขึ้นกับต้นทุนผลประโยชน์ (cost-benefit) ภายใต้งบประมาณจำกัด ส่วนความหมายข้อที่ 7 เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโรทัย, 2544)

สรุปว่าการให้ความหมายความเป็นธรรม ตามมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์จะนำคณิตศาสตร์ของการมีส่วนเท่ากัน (equality) เข้ามาอธิบายความหมาย ได้แก่ ด้านรายจ่ายต่อหัว การเข้าถึงหรือการใช้บริการตามความจำเป็น ความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล และด้านสุขภาพจากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่จะวัดความแตกต่าง (inequality) ในประเด็นต่าง ๆ กัน (Makinen, et al., 2000; Mackenbach and Kunst, 1997; Wagstaff, 2000; Gwatkin, 2000; Brockerhoff and Hewett, 2000; Goddard and Smith, 2001) เพื่อสะท้อนความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic) ในกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม

การพัฒนาแนวคิดความเป็นธรรมในมุมมองหลักปรัชญาและเศรษฐศาสตร์ โดยนักเศรษฐศาสตร์จะครอบคลุมความคิดของการเข้าถึงที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน แต่หลักปรัชญาโต้แย้งว่ามีการให้ความช่วยเหลือน้อยสำหรับการอธิบายความเป็นธรรมการดูแลสุขภาพ โดยหลักความเท่าเทียมกันมีการจัดทฤษฎีที่มีความหวังมากที่สุดของการดูแลสุขภาพอย่างยุติธรรม ทฤษฎีเหล่านี้ได้จากประสบการณ์ของบริการสุขภาพแห่งชาติประเทศอังกฤษ (Donaldson and Gerard, 1993)

ตาราง 2 แนวคิดความเป็นธรรมของนักปรัชญา

นักปรัชญา/ทฤษฎี	แนวคิด
Nozick (1974) ทฤษฎีสิทธิ (entitlement theory)	จำกัดแนวคิดเชิงทฤษฎีของความยุติธรรม กลไกตลาดถูกพิจารณาอย่างยุติธรรม
หลักผลประโยชน์นิยม (utilitarianism)	ขาดการวางทฤษฎีความยุติธรรม ความสุขทำให้มีจำนวนมากที่สุด สำหรับสมาชิกแต่ปฏิเสธการกระจาย
Rawls (1971)	ชุดพื้นฐานของสินค้าสังคมเบื้องต้นที่ถูกกระจาย ภายใต้ม่านแห่งความไม่รู้ ดังนั้นสภาพที่ไม่ดีในสังคมมีจำนวนมาก การดูแลสุขภาพไม่ได้เป็นหนึ่งในสินค้าเหล่านี้แต่อาจดู เช่น หน่วยงานเบื้องต้นได้รับการกระจายอย่างเป็นธรรมสำหรับเสรีภาพ พื้นฐานเป็นต้น แม้ว่ามันไม่มีความชัดเจน ถ้าความเป็นธรรมเกี่ยวกับการได้รับจำนวนมากจากการดูแลสุขภาพ ดังนั้น มีความเป็นไปได้ที่เกิดความเท่าเทียมกันของการใช้บริการ
ความเท่าเทียมกัน (egalitarianism)	การกระจายส่วนแบ่งที่เท่ากันของสินค้า สามารถนำไปใช้ใน ความหมายความเท่าเทียมของสุขภาพหรือความเท่าเทียมของการดูแลสุขภาพ

ที่มา : Donaldson and Gerard, 1993

ตาราง 3 แนวคิดความเป็นธรรมของนักเศรษฐศาสตร์

นักเศรษฐศาสตร์/ทฤษฎี	แนวคิด
Musgrave (1959) ทฤษฎีคุณความดี (Merit good theory)	แต่ละบุคคลจะเลือกใช้บริการการดูแลสุขภาพน้อยกว่าที่ควร จุดประสงค์ที่รัฐบาลจัดให้เพื่อประกันการใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยการเพิ่มการมีบริการ และให้ความสนใจกับการใช้บริการอย่างเท่าเทียมกัน
Lee (1962)	ประเด็นสำคัญของการบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษเป็นการจัดหาการดูแลสุขภาพที่ไม่คิดเงินที่จุดการใช้เพื่อประกันการใช้การดูแลสุขภาพ
Titmuss (1970)	หน้าที่ทางสังคม หมายถึง การบริการสุขภาพแห่งชาติประเทศอังกฤษได้ให้ความสนใจกับการจัดโอกาสส่งเสริมสุขภาพและหลักการปฏิบัติที่เห็นแก่ประโยชน์ผู้รับบริการ เป็นโอกาสความเท่ากันการใช้บริการสุขภาพ เช่นการเข้าถึง เพราะว่าทำให้สามารถส่งเสริมสุขภาพและเป็นประโยชน์ผู้รับบริการ
Sen (1977)	แต่ละคนให้ความคิดว่าโอกาสการใช้อื่น ๆ อาจจะยุติธรรมถ้าหากว่าไม่มาก มีความสำคัญมากกว่าโอกาสของคนเหล่านั้น ทั้งมีการกำหนดอย่างเหมาะสม คือ การเข้าถึงบริการที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
Margolis (1982)	แต่ละคนสนใจในการมีส่วนแบ่งที่ยุติธรรมสำหรับชุมชนที่นำคนเหล่านั้นสู่ความต้องการเพื่อสนับสนุนการมีบริการ ทั้งมีการกำหนดอย่างเหมาะสม คือ การเข้าถึงบริการที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน

ที่มา : Donaldson and Gerard, 1993

ไวทเฮด (Whitehead, 1992) ได้กล่าวถึงแนวคิดความเป็นธรรมในบริบทขององค์การอนามัยโลก 2 ประเด็น คือ ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ แนวคิดความเป็นธรรมในสุขภาพ (equity in health) หมายถึง ทุกคนควรจะมีโอกาสอย่างเป็นธรรมที่จะได้พัฒนาสุขภาพตนเองเต็มที่ร่วมกับแนวทางที่ดีที่สุดภายใต้สภาวะที่เป็นจริง ไม่ควรจะมีใครเสียเปรียบจากการได้รับการพัฒนาสุขภาพที่เป็นไปได้ ถ้ามันสามารถหลีกเลี่ยงได้ (Whitehead, 1992) การไม่พบความแตกต่างในระบบหนึ่งอย่างหรือมากกว่าในสถานะสุขภาพ (health status) ในสังคม ประชากร สภาพภูมิศาสตร์ที่กำหนดประชากร (Starfield, 2001) ส่วนความเป็นธรรมการดูแลสุขภาพ (equity in health care) หมายถึง ความเท่ากันการเข้าถึงการได้รับการดูแลสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (equal access to available care for equal need) ความเท่ากันการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (equal utilization for equal need) และความเท่ากันคุณภาพการดูแล (equal quality of care) ความเป็นธรรมไม่ได้หมายถึงทุกคนควรจะมีสถานะสุขภาพที่เหมือนกัน การใช้ทรัพยากรการบริการสุขภาพที่เหมือนกันโดยไม่คำนึงถึงความจำเป็น (Whitehead, 1992) จะต้องไม่มีความแตกต่างในการบริการด้านสุขภาพตาม

ความจำเป็นสุขภาพที่เท่ากัน ในแนวนอน (horizontal equity) หรือการเพิ่มการบริการสุขภาพที่จัดให้ตามความจำเป็นสุขภาพที่มากกว่าในแนวดิ่ง (vertical equity) สิ่งที่มีผลต่อคุณลักษณะความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่เป็นค่าเฉลี่ยสุขภาพในประชากร หรือความเป็นธรรมในการกระจายด้านสุขภาพ ซึ่งจะขึ้นกับสุขภาพแต่ละบุคคล (Starfield, 2001) คัลเยอร์และแวกสแตฟ (Culyer and Wagstaff, 1993) ได้วิเคราะห์ความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ (equity in health care) ซึ่งมีความสำคัญในนโยบายการดูแลสุขภาพในประเด็นความหมายต่อไปนี้

1. ความเท่ากันของรายจ่ายต่อหัว (equality of expenditure per capita) ซึ่งจะอยู่ภายใต้ขอบเขตเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ ตามเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่ได้จัดแบ่งตามความจำเป็น (need)

2. การกระจายตามความจำเป็น (distribution according to need) มี 2 มิติ คือ มิติแนวราบและแนวดิ่ง ซึ่งจะมองความจำเป็นในฐานะ 1) สุขภาพตั้งแต่เริ่มแรก (need as initial health) มีการคาดว่าคนที่มีสถานะสุขภาพต่างกันมักมีความจำเป็นที่ต่างกัน ความหมายนี้มีความยุ่งยากที่ยากจะพบว่าทำไมบางคนที่ป่วยสามารถพูดถึงความจำเป็นการดูแลสุขภาพ 2) การได้รับสิทธิประโยชน์ (need as capacity to benefit) 3) รายจ่ายที่คนควรจะมี (need as expenditure a person ought to have) 4) รายจ่ายมีความต้องการใช้สิทธิประโยชน์ (need as expenditures required to exhaust capacity to benefit) 5) ความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (marginal met need) เพื่อที่จะทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเท่ากัน จึงต้องลดราคาของบริการสุขภาพที่คนจนต้องจ่ายให้ลงมาจนกระทั่งผลคูณของราคาและอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของรายได้ของคนจนเท่ากับผลคูณนั้นของคนรวย (สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539)

3. ความเท่ากันการเข้าถึง (equality of access) ตามความจำเป็นมีความหมายในมุมมองของ 1) เป็นการใช้บริการ (access as utilization) เป็นความเท่ากันของการรักษาสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน 2) เป็นต้นทุนการได้การดูแลสุขภาพในด้านความเท่ากันของโอกาสที่บุคคลเผชิญด้านเงินและเวลาเหมือนกัน (access as the costs incurred in receiving health care) 3) ได้รับการบริการระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (access as maximum attainable consumption) 4) เป็นการได้รับเชิงอรรถประโยชน์ (access as forgone utility) 4) มีมาตรฐาน (living standards and access)

