

การสังเคราะห์องค์ความรู้และสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
ประเด็นสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง¹

Knowledge Synthesis and Situations of Public Policy Driving
in an Issue of Health Rights of Vulnerable Groups

Received 15 December, 2020

Revised 23 March, 2021

Accepted 24 May, 2021

กุลธิดา ศรีวิเชียร²

Kuntida Sriwichiana³

ศิลา โทณบุตร⁴

Sila Tonbootb⁵

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย⁶

Supasit Pannarunothaib⁷

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนิยามความเปราะบางและกลุ่มเปราะบาง และเพื่อศึกษาสถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบางและการทำงานของหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย โดยศึกษาจากเอกสาร เก็บข้อมูลจากฐานออนไลน์ หนังสือและเอกสารทางกฎหมาย ตั้งแต่ปี

¹ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561

² อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย
E-mail: ksriwichian@yahoo.com

³ Lecturer of Department of Sociology and Anthoropology, Faculty of Social Sciences, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.

⁴ นักวิจัย มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก ประเทศไทย
E-mail: pugsugus@gmail.com

⁵ Researcher of Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Phitsanulok, Thailand.

⁶ ศาสตราจารย์, มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ พิษณุโลก ประเทศไทย
E-mail: supasitchem@gmail.com

⁷ Professor of Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Phitsanulok, Thailand.

พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2560 ผลการศึกษาพบว่า ความเปราะบางแบ่งออกได้หลายมิติ ได้แก่ ความเปราะบางในเชิงร่างกายและจิตใจ ความเปราะบางที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและภายใน ความเปราะบางในมิติที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม ความเปราะบางเกิดขึ้นจากสาเหตุระดับปัจเจก บุคคลเปราะบางในมิติของการตกเป็นผู้ถูกกระทำ มีปัจจัยที่นำไปสู่ความเปราะบางได้แก่ สาเหตุ (Root Causes) แรงกดดัน (Dynamic Pressures) ภาวะที่ไม่มั่นคง (Unsafe Conditions) สถานการณ์ของกลุ่มเปราะบางที่ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเยาวชนพบความด้อยโอกาส (Deprivation) กลุ่มผู้สูงอายุในชนบทพบระยะทางระหว่างสถานพยาบาลและที่พักอาศัยและการขาดคนดูแล แรงงานต่างชาติที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพบว่าต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง กลุ่มประชากรยากจนพบว่าการพิจารณาสิทธิพิเศษเพียงอย่างเดียว ขาดการพิจารณาด้านความเท่าเทียม ความเป็นธรรม และความจำเป็น (Equity, Equality and Needs) กลุ่มหญิงหม้ายในจังหวัดชายแดนใต้พบสาเหตุมาจากสถานการณ์ความไม่สงบทางการเมืองและการสูญเสียผู้นำในครอบครัว กลุ่มผู้ต้องขังหญิงพบความแออัดภายในเรือนนอนและความเสี่ยงที่จะต้องพานักโทษออกไปรับบริการข้างนอก ที่อาจมีการหลบหนี กลุ่มคนเร่ร่อน ไร้บ้านพบการไม่มีเอกสารแสดงตัวตนที่ทำให้ไม่ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคม

คำสำคัญ: กลุ่มเปราะบาง, สถานการณ์สุขภาพ, สิทธิด้านสุขภาพ, การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

Abstract

This study was funded by the National Health Commission Office (NHCO) with objectives to review the definitions of vulnerability and the vulnerable groups to examine health situations of the vulnerable groups and work operations related to the health of the vulnerable

groups in Thailand. This study was conducted with a documentary research method, and data were collected from online sources, books and legal documents from 2007- 2017. The findings revealed that vulnerability could be divided into different dimensions including physical and mental vulnerability, vulnerability caused by external and internal factors, vulnerability in a dimension related to social welfare, vulnerability from individual causes as a victim. Factors leading to the vulnerability were root causes, dynamic pressure, and unsafe conditions. The situations of the vulnerable groups that rendered them unable to access healthcare services were found that the youths encountered deprivation while the elderly people in rural areas experienced far distances from a medical facility and their residences, and lack of caregivers. Foreign labors who were not in a social security system were required to take responsibility for expenses related to their health. The impoverished populations considered only the economic dimension with no regard to equity, equality and needs while the widowed women in the three southern-border provinces suffered from unrest situations and loss of their household's head. The female inmates encountered congestion in their sleeping buildings and there were certain risks when an inmate was taken to receive external services due to possibility of absconding. Homeless and displaced people had no identification documents, and they thus had no right for medical treatments and social welfares.

Keyword: Vulnerable group, Health situation, Healthcare right, Drive with public policy

บทนำ

การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) เป็นเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติ (UN) กำหนดให้เป็นวาระสำคัญของการพัฒนาภายหลัง พ.ศ. 2558 จึงได้มีการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals–SDGs) ขึ้น (UN, 2015) จึงเป็นที่มาในการกำหนดนโยบายชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ที่รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ตั้งเป้าหมายในการนำพาประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน หนึ่งในกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี จากทั้งหมด 6 ด้าน ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ แต่ยังมีกลุ่มประชากรเปราะบางอีกหลายกลุ่มที่เข้าไม่ถึงการมีสุขภาพที่ดีอาจด้วยสาเหตุทางชาติพันธุ์ สัญชาติ การศึกษา เศรษฐกิจ ศาสนา หรือแม้แต่การตกหล่นของระบบ ดังนั้น คำถามสำคัญของงานวิจัยชิ้นนี้คือกลุ่มประชากรเปราะบางกลุ่มใดที่มีความรุนแรงในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพและยังมีช่องว่างในเชิงการให้บริการ และช่องว่างเชิงนโยบายในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางอีกหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนนิยามความเปราะบางและบุคคลเปราะบางซึ่งนำไปสู่การทำงานทางด้านสิทธิทางสุขภาพอย่างบูรณาการของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง และสถานการณ์การทำงานของหน่วยงานและองค์กรที่ทำงานทางด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย นำไปสู่ข้อเสนอการพัฒนาเชิงนโยบาย

วิธีการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย

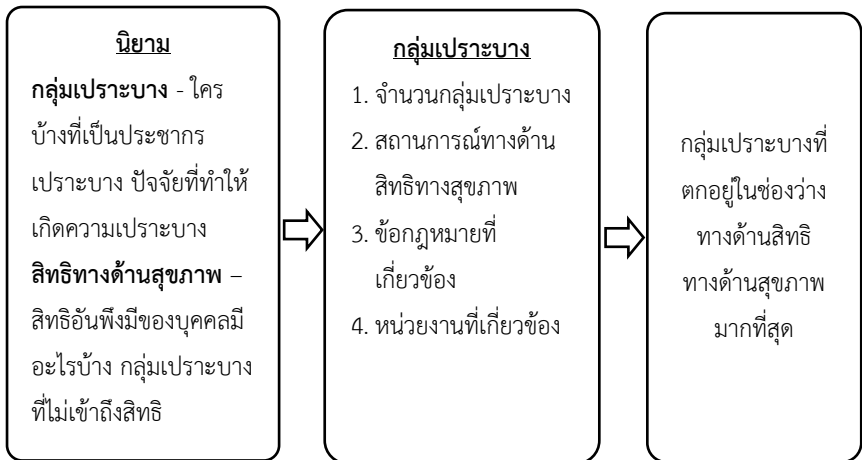
การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้บทวนคำนิยามและศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง โดยมีคณะกรรมการที่สช.แต่งตั้งขึ้นเพื่อควบคุมคุณภาพของเนื้อหา และให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการวิจัย ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ วรรณกรรมออนไลน์ เอกสารงานวิจัยทางด้านกฎหมาย รายงานการศึกษาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางสุขภาพกลุ่มเปราะบาง ข่าวที่ปรากฏในสื่อสาธารณะที่มีแหล่งอ้างอิงที่แน่นอนในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2560) ขอบเขตด้านเนื้อหาคือสถานการณ์สิทธิสุขภาพของกลุ่มประชากรเปราะบางและภารกิจ หน้าที่ ข้อกฎหมาย ช่องว่างทางการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 การสืบค้นวรรณกรรมออนไลน์ใช้จากฐานข้อมูลของกูเกิล (Google) กำหนดคำสำคัญ (Key words) ได้แก่ กลุ่มเปราะบาง สิทธิทางสุขภาพ สถานการณ์สุขภาพ

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกวรรณกรรมสำหรับการศึกษานี้ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ หนังสือ งานวิจัย บทความวิชาการ ข่าว หรือผลงานวิชาการประเภทอื่นที่มีแหล่งอ้างอิงที่แน่นอน หรือหากปรากฏในฐานข้อมูลออนไลน์จะต้องเป็นเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ โดเมนที่ลงท้ายด้วย .or.th, .net, .org, co.th, ac.th, .com และนำเสนอในระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี

ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ วรรณกรรมที่มีระยะเวลาไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดหรือมาจากเว็บไซต์ที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การค้นคว้าเริ่มจากการประมวลคำนิยามกลุ่มเปราะบางและสิทธิทางสุขภาพหลังจากนั้นจึงศึกษาถึงขนาดของประชากรกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่ม ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบางที่ได้จัดกลุ่มไว้แล้วรวมถึงศึกษากฎหมาย ระเบียบปฏิบัติและหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นสิทธิทางสุขภาพ หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลและจัดกลุ่มความสำคัญของแต่ละกลุ่ม



กลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล

กลุ่มเป้าหมายในครั้งนี่คือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง จึงจำเป็นต้องสำรวจและจัดกลุ่มเปราะบางเพื่อเป็นแนวทางในการสืบค้นวรรณกรรม คณะผู้วิจัยอ้างอิงเกณฑ์การจัดกลุ่มเปราะบาง ดังนี้

1. แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ที่ให้นิยามของการศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคคลที่อ่อนแอและเปราะบาง (Vulnerable Groups) ว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นอิสระหรือตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง กลุ่มคนเหล่านี้เสี่ยงต่อการเอาเปรียบ การดูแลจึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ (ชาดา สืบหลินวงศ์, บรรณาธิการ. 2551, น. 12)

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ, กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน และศูนย์วิจัยและพัฒนาเด็กและเยาวชน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2560) นิยามเยาวชนเปราะบางว่า หมายถึง เด็กเยาวชนที่เผชิญภาวะเปราะบางในช่วงขณะหนึ่งที่ไม่ถึงสิทธิโดยนโยบายภาครัฐหรือมาตรการในทางปฏิบัติที่เอื้อไม่ถึง ได้แก่ แม่วัยรุ่น เด็กติดเชื้อ HIV เด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดี เด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

3. ข้อเสนอเกณฑ์การพิจารณาประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย นำเสนอโดย บวรศม สิริพันธ์ และคณะ (2559) พิจารณาจาก 2 ใน 3 ข้อ ต่อไปนี้

3.1 ประชากรชายขอบซึ่งอาจถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานต่างชาติ

3.2 ประชากรที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

3.3 ประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือถูกกระทำทารุณหากไม่ได้รับการตอบสนองทางสุขภาพระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

4. กลุ่มเป้าหมายต้องสามารถระบุจำนวนได้

หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มเปราะบางในการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเยาวชน (รวมถึงเด็กกำพร้า เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กใช้สารเสพติด เด็กพิการ แม่วัยรุ่น และเด็กในสถานพินิจ) 2) กลุ่มผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้มีปัญหาด้านสถานะทางทะเบียน 4) แรงงานต่างชาติ 5) กลุ่มประชากรยากจน 6) กลุ่มหญิงหม้ายในจังหวัดชายแดนใต้ 7) กลุ่มผู้ต้องขังหญิง และ 8) กลุ่มคนเร่ร่อนและไร้ที่พึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยนำประเด็นที่ออกแบบไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งได้แก่ คำนิยามกลุ่มเปราะบาง สถานการณ์ทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบางต่างๆ ข้อกฎหมาย ช่องว่างทางสิทธิทางสุขภาพ หลังจากนั้นจึงค้นหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำประเด็นจากกรอบแนวคิดการวิจัยมาประมวลผลร่วมกันโดยใช้วิธีการแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อตรวจสอบข้อมูลด้านความครบถ้วนของเนื้อหา แหล่งอ้างอิงข้อมูล และความถูกต้องของข้อมูล

ผลการศึกษา

คณะผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมภาษาไทยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 93 ชิ้น และภาษาอังกฤษ จำนวน 24 ชิ้น ส่วนมากเป็นการเข้าถึงในระบบออนไลน์ (Online) เป็นรายงานการศึกษา ข้อมูลเชิงสถิติของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับกลุ่มเปราะบางและข่าวที่ปรากฏตามเว็บไซต์ซึ่งจัดว่าเป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงปัจจุบันมากที่สุด ในขณะที่หนังสือเป็นรูปเล่มที่สืบค้นในห้องสมุดถูกนำมาใช้ในการศึกษาน้อยที่สุด

คณะผู้วิจัยแบ่งประเด็นนำเสนอให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. มิติหลากหลายของนิยามความเปราะบางและบุคคลเปราะบาง

1.1 นิยามความเปราะบางและบุคคลเปราะบาง

ถึงแม้ว่าเราจะเข้าใจความหมายของคำว่าเปราะบางในลักษณะที่เกิดความอ่อนแอได้โดยง่ายแต่ก็ไม่ง่ายนักที่จะนำไปอธิบายสถานการณ์หรือกลุ่มคนหรือแม้กระทั่งก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน การตีความในภาษาไทยไม่ปรากฏการให้ความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ทั้งคำว่า “เปราะบาง” “ความเปราะบาง” หรือแม้แต่ “กลุ่มเปราะบาง” แต่ปรากฏในการให้ความหมายในภาษาอังกฤษ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มคำนิยามได้ ดังนี้

1.1.1 ความเปราะบางในเชิงร่างกายและจิตใจ

โดย Oxford dictionary (Oxford University Press, 2017) ได้ให้ความหมายของคำว่า Vulnerabilities หมายถึง “The quality or state of being exposed to possibility of being attacked or harmed, either physically or emotionally.” คือ สภาพหรือสถานะที่เปิดโอกาสที่จะได้รับความเสียหายหรืออันตรายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วน Merriam-Webster (Merriam-Webster, 2017) อธิบายว่าเป็น “The quality or state of having little resistance to some outside agent.” และ “The state of being left without shelter or protection against something harmful.” สรุปความได้ว่าเป็นสภาพของการมีภูมิคุ้มกันน้อยและถูกทิ้งไว้โดยปราศจากการป้องกันต่อสิ่งที่เป็นอันตราย

1.1.2 ความเปราะบางที่เกิดจากปัจจัยภายนอกและภายใน

การให้ความหมายลักษณะนี้ตกผลึกมาจากการที่นักวิชาการทำงานกับชุมชนและพบว่าคนที่ชุมชนไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เพราะมีปัจจัยที่มากกระทบใน 2 ส่วน คือ ปัจจัยภายนอก เช่น ความไม่

มั่นคงทางการเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และปัจจัยภายใน เช่น ความสามารถของบุคคลในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สภาพร่างกายของบุคคลในแง่สุขภาพ การจัดการความกดดัน (Juan Carlos Villagran De Leon, 2006) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เพิ่มความเปราะบางให้กับบุคคล ชุมชน สันติวิธี ในประเด็นเหล่านี้องค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การสหประชาชาติเพื่อการลดความเสี่ยงด้านภัยพิบัติ (United Nations Office for Disaster Risk Reduction, UNISDR, 2009) ยกตัวอย่างที่เข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับการรับมือจากภัยธรรมชาติว่า ความเปราะบาง คือ การที่บุคคลหรือกลุ่มไม่สามารถที่จะคาดการณ์ จัดการ ป้องกัน หรือฟื้นตัวจากผลกระทบของภัยพิบัติซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติ อันเนื่องมาจากการถูกกำหนดโดยปัจจัยทางร่างกาย เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน

1.1.3 ความเปราะบางในมิติที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม

ธนาคารโลก (World Bank) นิยามความเปราะบางว่า “The propensity to suffer a significant welfare shock, bringing the household below a socially defined minimum level.”(Jonathan Houghton et.al, 2009) ซึ่งเชื่อมโยงกับความเดือนร้อนจากการไม่ได้รับสวัสดิการและนำครัวเรือนไปสู่การใช้ชีวิตต่ำกว่ามาตรฐานที่สังคมกำหนดไว้