4. ความเท่ากันด้านสุขภาพ (equality of health) คือทุกคนในสังคมมีระดับสุขภาพเท่ากันเป็นเป้าหมายของนโยบาย ซึ่งความแตกต่างในสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ความไม่เท่ากันในสุขภาพจำเป็นต้องมีความไม่เท่ากันในการดูแล

โดยสรุปความเป็นธรรมมี 2 ประเด็น คือ ด้านสุขภาพ (equity in health) หมายถึง การมีโอกาสพัฒนาสุขภาพตนเองโดยคำนึงถึงความจำเป็น ร่วมกับแนวทางที่ดีที่สุดภายใต้สภาวะที่เป็นจริง

และด้านการดูแลสุขภาพ (equity in health care) ได้แก่ ความเท่ากันการเข้าถึง/การใช้บริการตามความจำเป็น ความเท่ากันคุณภาพการดูแล ความเท่ากันด้านสุขภาพ และความเท่ากันของรายจ่ายต่อหัว

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2544) ได้กล่าวถึงแนวคิดของความเป็นธรรม 2 แนวคิดใหญ่ ๆ คือ แนวคิดเสรีนิยม (libertarianism) และแนวคิดความเท่าเทียม (egalitarianism) แนวคิดเสรีนิยมจะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของทุก ๆ คน จะยอมรับก็เพียงการมีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) เท่านั้น เชื่อในกลไกตลาด การตัดสินใจของแต่ละคนว่าจะทำให้สามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดที่ตนเองต้องการ ต้องให้เสรีภาพแก่ทุกคนในการเลือกจึงจะเรียกได้ว่า เกิดความเป็นธรรม (equity as choice) ส่วนแนวคิดความเท่าเทียม เห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่การมีโอกาสที่เท่ากัน (equality of opportunity) รวมทั้งควรได้รับสวัสดิการดูแลจากสังคมอย่างเท่าเทียมกัน และท้ายสุดมีสถานะสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกันจะปฏิเสธกลไกตลาด เพราะเห็นว่ากลไกตลาดมีแนวโน้มล้มเหลว เนื่องจาก ถ้าคนมีโอกาสที่ความแตกต่าง คนที่มีข้อมูลมากกว่าก็จะใช้โอกาสที่มีมากกว่าสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง ดังนั้น กลุ่มแนวคิดความเท่าเทียมจะให้ความหวังกับสังคมที่ต้องช่วยกันจรรโลงความเท่าเทียมกัน ซึ่งกระแสการศึกษาเรื่องความเป็นธรรมจะมี 3 กระแส คือ

1. นักสาธารณสุขศาสตร์ ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับสถานะสุขภาพที่เป็นธรรม
2. นักเศรษฐศาสตร์ ให้ความสำคัญเริ่มแรกกับรายจ่ายที่เป็นธรรม
3. นักสังคมศาสตร์ ให้ความสำคัญกับสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และชนชั้นในสังคม

เมื่อพิจารณาแนวคิดความเป็นธรรมการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ทางด้านจรรยาบรรณ อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Andersen, 1981) ได้กล่าวว่าวัตถุประสงค์ความเป็นธรรมจะต้องประกอบด้วยข้อตกลง 3 อย่าง คือ 1) สิทธิในการได้รับการบริการสุขภาพ (right to health care) ทางการแพทย์ให้ความสนใจแนวคิดสิทธิสุขภาพ (right to health) ซึ่งเป็นสิทธิที่ทุกคนควรได้รับอย่างน้อยที่สุดด้านสวัสดิการ สิทธิการได้รับการบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการมีความสำคัญเป็นเป้าหมายมาตรฐานระบบการดูแลสุขภาพ 2) การจัดสรรทรัพยากรการดูแลสุขภาพ 3) นโยบายสุขภาพควรมีกลไกความเป็นยุติธรรม (just) สำหรับการจัดสรรทรัพยากรดูแลสุขภาพที่ขาดแคลน คณะกรรมการติดตามการเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพบุคคลได้อ้างถึงความจำเป็นที่จะพัฒนาการวัดการเข้าถึงผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ย้ายถิ่น ผู้พิการ คนที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ความรุนแรงในครอบครัว บริการฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ (Institute of Medicine, 1993 cited by Andersen and Davidson, 1999) การพัฒนาการวัดการเข้าถึงคนด้อยโอกาสเป็นสิ่งสำคัญ เพราะส่วนใหญ่กลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับความจำเป็น (Aday, 1993b cited by Andersen and Davidson, 1999) จากงานศึกษาวิจัยของสุวจี จันทร์ถนอม-กู๊ด (2543) การค้นหาแนวคิดเรื่องสิทธิและความเป็นธรรมในสุขภาพจากมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งไปที่ประเด็นของการให้

บริการทางการแพทย์ (right to health care) สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิที่ประชาชนควรรู้และการดำเนินการในการจัดการของรัฐ ที่เป็นแนวคิดแบบความเท่าเทียมเป็นส่วนใหญ่ บัตรประกันสุขภาพในความเห็นประชาชนเป็นบัตรที่ทำให้ถูกตีตรา (stigmatize) จากผู้ให้บริการของสถานบริการ เพราะผู้ที่ใช้บัตรจะถูกมองเป็นบุคคลที่ด้อยค่า ประชาชนที่ใช้บัตรประกันสุขภาพมักไม่ได้รับความสะดวกในการใช้บริการและมีข้อจำกัดในการเลือกสถานบริการที่จะรับรักษา ปัญหาการบริการที่มีความความแตกต่าง ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกว่าสิทธิของตนถูกลิดรอน หรือละเมิดโดยเฉพาะเมื่อมีการกระทำผิดจากผู้ที่ให้บริการ

สรุปว่าความเป็นธรรมเป็นแนวคิด (equity as a concept) เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญนโยบายการดูแลสุขภาพ (Culyer and Wagstaff, 1993; Mooney, 1994; Braveman, 1998) ที่มีบางสิ่งบางอย่างกระทำด้วยความยุติธรรมไม่ลำเอียง (fairness) และตัดสินอย่างเป็นธรรม (justice) (Mooney, 1994; Whitehead, 1992; Starfield, 2001) ซึ่งมักจะปรากฏความเท่ากัน (equality) เกี่ยวข้องด้วยเสมอ แต่บางทีไม่ทั้งหมดของความเท่ากันของคน ต้องมีเงื่อนไขและบริบทกำกับ ความหมายความเป็นธรรมการเข้าถึง (equity of access) มีรากฐานความเท่าเทียมกัน (egalitarianism) (Waters, 2000) ส่วนความหมายความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความเท่ากันด้านสุขภาพ ความเท่ากันการใช้การดูแลสุขภาพ และความเท่ากันการเข้าถึง โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานโอกาสที่จะได้รับบริการการดูแลสุขภาพตามความจำเป็น (need) และการกระจายทรัพยากร (Mooney, 1994) ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสนใจความเท่ากันการเข้าถึง (equality of access) นักเศรษฐศาสตร์เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจสะท้อนปัญหาความแตกต่าง (inequality) อย่างชัดเจนระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาในด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการกระจายรายได้ให้สามารถวัดได้เป็นรูปธรรม การศึกษาวิจัยครั้งนี้วัดขนาดความไม่เสมอภาคหรือความแตกต่าง (unfair inequality) ของความครอบคลุมการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ เพื่อสะท้อนความไม่เป็นธรรม (inequity) ซึ่งเขียนเป็นสมการได้ว่า inequity=unfair inequality การศึกษาใช้การสำรวจครัวเรือนแรงงาน ศึกษาความสัมพันธ์ที่ไม่ยุติธรรม (unfair) ในประเด็นความครอบคลุมการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ การรับรู้สุขภาพทั่วไป รายได้ครัวเรือนต่อปีในการกระจายของการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ด้านการใช้บริการทางการแพทย์วัดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามความจำเป็น (need) ซึ่งการวัดความจำเป็นวัดตามความรุนแรงการเจ็บป่วย (severity of illness) (Waters, 2000) และค่ารักษาด้านสุขภาพเป็นต้นทุนทางการแพทย์ (medical cost) ทั้งในส่วนแรงงานและครอบครัว

2.2 มิติความเป็นธรรม

มิติความเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ มี 2 มิติ คือความเป็นธรรมแนวราบ (horizontal equity) และความเป็นธรรมแนวดิ่ง (vertical equity) ความเป็นธรรมแนวราบ คือ การได้รับการดูแลที่เท่ากันตามความจำเป็นที่เท่ากัน (equal treatment for equal need) เช่น สองคนที่ป่วยด้วยโรคปอดบวมควรได้รับการรักษาที่เท่ากันในขณะที่ในหลักการมีความแตกต่างกับแนวคิดเหล่านี้ ซึ่งไม่สามารถอธิบายความเท่าเทียมกันของการรักษาโดยไม่สนใจความจำเป็น เพราะว่ากลุ่มที่สุขภาพดีจะไม่ต้องการรักษาเหมือนกับกลุ่มที่มีสภาวะเจ็บป่วย ส่วนความเป็นธรรมแนวดิ่งคือ การได้รับการดูแลที่ความแตกต่างกันเมื่อมีความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน (the extent to which individuals with unequal needs) ความคิดที่แต่ละคนมีสุขภาพที่แตกต่างกัน ตัวอย่างโรคไข้หวัดกับปอดบวม จะต้องได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน (Donaldson and Gerard, 1993; McGuire, Henderson and Mooney, 1988; Braveman, 1998; Waters, 2000)