1.1.4 ความเปราะบางเกิดขึ้นจากสาเหตุระดับปัจเจก

ความเปราะบางลักษณะนี้วิเคราะห์จากศักยภาพในการนำพาตนเองให้เท่าทันผู้อื่น โดยบุคคลที่ไม่มีความสามารถพอที่จะรับมือกับสภาพปัญหาที่เข้ามากระทบทั้งที่สถานการณ์นั้นถูกคาดการณ์ไว้แล้วหรือไม่ได้วางแผนไว้ เมื่อเกิดความอ่อนแอ อ่อนด้อยจนแก้ไขปัญหาไม่ได้สถานการณ์เช่นนั้นเรียกว่าเป็นความเปราะบาง สาเหตุที่ทำให้แต่ละคนมีความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่แตกต่างกันนั้นเป็นผลที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้

ให้คนบางกลุ่มตกอยู่ในภาวะ “ถูกทิ้ง” จะด้วยสาเหตุที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงหรือเพราะไม่ได้รับความใส่ใจจากคนที่แข็งแรงกว่าก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นเรียกว่าความเปราะบางทั้งสิ้นและทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำรงชีวิตในหลายด้าน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) เช่นเดียวกับการให้ความหมายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้คำนิยามที่สะท้อนถึงวิถีคิดของความเหลื่อมล้ำในสังคมไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ภายหลังจากการเกิดเหตุการณ์ เนื่องจากไม่ได้เตรียมการจัดการหรือไม่เตรียมการกับความเสี่ยงไว้เพียงพอ (สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

1.1.5 บุคคลเปราะบางในมิติของการตกเป็นผู้ถูกระงับ

หลายหน่วยงานให้คำนิยามบุคคลเปราะบางในลักษณะที่เป็นผู้ถูกระงับ เช่น เป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ อยู่ในข่ายความเสี่ยงที่จะถูกระงับ ถูกละเมิด ถูกครอบงำและคุกคามจากภัยต่างๆ ได้โดยง่าย อาจเป็นคนหรือกลุ่มครัวเรือนที่ตกอยู่ในภาวะความยากจน อาจเผชิญกับภาวะเสี่ยงหลายรูปแบบและต้องการการสนับสนุนทั้งเชิงร่างกายและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างของประชากรเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์, กลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ, กลุ่มคนเร่ร่อนไร้บ้าน, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและป่วยทางจิต, เด็ก (Oxford University Press, 2017, Segen’s Medical Dictionary, 2011, OECD, 2015, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560)

โดยสรุปความหมายของคำว่าเปราะบาง หมายถึง สภาพหรือสถานะที่จะได้รับความเสียหายหรืออันตรายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ง่ายโดยไม่มีสิ่งป้องกันหรือการป้องกัน ส่วน “บุคคลเปราะบาง” หมายถึง บุคคลที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้องเพราะปัจจัยทางด้านอายุ ความพิการ ความเสี่ยงต่อการถูกระงับ หรือถูกเพิกเฉย

1.2 ปัจจัยที่นำไปสู่ความเปราะบาง

มีผู้ทบทวนปัจจัยที่นำไปสู่ความเปราะบางหลายท่าน แต่คณะผู้วิจัยเลือกใช้การอธิบายของ Piers Blaikie และคณะ (2003) ที่วิเคราะห์ปัจจัยเกี่ยวกับความเปราะบางของบุคคลผ่านการจำลอง Pressure and Release Model (PAR Model) ในการพยากรณ์การจัดการแก้ไขและการฟื้นตัวจากภัยธรรมชาติ เนื่องจากนำเสนอกระบวนการเกิดความเปราะบางในมุมมองที่กว้าง มากกว่าที่จะนำเสนอเพียงสาเหตุของการเกิดความเปราะบางในแง่มุมใดแง่มุมหนึ่ง ซึ่งพบว่า มี 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1) สาเหตุ (Root Causes) Blaikie และคณะ (2003) เสนอว่า ข้อจำกัดในการเข้าถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานและทรัพยากรต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเปราะบาง ถึงแม้ว่าสวัสดิการภาครัฐจะถูกออกแบบให้ทุกคนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน แต่ด้วยระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลอาจทำให้ต้องเสียค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จำนวนมาก ซึ่งนั่นอาจทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาพยาบาล

2) แรงกดดัน (Dynamic Pressures) เป็นองค์ประกอบหนึ่งทีนำไปสู่การเกิดสาเหตุในข้อ 1 เช่น การกลายเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร นโยบายทางการเมือง หากใช้ตัวอย่างเดียวกับข้อ 1 ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป หากแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยแต่ครอบครัวไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษา นั้นเป็นผลมาจากกระทำจากนโยบายการเมือง หรือนโยบายการปฏิบัติงานของระบบ ช่องว่างของการทำงานในระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

3) ภาวะที่ไม่มั่นคง (Unsafe Conditions) เป็นความเปราะบางที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัย การอาศัยอยู่ในตึกที่ไม่มีระบบป้องกัน องค์ประกอบ

เกี่ยวกับภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้น้อย การใช้ชีวิตที่มีความเสี่ยง องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในสังคม เช่น การขาดองค์กรส่วนท้องถิ่น องค์ประกอบด้านปฏิบัติการสาธารณะและสถาบัน เช่น ขาดการเตรียมการด้านภัยธรรมชาติ การแพร่กระจายโรคติดต่อ เป็นต้น