ตาราง 4 มิติความเป็นธรรมจำแนกตามแนวความเป็นธรรม

มิติ	แนวความเป็นธรรม
	ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal equity)
H1	การได้รับการดูแลที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกเท่ากัน (equal treatment of those with equal expected final health)
H2	การได้รับการดูแลเท่ากันเมื่อมีความต้องการเท่ากัน (equal treatment for equal need)
H3	การได้รับการดูแลเท่ากันสำหรับผู้ที่คาดหมายว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เท่ากัน (equal treatment for those with equal expected final health)
	ความเป็นธรรมแนวดิ่ง (Vertical equity)
V1	การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกที่ด้อยกว่า (more favourable treatment for those with worse initial health)
V2	การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีความต้องการที่มากกว่า (more favourable treatment for those with greater need)
V3	การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่คาดหมายว่าจะมีสถานะสุขภาพสุดท้ายที่ต่ำกว่า (more favourable treatment for those with worse expected final health)

ที่มา : Culyer, 1991 อ้างโดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544

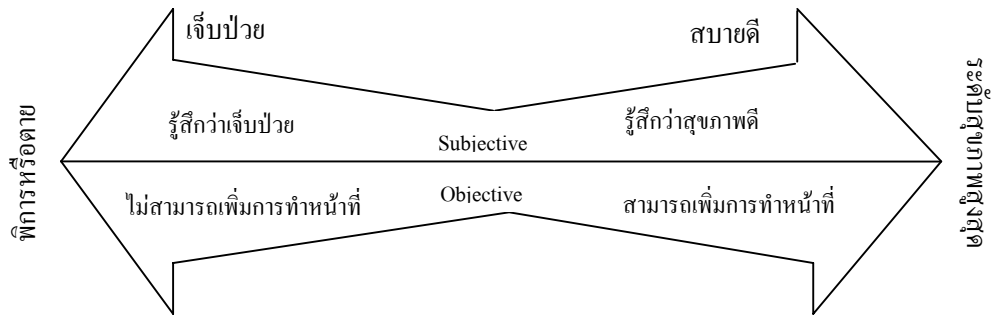
2.3 ความแตกต่างการมีหลักประกันสุขภาพ

จากหลายเหตุการณ์กลุ่มคนที่ไม่มีประกันสุขภาพเป็นกลุ่มที่เสียเปรียบในระบบสุขภาพปัจจุบัน กล่าวได้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกามีการดูแลด้านสุขภาพดีประเทศหนึ่ง แต่ก็ยังพบปัญหาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลที่ดี หรือไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ประชาชนอเมริกันที่มีประกันสุขภาพร้อยละ 90 จะได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพมักละเลยการดูแลป้องกันสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองโรค เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงเป็นระยะเวลานาน กลุ่มไม่มีประกันต้องขอความอนุเคราะห์การรักษา ด้วยความหวังว่าทางแพทย์และโรงพยาบาลจะไม่ทอดทิ้งเขาเหล่านั้น (Calhoun, Light and Keller, 1997) เหตุผลหนึ่งของความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ คือ ปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงเกินร้อยละ 10 และร้อยละ 40 ของรายได้ครัวเรือน พบว่าขาดการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินจากการรับบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะยากจนและมีโรคเรื้อรัง (Waters, Anderson and Mays, 2004) ในปี 1980 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบความไม่เป็นธรรมในเรื่องประกันสุขภาพที่มีความต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันนี้ โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสและประชาชนที่มีรายได้น้อยดูเหมือนว่าการประกันสุขภาพเอกชนพบว่ามีน้อยที่สุด ระบบการดูแลแบบเมดดิเคด (medicaid) ซึ่งเป็นสวัสดิการประเภทหนึ่งที่รัฐจัดให้กับกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำ คนจน ผู้หญิงและชนกลุ่มน้อย ที่ชดเชยความไม่เป็นธรรมบางส่วน แต่ยังมีสัดส่วนการไม่มีประกันสูงในปี 1993 (Andersen and Davidson, 1999) ในปี ค.ศ.1989 ร้อยละ 17 ของประชากรในรัฐมิชิแกน ขาดความครอบคลุมหลักประกันส่วนใหญ่เป็นประเภทเมดดิเคด (medicaid) จะประสบปัญหาการเข้าถึงบริการมากที่สุด จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าและได้รับการดูแลน้อยกว่า การคอยนัดพบแพทย์มากกว่า 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 6.6) ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 3.7) (Bashur, Homan and Smith, 1994) เช่นเดียวกับการศึกษาของพาคและคณะ (Park, et al., 2001) พบว่ากลุ่มแรงงานมีหลักประกัน (OR=0.19, 95%CI: 0.10, 0.36) น้อยกว่ากลุ่มวิชาชีพ (OR=0.49, 95%CI: 0.27, 0.88) ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพทั่วไปที่ไม่ดีของกลุ่มแรงงาน (OR=3.05, 95%CI: 1.54, 6.05) สูงกว่ากลุ่มวิชาชีพ ส่วนอาชีพบริการและเกษตรกรได้รับหลักประกันจากนายจ้างน้อยกว่ากลุ่มวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการศึกษาของไฮวาดและคณะ (Hayward, et al., 1988) พบว่า วัยแรงงานที่ขาดหลักประกันสุขภาพจะประสบปัญหาทางด้านการเงินเมื่อเจ็บป่วย 2.3 เท่า (95%CI: 1.4, 3.5) ของวัยแรงงานที่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่ไม่มีประกันสุขภาพมีการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนมีประกันสุขภาพ RR=1.6 เท่า (95%CI: 1.4, 1.8) การขาดหลักประกันสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยเดียวของการสนับสนุนการเข้าถึง (access) รายได้ครัวเรือนยังเป็นตัวทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

การศึกษาหลายงานวิจัยประเด็นความแตกต่าง (inequality) มักจะมีการวัดความแตกต่างทางเพศภาวะ (gender) เชื้อชาติ การมีประกันสุขภาพ การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ จากตัวแปรด้านเศรษฐกิจและสังคม อันได้แก่ การศึกษา รายได้ อาชีพ ขนาดครัวเรือน ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาช่องว่างระหว่างกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่นที่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงขนาดความแตกต่างความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านการใช้บริการทางการแพทย์ และค่ารักษาด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดหลักประกันสุขภาพ พบว่าการไม่มีหลักประกันสุขภาพส่งผลให้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเกินความจำเป็น จากการไม่ไปรับหรือไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะแรก จากสาเหตุไม่สามารถแบกรับภาระทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล ส่งผลเป็นภาระทางการเงินแก่ผู้ให้บริการภาครัฐด้วย สถานการณ์ปัจจุบันที่รัฐบาลกำหนดการจัดระบบประกันสุขภาพภาคบังคับตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามารองรับ แต่ยังขาดการศึกษาที่ชัดเจนที่สรุปถึงการไม่มีหลักประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานย้ายถิ่นในประเทศ

2.4 สถานะสุขภาพ

แอลเลนเดอร์ และสปราดเลย์ (Allender and Spradley, 2001) ได้กล่าวถึงมิติสุขภาพ 2 มิติ คือ มิติที่คนรู้สึกว่าสบายดีหรือป่วย เรียก subjective และมิติความสามารถการทำหน้าที่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ สามารถสังเกตได้ เรียก objective เมื่อคนรู้สึกว่าสบายดีและสามารถทำหน้าที่ แสดงว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดี (wellness) แม้ว่าจะมีโรคเช่น โรคข้ออักเสบหรือเบาหวาน คนเหล่านั้นอาจรู้สึกว่าดีและปฏิบัติได้ดีภายใต้ความสามารถที่มี คนเหล่านี้ถูกพิจารณาว่าสุขภาพแข็งแรงหรือดี



ภาพประกอบ 4 มุมมองมิติแบบ subjective และ objective ของภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย

ที่มา : Allender and Spradley, 2001

การเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เจ็บป่วยเฉียบพลัน หมายถึงโรคหรือกระบวน (process) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ด้วยอาการและอาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการโรคนั้น ๆ ที่สามารถรักษาหายในระยะเวลาอันสั้นหรือตาย (Lundy and Janes, 2001) และเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวหรือความพิการถาวร (disability) ที่ขัดขวางหน้าที่กาย จิต หรือสังคม มีลักษณะความผิดปกติโครงสร้างทางร่างกายที่ปรากฏหรือรบกวนระบบภายในร่างกาย (impairment) ทำให้เป็นอุปสรรค (handicaps) (Hitchcock, Schubert and Thomas, 2003)

การประเมินสถานะสุขภาพ ที่นิยมใช้ในประเทศทางตะวันตก ได้แก่ การวัดสมรรถนะทางร่างกาย (physical function) ด้วย SF36 และ การรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง (self-rated health; SRH)

1. แบบวัดสมรรถนะทางร่างกาย SF36 (short-form) จะมีคำถาม 36 ข้อ ถูกแปลโดยโครงการ The International Quality of Life Assessment (IQQLA) ในปี 1991 ได้มีการสรุปประเมินพัฒนาความเที่ยงและความถูกต้องให้ได้มาตรฐาน จะมีประโยชน์ใช้เปรียบเทียบทั่วไปในการตรวจสอบความถูกต้องการรายงานทางการแพทย์และเป็นตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตวิทยา (Bobak, et al., 1998; Ware and Gandek, 1998) ได้มีการพัฒนาแบบวัด SF-12 เป็น SF-20 SF-36 ซึ่งสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างความนิยมการใช้ ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่าง SF-36 SF-20 SF-12 และ SF-8

	SF-36	SF-20	SF-12	SF-8
ข้อคำถาม	36 ข้อ	20 ข้อ	12 ข้อ	8 ข้อ
ประเภทข้อคำถาม	มี 8 ด้าน (ข้อ) - หน้าที่ทางกาย (10) - ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (4) - ความเจ็บปวด (2) - การรับรู้สุขภาพทั่วไป (5) - ความอ่อนเพลีย (4) - หน้าที่ทางสังคม (2) - ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (3) - สุขภาพจิตทั่วไป (6)	มี 6 ด้าน (ข้อ) - หน้าที่ทางกาย (6) - สุขภาพจิต (5) - ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (2) - หน้าที่ทางสังคม (1) - การรับรู้สุขภาพและความเจ็บปวด (6)	มี 8 ด้าน (ข้อ) - หน้าที่ทางกาย (2) - ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาสุขภาพทางกาย (2) - ความเจ็บปวด (1) - การรับรู้สุขภาพทั่วไป (1) - ความอ่อนเพลีย (1) - การรับรู้สุขภาพและความเจ็บปวด (6) - หน้าที่ทางสังคม (1) - ข้อจำกัดบทบาทจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (2) - สุขภาพจิตทั่วไป (2)	มี 8 ด้าน การถามผู้ตอบจะพิจารณาช่วงเวลา (recall period) ซึ่งสามารถใช้ได้ 3 แบบ คือ 1. แบบมาตรฐานใช้ความจำ 4 สัปดาห์ 2. แบบฉุกเฉิน (acute) ใช้ความจำ 1 สัปดาห์ 3. แบบถามผู้ตอบใน 24 ชั่วโมง ทันทีทันใดในการสำรวจ เพื่อประเมินสุขภาพตนเอง

ตาราง 5 (ต่อ)

	SF-36	SF-20	SF-12	SF-8
ความนิยม	ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กกว่า เหมาะใช้ในคลินิก	เป็นต้นแบบวัด SF-36 เหมาะกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลและไม่มีมิติทางเพศสัมพันธ์	สำรวจกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่/การศึกษาทางระบาดวิทยา (n=500)	สำรวจประชากรขนาดใหญ่มาก เปรียบเทียบระดับกลุ่ม มีการนำไปใช้มากกว่า 30 ประเทศ ผู้ตอบสามารถตอบเสร็จใน 2 นาที คะแนนสามารถเปรียบเทียบโดยตรงกับการสำรวจสุขภาพด้วย SF อื่น ๆ ใช้ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 14 ปี

ที่มา : Ware, 2003; Ware, et al., 2000; McDowell and Newell, 1996;
http://www.qualitymetric.com/products/surveys/SF8.shtml, 2003

2. การประเมินการรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง (self-rated health) มี 2 เหตุผล ข้อแรก เพื่อสะท้อนการรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญด้านความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และการใช้บริการสุขภาพ (health service utilization) ข้อสอง เพื่อทำนายอัตราตาย (mortality) ในการศึกษาไปข้างหน้า (prospective studies) (Bobak, et al., 1998; Kelleher, et al., 2003) เป็นตัวแทนชี้วัดที่ดีสำหรับสภาวะสุขภาพทางกายที่เรื้อรังในประชากร (chronic physical health condition) ได้ถูกเก็บรวบรวมข้อมูลหลายปีในการสำรวจแห่งชาติในประเทศสหรัฐอเมริกา ถูกรวมในแบบฟอร์มการศึกษาผลลัพธ์อย่างสั้นทางการแพทย์ (SF-36 SF-12) และตัวชี้วัดปีที่มีสุขภาพแข็งแรง (year of health life) (Office of Public Health and Science, DHHS, 2001)

การรับรู้ระดับสุขภาพตนเองมีสเกลการวัด 5 ระดับ คือ แย่มาก (very poor) แย่ (poor) ปานกลาง (average) ดี (good) ดีมาก (very good) งานศึกษาวิจัยที่ใช้การวัดสุขภาพวิธีนี้จะมีแนวคำถาม คือ โดยทั่วไป ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านอยู่ในเกณฑ์ใด (Appels, et al., 1996; Mackenbach and Kunst, 1997; Bobak, et al., 1998; Kennedy, Kasl and Vaccarino, 2001; Yngwe, et al., 2001; Leinsalu, 2002; Borrell, et al., 2003; Mustard, Vermeulen and Lavis, 2003; Pudaric, Sundquist and Johansson, 2003; Franks, Gold and Fiscella, 2003) ซึ่งจะเป็นข้อคำถามแรกของแบบวัด SF-36 SF-20 และ SF-12 (Ware, John E., et al., 2000; McDowell and Newell, 1996)

ความน่าเชื่อถือ (reliability) ของการประเมินสถานะสุขภาพ (self-assessed health status) มีการใช้วัดด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในงานวิจัยเชิงประจักษ์ การประเมินสถานะสุขภาพถูกสนับสนุนจากงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สุขภาพตนเอง (SRH) สามารถใช้ทำนายอัตราการตายและภาวะการเจ็บป่วย (mortality and morbidity) (Crossley and Kennedy, 2002) งานวิจัยของเกอดแทมและคณะ (Gerdtham, et al., 1999) ได้พิสูจน์การวัดสถานะสุขภาพต่อเนื่องที่ถูกสร้างจากวิธีการของแวกสต๊าฟและแวน ดอร์สแล (Wagstaff and van Doorslair, 1994) วัดแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) ซึ่งมีความเกี่ยวพันสูงกับการวัดสุขภาพต่อเนื่อง (Crossley and Kennedy, 2002) งานวิจัยของเอทเนอร์ (Ettner, 1996) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานะสุขภาพ นักเศรษฐศาสตร์เชื่อว่าสุขภาพที่ไม่ดี (poor) มีส่วนลดการประกอบอาชีพ สุขภาพแรงงานมักจะถูกคาดจากการค้นพบนี้เป็นหลักฐานที่คนรายได้ต่ำ ถูกลดการเข้าถึงปัจจัยนำเข้าสุขภาพ การศึกษาสถานะสุขภาพด้วยการวัดการรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง เปรียบเทียบคนย้ายถิ่นและคนท้องถิ่นในประเทศแคนาดามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กล่าวคือ คนย้ายถิ่นมีสถานะสุขภาพไม่ดี (poor health status) ร้อยละ 2.5 เปรียบเทียบกับคนท้องถิ่นมีเพียงร้อยละ 1.6 ระยะเวลาการอาศัยมีผลต่อระดับสุขภาพคนย้ายถิ่น โดยมีแนวโน้มลดลงช่วงปีที่ 5-9 และอาศัยอยู่มากกว่า 10 ปี ตามลำดับ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคนย้ายถิ่นต่ำกว่าคนท้องถิ่นเล็กน้อย คือ ร้อยละ 57.9, 60.6 ตามลำดับ (Newbold and Danforth, 2003) สถานะสุขภาพคนย้ายถิ่นจะด้อยกว่าคนท้องถิ่น (Stronks, Ravelli and Reijneveld, 2001; Pudaric, Sundquist and Johansson, 2003)

ในการศึกษานี้มีการประเมินความดันโลหิตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจหลอดเลือด (cardiovascular disease; CVD) โดยมีความสัมพันธ์ $r=0.44$ (Hajjar and Kotchen, 2003; Wolf-Maier, et al., 2003) ซึ่งคาดว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มภาวะเสี่ยงอัตราการตาย (MacMahon, et al., 1990 cited by van Doorslaer and Gerdtham, 2003) การศึกษาของแวน ดอร์สเลอและเกอแทม (van Doorslaer and Gerdtham, 2003) พบว่า การประเมินการรับรู้ระดับสุขภาพตนเองมีอำนาจทำนายของการมีชีวิต (survival) ขึ้นกับอายุ เพศ และสถานะความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษา หรือข้อจำกัดสถานภาพการทำหน้าที่ (functional limitation) การจัดแบ่งกลุ่มความดันโลหิตสูงเมื่อค่าซิสโตลิค (Systolic) ≥ 140 mmHg ค่าไดแอสโตลิค (Diastolic) ≥ 90 mmHg (Chobanian, et al., 2003)

จากการศึกษาการรับรู้สุขภาพตนเอง (self-perceived health) ในประเทศสเปนในปี ค.ศ.1987 มีความสัมพันธ์การปรึกษาทางด้านการแพทย์ และการพักรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาตัวแปรความแตกต่างด้านสังคมเศรษฐกิจ พบว่าหลังจากปรับตัวแปรอายุ ขนาดครอบครัว และสถานะสุขภาพ การปรึกษาแพทย์ในกลุ่มที่มีรายได้ครัวเรือนสูงและการพักรักษาในโรงพยาบาลจะ

มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ (OR=1.15, 95%CI: 1.01, 1.30) (OR=1.44, 95%CI: 1.18, 1.76) ตามลำดับ (Fernandez de la Hoz and Leon, 1966) งานวิจัยของเคลเลเฮอร์และคณะ (Kelleher, et al., 2003) พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง (SRH) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) กับอายุ สถานะภาพสมรส การเช่าที่อยู่อาศัย การศึกษา ชั้นทางสังคม ขนาดครัวเรือน และการเลือกบริการการแพทย์ทั่วไป แต่ไม่มีนัยสำคัญกับเพศหรือความเป็นชนบท จากรายงานสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงานอายุ 13-59 ปี ในปี พ.ศ. 2539-2540 ในประเทศไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพในระยะเวลา 1 เดือนก่อนการสำรวจทุกภาคมีสัดส่วนสอดคล้องกับความรับรู้เรื่องสุขภาพของตนเอง เพศชายประเมินสุขภาพตนเองว่าดีกว่าหญิง ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลประเมินตนเองว่าสุขภาพดีกว่านอกเขตเทศบาล กลุ่มอายุน้อยประเมินตนเองว่าสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุมาก กลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและสูงกว่าประเมินว่าตนมีสุขภาพดีกว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงประเมินสุขภาพตนเองว่าดีกว่ากลุ่มรายได้ต่ำ เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ จะพบว่าการประเมินสุขภาพตนเองสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษา และอาชีพ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) นอกจากนี้พบว่า ร้อยละของระดับสุขภาพไม่ดีจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการศึกษาน้อย และพบขนาดความไม่เท่ากันอัตราการตายที่ได้รับการปรับมาตรฐานจำแนกตามระดับอาชีพ (occupational class) ในประเทศฟินแลนด์ ปี 1971-1990 อายุ 35-64 ปี พบว่า กลุ่มแรงงานสูงกว่าผู้ทำงานใช้สมอง (upper white collar employees) (Mackenbach and Kunst, 1997) และผลการศึกษาของบุญยัง (Boonyoung, 2003) พบว่า สถานะสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในภาคใต้ประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับประเภทบัตรหลักประกันสุขภาพ ($r=.18$, $p=.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสตรีที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสิทธิประกันสังคม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กล่าวคือ กลุ่มสตรีที่มีสิทธิประกันสังคมมีการรับรู้ระดับสุขภาพทั่วไปและด้านกำลัง (vitality) ดีกว่ากลุ่มสตรีที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรู้สุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับอายุที่น้อยกว่า รายได้ที่สูงกว่า การไม่มีโรค นับถือศาสนาพุทธ และมีสิทธิประกันสังคม และจากการศึกษาของไวท์เฮด (Whitehead, 1999) ประเด็นงานวิจัยและนโยบายความสนใจความแตกต่างในสุขภาพและการดูแลสุขภาพ พบว่าการรับรู้ระดับสุขภาพตนเองในประเทศสวีเดนและอังกฤษในระยะ 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984-1994 โดยกลุ่มตามสังคมเศรษฐกิจ พบว่า ระดับสุขภาพที่ไม่ดีในกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือสูงเป็นสองเท่าของกลุ่มอาชีพ แต่การศึกษาของพวงเพ็ญ ชุณหปราณ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2538) พบว่าสภาวะสุขภาพคนงานไร้ฝีมือก่อสร้างสตรีมีสภาวะสุขภาพไม่แตกต่างจากคนงานที่มีฝีมือ คนที่มีระยะเวลาการทำงานอาชีพก่อสร้างน้อยจะมีสุขภาพดีกว่าคนที่ทำงานก่อสร้างมานาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประเมินการรับรู้สุขภาพทั่วไป (self-rated health) ที่สะท้อนการใช้บริการ และการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมได้รับการยืนยันความน่าเชื่อถือจากหลายงานวิจัย จากการศึกษาวัดความตรง (validity) การรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง (SRH) ชาวละตินในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับสุขภาพไม่ดีมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายระยะสั้นไม่เกิน 2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นักวิจัยทางด้านสุขภาพใช้การรับรู้ระดับสุขภาพตนเองประมาณสุขภาพทางกายของประชากร (Finch, et al., 2002) การสำรวจประเมินการรับรู้ระดับสุขภาพตนเองครั้งนี้เป็นมิติของแรงงานไร้ฝีมือ (subjective) ไม่ใช่มิติทางการแพทย์โดยมีการเปรียบเทียบระดับกลุ่ม พบว่าข้อคำถามประเมินการรับรู้ระดับสุขภาพตนเอง ไม่สลับซับซ้อนและเป็นความรู้สึกที่ปรากฏ

2.5 ความแตกต่างการใช้บริการทางการแพทย์

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีลักษณะที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาแผนโบราณ ร้านขายยา คลินิกเอกชน สถานบริการของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ประชาชนมีสิทธิอย่างเสรีใช้บริการตามความรับรู้การเจ็บป่วย รายจ่ายครัวเรือนจึงมีสัดส่วนมากกว่ารายจ่ายที่มาจากภาครัฐ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) จากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ปัจจัยเรื่องค่ารักษามีอิทธิพลลดลง ผลการศึกษาการใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบทของสันทัด เสริมศรี และคณะ (2546) พบว่าพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของคนจนในชนบทซึ่งได้ค่าแรงวันละ 130 บาท หรือไม่มีรายได้เมื่อเจ็บป่วยจะรักษากันเองก่อน โดยซื้อยาจากร้านขายยา หรือใช้ยาจากสถานีอนามัยใกล้บ้าน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่มีอาการเฉียบพลันและรุนแรง เจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานจะไปโรงพยาบาลของรัฐ การรักษากับโรงพยาบาลของรัฐเป็นผลการใช้สิทธิของการมีบัตร 30 บาท การรักษาตนเองหรือการซื้อยาจากร้านขายยาเป็นความนิยมปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยของทุกอาชีพ ประชาชนเกือบ 1 ใน 5 ปี 2544 ซื้อยากินเองมากขึ้นหลังวิกฤตการณ์เศรษฐกิจ ประชาชนมีความสะดวกในการหาซื้อแล้วอาจเกิดจากภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ และอาจเป็นผลจากความไม่สะดวกและความล่าช้าในการไปรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ (กาญจนี กังวานพรศิริ, อำนวย แสงฉายเพียงเพ็ญ และสมศรี วานิศวณะทอง, 2546) การใช้บริการขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล และภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยปี 2534 ภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าเป็นโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด รองลงเป็นโรคที่อาการไม่แจ้งชัด โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูก (มัทนา พนานิรามัย และสมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539)

งานวิจัยที่ศึกษาความเท่ากันการใช้บริการตามความจำเป็นและค่าใช้จ่ายบริการด้านสุขภาพของพรรณารุโณทัยและมิลล์ (Pannarunothai and Mills, 1997) เรื่องคนจนจ่ายมากกว่า : ความ

แตกต่าง (Inequality) ในประเทศไทยกับด้านสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจสัมภาษณ์สุขภาพครัวเรือนเขตเทศบาลจังหวัดพิษณุโลก เกี่ยวกับความเท่ากันของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (equality of utilization for equal need) พบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามักไปใช้บริการของรัฐ การรับรู้ความจำเป็นความเป็นธรรมของการจ่าย ครัวเรือนที่หัวหน้าไม่มีสิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาล หรือมีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 5-6 ของรายได้ครัวเรือนภายหลังจากหักส่วนที่สามารถเบิกคืนได้จากสมาชิกบางคนที่มีสิทธิในขณะที่กลุ่มอื่นใช้จ่ายเพียงร้อยละ 1-2 คนจนมีอัตราการเจ็บป่วยเฉียบพลันมากที่สุดร้อยละ 15.2 การใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันกลุ่มที่ไม่มีหลักประกัน และรายได้ครัวเรือนต่ำ ส่วนใหญ่ใช้ร้านขายยา รองลงมา คือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 15.8 ของกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันไม่รับการรักษา คนที่มีฐานะกว่าจะใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน รายได้มีผลต่อการเลือกรูปแบบการรักษา หัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 13.0) สูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับการศึกษาสูง การรับรู้การเจ็บป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กล่าวคือ กลุ่มไม่มีหลักประกัน (ร้อยละ 10.0) และกลุ่มที่มีหลักประกัน (ร้อยละ 13.9) เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (กลุ่มไม่มีหลักประกันร้อยละ 9.5 และกลุ่มที่มีหลักประกันร้อยละ 14.8) ผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังจะมีการใช้บริการทางการแพทย์มากเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (Cheng and Chiang, 1998) ส่วนใหญ่ไปรับการรักษาโรงพยาบาลของรัฐ (สันทัด เสริมศรี และคณะ, 2546; อัญชนา ณ ระนอง และวิโรจน์ ณ ระนอง, 2545) 1 ใน 3 ของการเจ็บป่วยเล็กน้อยมีความนิยมที่จะซื้อยาจากร้านขายยา กว่า 3 ใน 4 ไปสถานีอนามัย ไปโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 20) ใช้บริการที่คลินิกเอกชน (ร้อยละ 40) มีค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายที่ผู้ใช้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน 340 บาท คลินิกเอกชน 190 บาท สถานีอนามัย 40 บาท โรงพยาบาลของรัฐ 187 บาท (โยธิน แสวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และมาลี สันภูวรรณ์, 2543) จากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2539 เกี่ยวกับรูปแบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในประเทศไทย พบว่า อาชีพที่ใช้แรงงานมีค่ารักษาด้านสุขภาพ เฉลี่ยเดือนละ 104 บาทต่อครัวเรือน รูปแบบการใช้กับค่ารักษาด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยครัวเรือนอาชีพที่ใช้แรงงานจะซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย (self-treatment) (ร้อยละ 51.3) ค่ารักษาเฉลี่ย 26 บาท ใช้สถานบริการภาครัฐ (ร้อยละ 17.4) ค่ารักษาเฉลี่ย 261 บาท ใช้สถานบริการภาคเอกชน (ร้อยละ 31.3) ค่ารักษาเฉลี่ย 235 บาท ครัวเรือนที่มีระดับรายได้ต่ำจะซื้อยารับประทานเองและใช้สถานบริการภาครัฐมากกว่าครัวเรือนที่ระดับรายได้สูงกว่า (Satayavongthip, 2002)

จากการศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จากความแตกต่างโครงการหลักประกันสุขภาพในประเทศไต้หวันของเชงและเชียง (Cheng and Chiang, 1998) จากตัวแปร; อายุ เพศ การศึกษา รายได้ครัวเรือน ขนาดครอบครัว แบบแผนทรัพยากรการดูแล (regular source of care) ถิ่นที่ตั้งชุมชนเมือง การประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ และการวินิจฉัยกลุ่มโรคเรื้อรังจากแพทย์ 9 กลุ่ม ผลปรากฏว่าคนที่มีโครงการประกันสุขภาพแตกต่างกัน จะไปพบแพทย์สูงกว่าคนไม่มีหลักประกันสุขภาพ (odds ratio=1.8, 2.0) กลุ่มที่มีระบบประกันมีการใช้บริการทางการแพทย์ร้อยละ 60-73 มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ เพศหญิงมีความถี่การใช้บริการมากกว่าเพศชาย คนที่รับการศึกษาสูงใช้บริการน้อยกว่า ส่วนคนที่มีสถานะสุขภาพไม่ดีจะใช้บริการเป็น 3 เท่าหรือมากกว่า แต่มีเพียงร้อยละ 1 ของคนที่มีสถานะสุขภาพดีใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า เช่นเดียวกับคนที่มีโรคเรื้อรังจะใช้บริการเป็น 3 เท่าของคนไม่มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของอรสา โฆวินทะ (2541) ของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดปัตตานี พบว่า ในกลุ่มผู้ประกันตนร้อยละ 61.3 มีการใช้บริการทางการแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ไม่มีการประกันสุขภาพพบเพียงร้อยละ 41.0 และอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของทั้งสองกลุ่มพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มร้อยละ 20.2 (95%CI: 13.8, 26.6, p<0.001) การมีประกันสุขภาพ สถานะสุขภาพ รายได้ เพศ และสถานภาพสมรสมีความสำคัญต่อการใช้บริการทางการแพทย์ กลุ่มที่มีเศรษฐานะสูง ส่วนใหญ่จะใช้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ไปพบทันตแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดมากกว่า คนที่มีระดับการศึกษาสูงใช้บริการการนอนโรงพยาบาลสูงกว่า แต่การศึกษานี้กลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำกว่าจะมีการใช้บริการการรักษาด้านสุขภาพมากกว่า (Alberts, et al., 1997)