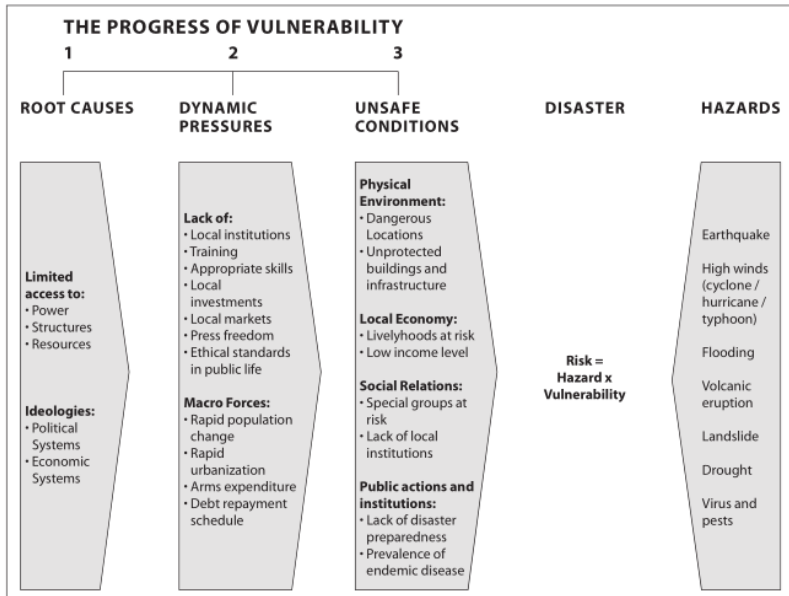
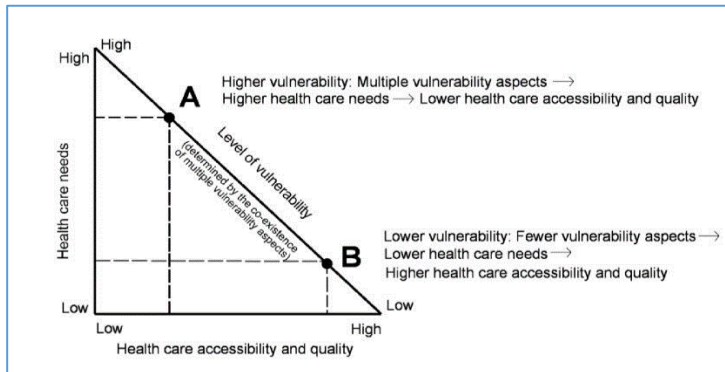


Figure 4: The Pressure and Release model proposed by Blaikie et al. (1996). Root causes lead to dynamic pressures, which lead to unsafe conditions. Risk is the combination of hazard and vulnerability (Wisner et al, 2004).

ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการของการเกิดความเปราะบาง (Piers Blaikie et al, 2003)

จากแบบจำลอง PAR Model ของ Blaikie และคณะ ความเปราะบาง ไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล การที่บุคคลไม่สามารถเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ ยังเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) เป็นตัวกำหนดซึ่งสอดคล้องกับ Cristina Grabovschi et al. (2013) ที่นำเสนอ

การซ้อนทับของปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ในการทำความเข้าใจการกลายเป็นกลุ่มเปราะบาง Grabovschi เสนอแบบจำลองกฎผกผันของการบริบาล (Inverse Care Law, ILC) เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแกนนอนแสดงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงจะอยู่สูงจะอยู่ด้านขวาสุด (High) ขณะที่ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำจะอยู่ด้านซ้ายสุดของแกนนอน (Low) ส่วนแกนตั้งอธิบายภาวะความต้องการทางสุขภาพ จุดสูงสุด (High) คือความต้องการทางสุขภาพ โดยจุด A อธิบายว่าความต้องการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางสูงกว่าแต่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพต่ำ ในจุด B มีความต้องการทางด้านสุขภาพต่ำ แต่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพสูง แบบจำลองของ Grabovschi ให้น้ำหนักความด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic Deprivation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความยากจน เป็นปัจจัยสำคัญในการกลายเป็นกลุ่มประชากรเปราะบาง รองลงมาคือลักษณะทางชาติพันธุ์ การเจ็บป่วย การขาดประกันสุขภาพ การถูกจองจำ การอพยพย้ายถิ่นตามลำดับ ความเชื่อมโยงของ Inverse Care Law (Grabovschi, 2013) กับ Piers Blaikie (2003) ไม่ได้อธิบายสัมพันธ์กัน เพียงแต่บอกว่า คนที่เผชิญความเปราะบางซ้ำซ้อน (หลายด้านและหลายปัจจัย) มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการได้ยากกว่า ถ้าหากคนที่เผชิญกับความเปราะบางหลายด้านพร้อมกัน จะยิ่งทำให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่า



ภาพที่ 2 ภาพแสดงแบบจำลองของ (Cristina Grabovschi et al, 2013) ที่อธิบายหลักคิดของ ICL ของ Julian Tudor Hart (1971)

โดยสรุปแล้วความเปราะบางของประชากรไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว หากแต่มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐฐานะ ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม เมื่อมีภาวะเสี่ยงมากระทบเช่น ภาวะความเจ็บป่วยแล้วไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ไม่มีใครเข้ามาช่วยเหลือ และระบบต่างๆ ก็ไม่สามารถประคับประคองให้บุคคลนั้นหลุดพ้นจากปัญหาได้ เราเรียกคนกลุ่มนั้นว่าเป็นกลุ่มผู้เปราะบาง

2. สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง

2.1 ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพในกลุ่มเยาวชน

เป็นกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่และมีความซับซ้อนเนื่องจากสามารถแยกความเปราะบางได้อีกหลายประเด็น เช่น เด็กยากจน เด็กพิการ เด็กเปราะบางทางสังคม (กลุ่มย่อย เด็กกำพร้า เด็กใช้สารเสพติด แม่วัยรุ่น เด็กในสถานพินิจ) จากการศึกษาพบว่า ความด้อยโอกาส (Deprivation) คือ ปัจจัยหลักในการทำให้เยาวชนแต่ละกลุ่มเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น ความด้อยโอกาสทำให้เยาวชนต้องหลุดออกจากระบบการศึกษาและเข้าสู่ตลาดแรงงาน