แรงงานไร้ฝีมือส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคม (lower class) เช่น แรงงานก่อสร้างเป็นชนชั้นทางสังคมที่มักจะไม่มีงานทำ ไม่ค่อยมีทรัพย์สมบัติเป็นของตัวเองและไม่มีอำนาจ ชื่อเสียง ความยากจนมีผลต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ไม่มีอาหารเพียงพอหรืออาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดความปลอดภัยและขาดการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ มักเผชิญกับภาวะเครียดการมีอุปสรรคจากความยากจนอาจสนับสนุนพฤติกรรมที่ทำลายตัวเอง เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ติดยาเสพติดและภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอเป็นโรคได้ (Calhoun, Light and Keller, 1997; Whitehead, 1999) ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2540; Stronks, Ravelli and Reijneveld, 2001) เหตุผลที่คนงานก่อสร้างใช้บริการสุขภาพอนามัยน้อยมาก และใช้เพื่อการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพที่รุนแรงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งคนงานก่อสร้างต้องสูญเสียเวลาในการทำงาน ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง

ทั้งหมด เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยนอกเวลาทำงานอันไม่ถือว่าเกิดจากการทำงาน คนงานจึงต้องพยายามอดทนและแสวงหาวิธีการอื่น ๆ เป็นอันดับแรก (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2541)

3. แนวคิดการย้ายถิ่นกับการมีหลักประกันสุขภาพ

3.1 ความหมายของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่น (migration) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยประจำและต้องเป็นการเปลี่ยนที่อยู่ซึ่งข้ามเขตการปกครอง หรือการเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ (spatial mobility) จากท้องถิ่นต้นทาง (place of origin) สู่ถิ่นปลายทาง (place of destination) ภายในช่วงเวลาที่กำหนด การกำหนดระยะเวลาการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยครั้งก่อน (previous residence applies) สามารถเป็นช่วงเวลาตัวแปร (variable period) เช่น ตั้งแต่เกิด (จากการเคลื่อนย้าย) และช่วงเวลาที่เคลื่อนย้ายครั้งสุดท้าย หรือช่วงเวลาเจาะจง (fixed period) เช่น หนึ่งปี ห้าปี และสิบปี เป็นต้น (Shryock, Siegel and Associates, 1976; นพวรรณ จงวัฒนา, 2531; เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2540; สันทัด เสริมศรี, 2541)

ลี (Lee, 1966) ให้นิยามการย้ายถิ่นว่า เป็นการย้ายที่อยู่อาศัยอย่างถาวรหรือกึ่งถาวร โดยไม่จำกัดระยะทางของการเคลื่อนที่ หรือขึ้นกับความสมัครใจหรือถูกบังคับ และไม่มีความแตกต่างระหว่างการย้ายถิ่นภายนอกและภายในประเทศ มีความแตกต่างระยะเริ่มแรกและภายหลังการเคลื่อนย้าย ซึ่งการย้ายถิ่นทุกครั้งจะต้องมีถิ่นต้นทาง ถิ่นปลายทางและอุปสรรคแทรกแซง ที่รวมระยะทางของการเคลื่อนย้ายเสมอ

ปัจจัยของการย้ายถิ่นมี 2 ปัจจัย (Lee, 1966) คือ ปัจจัยผลัก (push factors) เป็นสภาวะที่ทำให้คนมีการเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่ และปัจจัยดึงดูด (pull factors) เป็นสภาวะที่ส่งเสริมให้คนเคลื่อนย้ายสู่พื้นที่เฉพาะ ซึ่งกล่าวได้ว่าการเคลื่อนย้ายของคนเพราะมีความเชื่อว่าผู้คนเหล่านั้นจะมีชีวิตที่ดีกว่าในพื้นที่ที่แตกต่างกัน สิ่งที่เป็นปัจจัยผลัก ได้แก่ ศาสนา หรือรัฐประหารทางการเมือง การแบ่งแยก การขาดแคลนทรัพยากร การขาดโอกาสการถูกจ้างงานและจากภัยธรรมชาติ (ภาวะแห้งแล้ง น้ำท่วม แผ่นดินไหว และอื่น ๆ) ส่วนสิ่งที่เป็นปัจจัยดึงดูด ได้แก่ โอกาสการจ้างงาน สภาพภูมิอากาศที่เหมาะสมกว่า และความอดทน (Ferrante, 1995)

3.2 ประเภทการย้ายถิ่น

โดยถืออาณาเขตเป็นหลัก จำแนกได้ 2 ประเภท คือ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และณรงค์ เทียนส่ง, 2525; วันทนา กลิ่นงาม, 2528; สันทัด เสริมศรี, 2541; Shryock, Siegel and Associates, 1976)

1. การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (international migration) จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 การย้ายถิ่นเข้าประเทศ (immigration) โดยผู้ย้ายเข้ามาจะ เรียกว่า immigrant

ซึ่ง จำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และณรงค์ เทียนส่ง, 2525)

1) การย้ายถิ่นเข้าประเทศอย่างถาวร (permanent immigration) คือ บุคคลที่ย้ายมาจากต่างประเทศมีความตั้งใจจะเข้ามาอยู่นานกว่า 1 ปี

2) การย้ายถิ่นเข้าประเทศชั่วคราว (temporary immigration) คือ การที่บุคคลที่ย้ายมาจากประเทศอื่น มีความตั้งใจจะเข้ามาทำงานหรือฝึกงานอาชีพ เป็นเวลาไม่เกิน 1 ปี โดยประเทศที่รับเข้านั้นเป็นผู้ว่าจ้างให้เข้ามาทำงาน

3) ผู้มาเยี่ยมเยียน (visitors) คือ บุคคลที่เข้ามาอยู่ภายในประเทศ โดยไม่ได้ทำงานหรือฝึกงาน รวมทั้งผู้ที่เข้ามาแล้วต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นเลี้ยงดู

4) พวกที่อยู่ในประเทศนั้นเป็นประจำ (residents) คือ บุคคลที่กลับเข้าสู่ประเทศอีก หลังจากได้ไปอยู่ต่างประเทศมาแล้วไม่เกิน 1 ปี

1.2 การย้ายถิ่นออกจากประเทศ (emigration) ผู้ที่ย้ายออกจะ เรียกว่า emigrant จำแนกได้ 4 ประเภทเช่นกัน คือ

1) การย้ายถิ่นออกนอกประเทศอย่างถาวร (permanent emigration)

2) การย้ายถิ่นออกนอกประเทศชั่วคราว (temporary emigration)

3) ผู้มาเยี่ยมเยียน (visitors)

4) พวกที่อยู่ในประเทศนั้นเป็นประจำ (residents)

2. การย้ายถิ่นภายในประเทศ (internal migration) ยังแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2540)

2.1 การย้ายถิ่นระหว่างเขตพื้นที่ระดับย่อย เช่น การย้ายถิ่นระหว่างภาค การย้ายถิ่นระหว่างจังหวัด การย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท

2.2 การย้ายถิ่นภายในเขตพื้นที่ระดับย่อย เช่น การย้ายถิ่นภายในภาค การย้ายถิ่นภายในจังหวัด การย้ายถิ่นภายในเขตเมืองกับการย้ายถิ่นภายในเขตชนบท เป็นต้น

จำแนกประเภทการย้ายถิ่นโดยเอาระยะเวลาเป็นหลัก (วันทนา กลิ่นงาม, 2528; Shryock, Siegel and Associates, 1976) แบ่งได้ ดังนี้

1. การย้ายถิ่นชั่วคราว (temporary migration) เป็นการย้ายถิ่นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งไม่อยู่ถาวรตลอดไป เช่น การย้ายถิ่นเมื่อว่างจากฤดูกาลเกษตร 3-4 เดือน ประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นระยะสั้น ๆ อาจเป็นการย้ายถิ่นตามฤดูกาลหลังเก็บเกี่ยว ฤดูกาลมีผลกระทบต่อการย้ายแรงงานในชนบทเป็นอย่างมาก ในช่วงฤดูแล้งหรือนอกฤดูการเกษตร (จุฑา มนัสไพบูลย์, 2534)

การย้ายถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราวและเป็นการย้ายในช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น 1-2 เดือน รวมทั้งเป็นการย้ายซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง (repeat migration) ช่วงเวลาของการย้ายถิ่นสูงสุดในเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม และสิงหาคมถึงกันยายน ผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลจะย้ายถิ่นสูงสุดในช่วงเดือนธันวาคมถึงมกราคม มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับฤดูกาลการเกษตร คือ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม เป็นช่วงฤดูเพาะปลูก และเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายนเป็นช่วงฤดูเก็บเกี่ยว แต่การย้ายถิ่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับฤดูกาลมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การย้ายถิ่นครั้งเดียวและการย้ายถิ่นหลายครั้ง มีระดับสูงสุดในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม จากงานศึกษาวิจัยของริคเตอร์ และคณะ (2540) ผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาลส่วนใหญ่จะกลับบ้านในเดือนมีนาคม เมษายน และพฤษภาคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑา มนัสไพบูลย์ (2534) พบว่า ผู้ย้ายถิ่นที่มีสถานภาพในฐานะลูกจ้างเอกชน และในฐานะผู้ทำงานส่วนตัว ทั้งโดยได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้างนั้น มีแนวโน้มเคลื่อนย้ายแรงงานตามฤดูกาล