ก่อนวัยอันควร เสี่ยงต่อการกระทำคามผิด ตั้งท้องก่อนวัยอันควร พัวพันกับ ยาเสพติด เป็นต้น การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ พบว่า เด็กยังมีข้อจำกัดในการพาตนเองเข้าสู่ระบบสุขภาพ การตัดสินใจที่เกี่ยวกับร่างกายของตนเองขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ปกครอง เช่น การทำแท้งอย่างปลอดภัยเด็กไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องผ่านความเห็นทางการแพทย์และการยินยอมของผู้ปกครองเท่านั้น รวมถึงเด็กยังมีข้อจำกัดทางกายภาพที่ไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์ได้เมื่อตนเอง รู้สึกถึงความไม่สบาย

2.2 ความผกผันของสิทธิทางสุขภาพและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ

ปัญหาใหญ่อย่างหนึ่งของการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุไม่ใช่การไม่มีสิทธิ์การรักษา แต่คือระยะทางระหว่างสถานพยาบาลและที่พักอาศัยและการขาดคนดูแล ปัญหาเหล่านี้พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสถานะ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท การศึกษาของ สุรยุต โอสรรประสพ (2559) ระบุว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะดีใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นสองเท่าของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและมีฐานะดีมีโอกาสในการเข้าถึงบริการและใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากกว่า ในขณะที่ระยะทางจากบ้านพักไปโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องจ่ายเป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ อีกประการหนึ่งคือขาดคนดูแลและการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลในการหยุดงานเพื่อพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่อาจทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจซื้อยามาทานเองแทนที่จะเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลจะเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิทางสุขภาพมากกว่า (อุไรวรรณ รุ่งไหรณู, 2559)

2.3 สิทธิสุขภาพของแรงงานต่างชาติดกับการเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพด้วยตนเอง

ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของแรงงานต่างชาติดที่มีอาณาเขตติดต่อกับไทย ได้แก่ แรงงานต่างชาติดจากประเทศเมียนมา ลาว และกัมพูชาที่ต้องการเข้ามาทำงาน ซึ่งโดยหลักการต้องมีการขออนุญาตจากกรมแรงงานอย่างถูกกฎหมาย แต่ในความเป็นจริงแล้วมีแรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถระบุจำนวนที่แท้จริงได้เข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งแรงงานข้ามชาติสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2556)

1) แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน หรือ “กลุ่มผ่อนผัน” หมายถึง แรงงานที่จดทะเบียนเพื่อได้สิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราว (ทร. 38/1) และได้รับหมายเลข 13 หลักขึ้นต้นด้วย 00

2) แรงงานข้ามชาติที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ “กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ” ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 รัฐบาลไม่ได้วางมาตรการปรับสถานะของแรงงานที่เข้าเมืองผิดกฎหมายที่จดทะเบียน (กลุ่ม 1) ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อให้มีสถานะเป็นแรงงานที่ถูกกฎหมายและเข้าสู่ระบบประกันสังคม

3) แรงงานข้ามชาตินำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้านหรือ “กลุ่มนำเข้า” ตามข้อตกลง MOU ตามความตกลงความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทย-พม่า ไทย-กัมพูชา และ ไทย-ลาว พ.ศ. 2545 และ 2546 ซึ่งภายใต้กรอบนี้จะทำการจ้างงานสำหรับแรงงานข้ามชาติไร้ฝีมือ ที่จะนำเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย

4) แรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน หมายถึง แรงงานที่ไม่มีใบอนุญาต ไม่มีเอกสารการพำนักชั่วคราว หรือเรียกว่า กลุ่มใต้ดิน ประเมินการว่ามีอยู่ 2 ล้านคน

ในแต่ละปีมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระบุว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานอย่างถูกกฎหมายในจนถึงพ.ศ.2560 จำนวน 1,558,406 คน

ในประเด็นการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมพบว่ารัฐมีนโยบายให้ข้อประกันสุขภาพเองเพื่อเป็นการลดภาระของสถานพยาบาล โดยสามารถเลือกได้ว่าต้องการสิทธิประโยชน์แบบใด ซึ่งราคาจะแตกต่างกันออกไป (ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2556, คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2558) นัยยะหนึ่งเท่ากับว่าเป็นการผลักภาระให้แรงงานเหล่านี้รับผิดชอบในประเด็นสุขภาพเองแต่ถึงกระนั้นก็ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติทั้งหมด ซึ่งพบในแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนแล้วที่ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และคณะ, 2559) สำหรับในทางปฏิบัติพบว่ายังมีปัญหาอยู่มาก โรงพยาบาลรัฐบางแห่งปฏิเสธการให้บริการสำหรับกลุ่มประชากรนี้ ดังตัวอย่างในจังหวัดภูเก็ตที่ไม่ขายบัตรประกันสุขภาพให้กับหญิงตั้งครรภ์หรือแรงงานที่มีบัตรประกันอยู่แล้วและพบว่าตั้งครรภ์ เมื่อคลอดบุตรแล้วก็จะไม่ขายประกันสุขภาพให้เพราะไม่คุ้มทุน (กันติพิชญ์ ใจบุญ, 2560)

2.4 การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพไม่ใช่ปัญหา ปัญหาคือการนิยามว่าใครคือ คนยากจน

การคัดกรองคนยากจนออกจากประชากรกลุ่มอื่นๆ นั้น ในประเทศไทยใช้เส้นความยากจน (Poverty Line) เป็นเกณฑ์หลัก โดยเป็นการวัดความยากจนจากการคำนวณค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการอุปโภค บริโภคใน พ.ศ. 2558 ประชากรไทยประมาณ 4.8 ล้านคนมีรายได้ต่ำกว่า 2,644 บาทต่อเดือน ซึ่งต่ำกว่าเส้นความยากจน จังหวัดที่มีสัดส่วนคนจนต่อประชากรสูง ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดปัตตานี โดยคิดเป็นร้อยละ 28-35 ของประชากรในจังหวัด หากเราใช้

เกณฑ์ด้านรายได้เป็นที่ตั้งในการวัดความยากจน นั่นเท่ากับว่าเรามองความยากจนในมิติเชิงเดี่ยว ในความเป็นจริงแล้วความยากจนยังมีการพิจารณาอีกหลายมิติ เช่น การพิจารณาถึงความเท่าเทียม ความเป็นธรรม และความจำเป็น (Equity, Equality and Needs) A.J.Culyer et al. (1993) อธิบายว่า 3 ประเด็นเหล่านี้ควรนำมาวิเคราะห์ร่วมด้วยเพื่อคัดกรองคนที่จนอย่างแท้จริงและนำไปสู่การรับบริการสุขภาพ

แน่นอนว่าการให้บริการทางสุขภาพสำหรับคนไทยเป็นสิ่งที่รัฐพยายามจัดหาไว้บริการ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือกระบวนการสร้างความเท่าเทียม แต่เราต้องไม่ลืมว่าโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชากรแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น คนยากจนในชนบทไม่สามารถเข้ารับการรักษาต่อในกรณีที่มีการส่งผู้ป่วยข้ามเขต อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง ค่าผู้ดูแลที่บริการของรัฐไม่ได้ครอบคลุมไว้ ทำให้ต้องตัดสินใจเลือกที่จะไม่รับการรักษา ในขณะที่คนจนในเขตเมืองมีอาจไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ จึงเข้าถึงบริการได้มากกว่า ต้นทุนที่ไม่ใช่ทางการแพทย์เหล่านี้มักเกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจสูง ดังนั้นกระบวนการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความยากจนในมิติอื่นๆ ที่มากกว่าด้านสุขภาพเพื่อค้นหาคนยากจนอย่างแท้จริง

2.5 กลุ่มเปราะบางในจังหวัดชายแดนใต้ผูกโยงกับความไม่สงบทางการเมือง

ความเปราะบางในจังหวัดชายแดนใต้มีความแตกต่างจากความเปราะบางในบริบทอื่นๆ กล่าวคือ มีประเด็นเชิงพื้นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหล่านี้ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงแต่ก็มีความเสี่ยงในการกลายเป็นกลุ่มเปราะบาง ในกลุ่มเปราะบางอื่นมีปัจจัยเรื่องภาวะทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนด ความขัดแย้งทางอุดมการณ์ทางศาสนาเป็นสาเหตุสำคัญที่

ทำให้พื้นที่จังหวัดชายแดนได้อยู่ในภาวะมีความเสี่ยงและส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง มีผลกระทบทั้งที่สามารถเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมและไม่เป็นรูปธรรม ในปี พ.ศ.2557 มีข้อมูลจากโครงการหน่วยเคลื่อนที่เยี่ยมยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ (สุรจิต ไวยวรรณจิต, 2559) ว่าผู้ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งเชิงอุดมการณ์และผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องแต่ได้รับผลกระทบประมาณสองหมื่นคน ซึ่งส่วนมากเป็นเพศชายและเป็นหัวหน้าครอบครัว

ตารางที่ 3

จำนวนผู้ได้รับผลกระทบในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ.2557 (สุรชัย ไวยวรรณจิต, 2559)

จังหวัด	เด็กกำพร้า	ผู้พิการ	สตรีหม้าย	ผู้ได้รับบาดเจ็บ	ผู้เสียชีวิต	รวม
สงขลา	196	18	93	946	167	1,420
สตูล	16	3	15	-	-	34
ปัตตานี	1,944	120	941	2,572	1,699	7,276
ยะลา	1,364	203	832	558	833	3,790
นราธิวาส	1,918	210	772	2,223	2,122	7,245
รวม	5,438	554	2,653	6,299	4,821	19,765

การสูญเสียผู้นำครอบครัวทำให้สตรีและเด็กในครอบครัวต้องได้รับผลกระทบ เผชิญกับภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจที่ต้องเลี้ยงลูกคนเดียว ความเปราะบางเชิงจิตใจเนื่องจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัวอย่างกะทันหัน และความเปราะบางทางวัฒนธรรม มนวิธน์ พรหมรัตน์ และคณะ (2559) อธิบายถึงความเปราะบางทางวัฒนธรรมในบริบทพื้นที่ภาคใต้ไว้ว่า คุณค่าของผู้หญิงชาวมลายู เชื่อมติดกับการเป็นภรรยาของสามี ซึ่งในประเด็นนี้ในทางกลับกันอาจสร้างความเปราะบางทางวัฒนธรรมให้เกิดขึ้น เมื่อขาดผู้นำครอบครัวด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม

คุณค่าของหญิงหม้ายจะถูกลดทอนลงทันที หญิงหม้ายจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้หญิงที่อ่อนแอและจะถูกตรวจสอบจากชุมชน แม้ว่าการแต่งงานใหม่จะเป็นการคืนคุณค่าในชีวิตให้หญิงมลาย่อีกครั้งภายใต้การปกป้องของผู้ชายแต่การให้คุณค่าของการแต่งงานครั้งที่สองจะไม่มากเมื่อเทียบกับการแต่งงานครั้งแรก

ประเด็นสิทธิทางสุขภาพของประชากรในจังหวัดชายแดนใต้พบว่า มีสาเหตุมาจากสถานการณ์ความไม่สงบจนส่งผลให้มีปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับประชาชนในพื้นที่และปัญหาด้านคุณภาพในการให้บริการ (ประชากรธรรม, 2558) เนื่องจากบุคลากรรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย (นิสฺโลดา นิโษะ และคณะ, ม.ป.ป.)