การย้ายถิ่นซ้ำ (repeated migration) เป็นลักษณะสำคัญของการเคลื่อนย้ายของประชากรรูปแบบทั้งหมดเป็นลักษณะวนเวียน (circular mobility) ส่วนใหญ่หางานทำหลังฤดูเก็บเกี่ยวเพื่อเพิ่มรายได้ เป็นลักษณะของการย้ายถิ่นระหว่างชนบทกับเมือง ผู้ย้ายถิ่นมีความไวต่อการเลือกถิ่นปลายทางสูงมากกว่าจะเป็นลักษณะกระแสการย้ายถิ่นแบบตรงไปตรงมาและหยุดอยู่กับที่ การย้ายถิ่นชั่วคราวจะเป็นเรื่องของการทำงานก่อสร้างเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้มีลักษณะเลือกสรร (selectivity) ปัจจัยการตัดสินในย้ายถิ่นมี 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยระดับตัวบุคคล ปัจจัยระดับท้องถิ่นของท้องถิ่นต้นทาง และปัจจัยท้องถิ่นปลายทาง (อภิชาต จำรัสฤทธิวงค์, 2526)

2. การย้ายถิ่นถาวร (permanent migration) เป็นการย้ายถิ่นที่ผู้ย้ายถิ่นตั้งใจจะเปลี่ยนที่อยู่อาศัยโดยถาวร ระยะเวลาของการย้ายถิ่นจะนานเป็นปี ๆ

จากการศึกษาของฟินช์ และคณะ (Finch, et al., 2002) ได้แบ่งผู้ย้ายถิ่นเข้า (immigrant) เป็น 2 ประเภท คือ

1) ผู้ย้ายถิ่นใหม่ (recent immigrant) ระยะเวลาการย้ายถิ่นน้อยกว่า 10 ปี
2) ผู้ย้ายถิ่นระยะยาว (long-term immigrant) ระยะเวลาการย้ายถิ่น 10 ปีหรือมากกว่า

3.3 ทฤษฎีการย้ายถิ่น

มีนักประชากรศาสตร์หลายท่าน ที่ได้กำหนดกฎการย้ายถิ่น (Laws of Migration) เพื่อชี้ให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อการย้ายถิ่น ได้แก่ ทฤษฎีของราเวนสไตน์ (Ravenstein) ลี (Lee) สเทาเฟอร์ (Stouffer) เซลินสกี้ (Zelinsky) (AngliaCampus, 2002; Junes, 1990; สันทัด, 2541; Lee, 1966) ดังตาราง 6

จากการสำรวจแรงงานย้ายถิ่นชาวเกาหลีในลอสเองเจลิส พบว่าไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 76 อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 40 มีปัญหากล้ามเนื้อและกระดูกร้อยละ 82 อุบัติเหตุทางร่างกายร้อยละ 26 ไม่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพและการอบรมความปลอดภัยร้อยละ 89 ระดับสุขภาพประเมินแบบมาตราส่วน 5 ระดับ พบว่า ร้อยละ 17.4 ระดับสุขภาพ (SRH) อยู่ในระดับไม่ดีถึงไม่ดีอย่างมาก เคยป่วยมากกว่าหนึ่งครั้งในปีที่ผ่านมาร้อยละ 44 และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 10 (Work and health in the immigrant enclave, 2003) และผลการศึกษาของฟอสเตอร์ (Foser, 2002) พบว่าผู้ย้ายถิ่นไม่มีหลักประกันสุขภาพมีหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุน้อย ส่วนมากเป็นเพศหญิง เป็นผู้ย้ายถิ่นที่มิใช่ผิวขาวและกลุ่มละตินอเมริกัน (โดยเฉพาะชาวเม็กซิกัน) ได้รับการศึกษาและรายได้ต่ำกว่าคนท้องถิ่น ได้รับการจ้างงานจากภาครัฐน้อยกว่า หนึ่งในสามของผู้ย้ายถิ่นมักไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีอายุไม่มาก ได้รับการศึกษาน้อยและมีฐานะยากจนกว่าคนท้องถิ่น ทำงานประเภทแรงงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะมาก และไม่ได้เสนอสวัสดิการให้ (benefit) นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยของสตรองค์ ราเวลีและไรเนเวลด์ (Stronks, Ravelli and Reijneveld, 2001) แรงงานย้ายถิ่นที่ไม่มีทักษะในการทำงาน (unskilled labor) มีความคิดเห็นว่าการศึกษาน้อยทำให้ไม่มีโอกาสทำงานที่มีรายได้มาก ถูกจัดให้เป็นแรงงานในระดับล่างเป็นแรงงานราคาถูก เพราะขาดความรู้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2539) แรงงานไร้ฝีมือมักจะได้รับการศึกษาไม่สูงส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา พวกย้ายถิ่นซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยด้อยโอกาสเข้ามาอยู่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้รับความไม่เท่ากันการเข้าถึงการดูแลสุขภาพตามความจำเป็น หลังจากปรับกับสถานะสุขภาพ จะใช้บริการร้านขายยาและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่า และมีสถานะสุขภาพด้อยกว่าเมื่อประเมินด้วยการรับรู้ระดับสุขภาพ (SRH) มีโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วย การต้องนอนพักบนเตียงเมื่อเปรียบเทียบกับคนท้องถิ่น คนย้ายถิ่นเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมหลักประกัน (DHHS, 1997 cited by Chang, Price and Pfoutz, 2001)

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนในประเทศไทยระดับจังหวัดครั้งที่ 3 ปี 2544 พบว่าประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนในจังหวัดที่ตนอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีอัตราการมีประกันสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ร้อยละ 78.8 และ 52 ตามลำดับ (กาญจนี กังวานพรศิริ, อำนวย แสงฉายเพียงเพ็ญ และสมศรี วานิศวณะทอง, 2546)

ตาราง 6 เปรียบเทียบแนวคิดทฤษฎีการย้ายถิ่น

แก่นทฤษฎี	Ravenstein (1885)	Stouffer (1940)	Lee (1965)	Zelinsky (1971)
1. สาเหตุ/ปัจจัย	ด้านเศรษฐกิจ 34	- ธรรมชาติของสถานที่	จะมี 4 ปัจจัย คือ 1. ปัจจัยถิ่นต้นทาง 2. ปัจจัยถิ่นปลายทาง 3. อุปสรรคที่แทรกอยู่ระหว่างถิ่นต้นทางกับถิ่นปลายทาง 4. ปัจจัยส่วนบุคคล	การเปลี่ยนแปลงในด้านการเคลื่อนที่เป็นความพยายามที่จะหนีออกจากมุมอับ
2. ลักษณะการย้ายถิ่น	- ผู้ย้ายถิ่นส่วนมากจะย้ายถิ่นในระยะทาง ใกล้ ๆ - ผู้ย้ายถิ่นระยะทางไกลมักมุ่งสู่ศูนย์กลางของการค้าหรืออุตสาหกรรม - ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีการย้ายถิ่นน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท - ผู้หญิงมีการย้ายถิ่นภายในประเทศมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีการย้ายถิ่นระหว่างประเทศมากกว่า	- การมีโอกาสความเป็นไปได้ของทางเลือกการย้ายถิ่นปลายทางกับถิ่นต้นทาง ได้แก่ งาน หรือการเพิ่มรายได้ ทฤษฎีโอกาสแทรกแซง (intervening opportunities) ของสเทาเฟอร์ “ระยะทางที่เป็นเส้นตรงมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวกำหนดแบบรูปการย้ายถิ่นน้อยกว่าธรรมชาติของพื้นที่ และควร	1. การย้ายถิ่นเป็นการเลือกสรร มีความแตกต่างปัจจัยทางบวกและลบถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง มีความสามารถที่แตกต่างที่ผ่านพ้นอุปสรรคแทรกแซง และความแตกต่างจากปัจจัยส่วนบุคคล 2. ผู้ย้ายถิ่นตอบสนองปัจจัยบวกถิ่นปลายทางมีแนวโน้มการถูกเลือกสรรในทางบวก เป็นการรับรู้โอกาส ความก้าวหน้า เช่น คนที่ได้รับการศึกษาสูง 3. ผู้ย้ายถิ่นตอบสนองปัจจัยลบถิ่นต้นทางมีแนวโน้มถูกเลือกสรรในทางลบหรือการ	เป็นการเปลี่ยนด้านภูมิศาสตร์ 5 ระยะ 1. สังคมก่อนอุตสาหกรรม มีการย้ายถิ่นน้อยและจำกัดการเคลื่อนย้ายระหว่างพื้นที่ 2. ระยะเริ่มการเปลี่ยนผ่านการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองและการรวมกลุ่มของดินแดนใหม่กับการเพิ่มการย้ายถิ่นระยะทางไกล (การอพยพออกนอกประเทศ) 3. การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองอย่างต่อเนื่องและมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเมืองใหญ่

ตาราง 6 (ต่อ)

แก่นทฤษฎี	Ravenstein (1885)	Stouffer (1940)	Lee (1965)	Zelinsky (1971)
2. ลักษณะการย้ายถิ่น	- เมืองใหญ่มีการย้ายถิ่นเพิ่มขึ้นตามการพัฒนาอุตสาหก[illegible] ค้า และการปรับปรุงการขน[illegible] - ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มาจากพื้นที่เกษตรกรรม - การย้ายถิ่นมีการดำเนินไปอย่างมีขั้นตอน - กระแสการย้ายถิ่นจะมีกระแสการย้ายถิ่นตอบโต้กลับชดเชย กฎของราเวนสไตน์ได้เสนอสิ่งที่กำหนดกฎการย้ายถิ่นใน ปี ค.ศ.1880 จากการสังเกตรูปแบบในประเทศอังกฤษ รวมทั้งข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา	ถือว่าระยะทางมีความหมายทางด้านสังคมเศรษฐกิจมากกว่าทางด้านเรขาคณิต และเนื่องจากการย้ายถิ่นมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าในเชิงสังคมหรือตัวเงิน บุคคลที่กำลังเคลื่อนที่จะหยุดการกระทำดังกล่าวหากเขาพบโอกาสที่เหมาะสม”	มีประชากรล้น ที่ผู้ย้ายถิ่นอาจไม่ได้ถูกเลือกสรร เช่น ความล้มเหลวทางเศรษฐกิจ หรือสังคม 4. การเลือกสรรมีแนวโน้ม 2 รูปแบบ สำหรับถิ่นต้นทาง ผู้ย้ายถิ่นบางคนตอบสนองปัจจัยบวก ถิ่นปลายทาง ผู้ย้ายถิ่นอื่นตอบสนองปัจจัยลบ 5. ระดับการเลือกสรรทางบวกเพิ่มขึ้นจากความยุ่งยากของอุปสรรคแทรกแซง ซึ่งจะแยกคนที่อ่อนแอหรือไม่มีความสามารถออก ผู้ย้ายถิ่นจะเป็นกลุ่มที่มีความแข็งแรง (superior group) 6. การย้ายถิ่นในช่วงของชีวิตมีความสำคัญในการเลือกสรรของผู้ย้ายถิ่น เช่น การเลือกสรรอายุ สถานภาพสมรส หรือขนาดครอบครัว 7. คุณลักษณะของผู้ย้ายถิ่นมีแนวโน้มอยู่ระหว่างกลางคุณลักษณะของประชากรถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง การเคลื่อนย้ายของคนอาจมีแนวโน้มคุณภาพของประชากรต่ำกว่าในคุณลักษณะเฉพาะบางอย่างทั้งถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง	4. การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองต่าง ๆ มากกว่าการอพยพออกนอกประเทศ อาจมีอพยพเข้าของแรงงานไร้ฝีมือ และอาจมีการแลกเปลี่ยนแรงงานมีฝีมือระหว่างประเทศ ผลความร่วมมือบริษัทระหว่างชาติ 5. ความก้าวหน้าทางสังคมจะมีการย้ายถิ่นระหว่างเมืองหรือภายในเมือง แม้ว่าเทคโนโลยีใหม่จะลดความจำเป็นการย้ายถิ่นและมีความจำเป็นน้อยสำหรับรูปแบบของการหมุนเวียน เช่น การเดินทางระยะทางไกลเพื่อทำงาน การเคลื่อนย้ายระหว่างและภายในประเทศอาจมีกระทบจากกฎหมายของประเทศ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีหลักประกันสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพมีหลายปัจจัย ในประเทศสหรัฐอเมริกาประชาชนที่มีรายได้ต่ำ สมาชิกครัวเรือนทำงานรายได้ไม่เพียงพอ ลักษณะงานที่ไม่ได้เสนอหลักประกันสุขภาพ อายุในช่วง 18-24 ปี ขาดหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 28.4) ผู้สูงอายุไม่มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 1.1) ผู้ใหญ่อายุ 18-64 ปี มีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าเด็กหรือผู้สูงอายุ เชื้อชาติ คนย้ายถิ่นเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมหลักประกัน (DHHS, 1997 cited by Chang, Price and Pfoutz, 2001) วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2536) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ระดับรายได้สูงจะมีการประกันสุขภาพอื่น ๆ มากขึ้นตามระดับรายได้ การมีหลักประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับหลายลักษณะของการจ้างงาน รวมทั้งสถานะการทำงาน ระดับรายได้ การได้รับการศึกษา อาชีพ และลักษณะนายจ้าง ได้แก่ ขนาดบริษัทและส่วนของงานจ้าง คนงานชั่วคราวจะได้รับข้อเสนอที่น้อยกว่าคนงานประจำ จากการศึกษาวิเคราะห์หลายตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการวัดลักษณะ ได้แก่ รายได้ อาชีพ ลักษณะงานและขนาดบริษัทจ้างงาน การศึกษา สถานะสุขภาพ อายุ เพศ เชื้อชาติและลักษณะกลุ่มชน (ethnicity) สถานภาพการเป็นพลเมือง และภูมิศาสตร์ กลุ่มที่มีการย้ายถิ่นมีแนวโน้มที่จะไม่มีประกันสุขภาพสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of medicine of the National Academies, 2003) กลุ่มอาชีพแรงงานรับจ้างมีหลักประกันสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มวิชาชีพ (OR=0.19, 95%CI: 0.10, 0.36) (Park, et al., 2001) ร้อยละ 80 ของเพศชายมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 67 เปรียบเทียบกับเพศหญิง มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 55 อุบัติการณ์สถานภาพสมรสสูงกว่าคนโสด 3 เท่า ทำให้คนที่มีสถานภาพสมรสมีประกันเอกชน ร้อยละ 73.0 สูงกว่าคนโสดที่มีเพียง ร้อยละ 40.9 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการซื้อประกันสุขภาพเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อลดรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูง (catastrophic health expenses) ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาต่ำกว่าเขตอื่น ประชาชนขาดการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับความสำคัญการมีหลักประกันสุขภาพ เขตเมืองกับเขตชนบท ลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส เพศ อายุ การศึกษา งานอาชีพ และสถานการณ์ถูกจ้างงาน) และอีกสองปัจจัยด้านครอบครัว (ขนาดของครอบครัวและรายได้ครัวเรือน) (Liu and Chen, 2002)

แต่การมีหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบันไม่สอดคล้องกับบริบทต่างประเทศ เนื่องจากตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ถ้ามีบัตรประชาชนเป็นคนไทยก็จะได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากไม่มีความซ้ำซ้อนกับสิทธิอื่น ๆ ที่มี

ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้ได้กำหนดกรอบตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม และสำรวจข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์กันเพียงใด

5. บริบทอาชีพก่อสร้าง ตัดยาง/ปลูกผัก ในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

อำเภอสะเดา มี 4 เทศบาล คือ เทศบาลตำบลพังลา ตำบลปริก ตำบลปาดังเบซาร์และตำบลสะเดา สภาพภูมิอากาศ มี 2 ฤดู คือฤดูฝน จะมีฝนตก 2 ช่วง คือ เดือนเมษายน-มิถุนายนและเดือนสิงหาคม-ธันวาคม ฝนตกหนักในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน ฤดูแล้งจะเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม (โรงพยาบาลสะเดา, 2545) ในช่วงฤดูแล้งที่ต้นยางผลัดใบจะเป็นช่วงหยุดหน้ายาง การตัดยางส่วนใหญ่จะตัด 2-4 วันหยุดหนึ่งวัน เฉลี่ย 3 วันหยุดหนึ่งวัน วันไหนฝนตกก็จะตัดไม่ได้ เพราะหน้ายางจะเปียก ต้นยางหลังจากปลูกมีอายุประมาณ 7 ปี ถึงจะมีการเปิดหน้ายางให้แรงงานเข้าไปตัดยางเก็บเกี่ยวผลผลิต ที่พักอาศัยแรงงานตัดยางจะอยู่ในบริเวณสวนยาง แรงงานที่มาตัดยาง/ปลูกผักมักจะมากันเป็นครอบครัว การแบ่งรายได้จากการตัดยางโดยขายน้ำยางหรือทำยางแผ่นขึ้นกับการตกลงระหว่างเจ้าของสวนยาง ลักษณะการแบ่งรายได้ก็จะเป็นการแบ่งเปอร์เซ็นต์ในอัตราส่วน 6 : 4 หรือ 5 : 5 เป็นต้น กรณีขายน้ำยางจะมีพ่อค้าคนกลางหรือกลุ่มสหกรณ์ในหมู่บ้านรับซื้อน้ำยางแล้วนำไปส่งโรงงานอุตสาหกรรมยางอีกต่อ ราคาขายน้ำยางขึ้นกับเปอร์เซ็นต์น้ำยาง ช่วงที่เก็บข้อมูลราคากิโลกรัมละ 36-45 บาท (ประมาณที่ 1 ดอลลาร์=40-45 บาท) กรณีทำยางแผ่นหลังจากตากแห้งก็จะนำไปขายร้านรับซื้อยางซึ่งจะได้ราคาดีกว่าขายน้ำยาง แรงงานย้ายถิ่นที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่จะมองหาพื้นที่สวนยางที่กำลังรื้อปรับพื้นที่ปลูกยางใหม่ โดยติดต่อเจ้าของสวนขอพื้นที่ปลูกผักจนกว่าต้นยางโตก็จะย้ายไปหาพื้นที่ปลูกใหม่ โดยมีข้อแลกเปลี่ยนเป็นการดูแลต้นยางให้ หรืออาจเป็นค่าเช่าพื้นที่ในราคาไม่แพง การขายผลผลิตจะออกขายเป็นงวด ๆ ระยะเวลารายได้ขึ้นกับชนิดผักที่ปลูก เฉลี่ยมีรายได้ปีหนึ่ง 2-5 งวด แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่จะไปลักษณะไป ๆ มา ๆ กับถิ่นต้นทาง

จำนวนแรงงานอาชีพก่อสร้างมีความผันแปรทุก ๆ ระยะของเวลาการก่อสร้าง การเข้าสู่อาชีพก่อสร้างแรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่จะขึ้นกับฤดูกาลเพาะปลูก หรือการว่างงาน แรงงานก่อสร้างย้ายถิ่นส่วนมากจะพักที่พักชั่วคราวบริเวณใกล้ที่ก่อสร้าง ซึ่งมีสภาพแวดล้อมไม่ถูกหลักสุขาภิบาล สภาพการจ้างงานส่วนใหญ่เป็นค่าแรงรายวัน แต่ได้รับค่าจ้างรายครึ่งเดือน การเข้าออกงานง่าย ตามประกาศของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมซึ่งบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2546 อัตราค่าจ้างขั้นต่ำพื้นฐาน (ทั่วประเทศ) วันละ 133 บาท ในท้องที่จังหวัดสงขลา อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ วันละ 135 บาท (http://www.trclabourunion.com/kajang1.htm, 2003)