2.6 การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพไม่ใช่ปัญหาสำหรับผู้ต้องขังหญิง แต่ปัญหาคือความเสี่ยงที่จะต้องส่งตัวออกไปรับบริการข้างนอก

“นักโทษล้นคุก” เป็นคำกล่าวที่แสดงให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ต้องขังในประเทศไทย ประเทศเล็กๆ อย่างประเทศไทยติดอันดับ 4 ที่มีจำนวนผู้ต้องขังหญิงมากที่สุดในโลก คำถามสำคัญคืออะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ประเทศไทยมีผู้ต้องขังหญิงมากขนาดนั้นจนเกิดภาวะวิกฤติ

สาเหตุที่ทำให้มีผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและความยากจน ปัจจัยทางด้านจิตใจ กระทำผิดด้วยความแค้นและผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ครอบครัวขาดความอบอุ่น และการมีบทลงโทษด้วยการจำคุกมากกว่าจะเป็นการลงโทษด้วยวิธีการอื่นๆ การมีผู้ต้องขังจำนวนมากทำให้เกิดความเสื่อมโทรมด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคับแคบของเรือนนอน ซึ่งต้องนอนแบบสลับฟันปลา ทำให้มีโอกาสนในการเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจได้ง่าย ประกอบกับการไม่ได้เคลื่อนไหวอย่างอิสระเป็นระยะเวลาหลายชั่วโมงอาจมีผลต่อกล้ามเนื้อ ความคับแคบของห้องน้ำและพื้นที่ตากผ้าก็เป็นส่วนหนึ่งในการแพร่กระจายโรคให้มากขึ้น กลุ่มผู้ต้องขังที่ตั้งครรภ์หรือมีเด็กติดผู้ต้องขังหญิงก็เป็นอีกกลุ่มเปราะบางหนึ่งที่ต้องได้รับความใส่ใจมากเป็นพิเศษ เช่น การจัดพื้นที่ที่

เป็นส่วนสำคัญ สภาพอากาศต้องมีการถ่ายเทเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรค (อภิญา เวชชัย และ กิติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2546, น. 58-59, กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาร, 2558, น. 14) ทัศนสถานหญิงบางแห่งมีการจัดพื้นที่อย่างเป็นทางการระหว่างผู้ต้องขังที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงและผู้ต้องขังทั่วไป ดังนั้นการคัดกรองผู้ต้องขังและการออกแบบพื้นที่โหลเวียนจึงต้องทำเป็นอย่างดี ซึ่งก็ได้รับความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา ก็ดำเนินการตามหลักสิทธิมนุษยชน (กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาร, 2558, น. 28) การดำเนินการเช่นนี้เป็นไปตามข้อกำหนดกรุงเทพฯ (Bangkok Rules) เพื่อยกกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิงและเด็กติดผู้ต้องขัง ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ภายใต้โครงการกำลังใจ โครงการในพระดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา

การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของผู้ต้องขังหญิงพบว่า ได้รับสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิจากสถานพยาบาลในพื้นที่แต่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตัวระหว่างการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ในกรณีที่ถูกฉีกหรือพยาบาลประจำทัศนสถานประเมินแล้วว่าต้องไปรับการรักษาภายนอก ในกรณีนี้ตามข้อบังคับแล้วต้องมีผู้คุม 2 คนไป ฝ้าผู้ต้องขังป่วย 1 คน ตลอดเวลา ซึ่งมีโอกาสที่นักโทษจะหลบหนีและนี่ถือเป็นความเสี่ยงที่ผู้คุมต้องรับผิดชอบ ดังนั้นประเด็นการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพจึงไม่ใช่ปัญหาสำหรับประชากรกลุ่มนี้ แต่ปัญหาคือความเสี่ยงที่จะต้องพานักโทษออกไปรับบริการข้างนอก

2.7 การไม่มีเอกสารแสดงตัวตนเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่ง ไร้บ้าน

การไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของบุคคลเร่ร่อนทำให้ความพยายามในการช่วยเหลือประชากรกลุ่มนี้ทำได้ยาก เช่น การไม่มีเอกสารแสดงตัวตน การไม่มีหลักแหล่งที่แน่นอน คนไร้บ้านจำนวนมากไม่มีเอกสารใดๆ ติดตัวและไม่สามารถ

สืบหาพยานบุคคลเพื่อมายืนยันตัวตนได้จึงเป็นอุปสรรคในการรับสวัสดิการจากภาครัฐทั้งที่เป็นคนสัญชาติไทย (ไทยพับลิก้า, 2558) ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีคนไร้บ้าน ประชาชนผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะในพื้นที่กรุงเทพฯ จำนวน 3,311 คน จำแนกเป็นคนเร่ร่อน ผู้ติดสุรา ผู้ใช้พื้นที่สาธารณะเพื่อหลับนอนชั่วคราว ผู้ป่วยข้างถนน คนจนเมือง คนไร้บ้าน พนักงานบริการอิสระ ผู้พันโทษ ครอบครัวแรงงานเพื่อนบ้าน ชาวต่างชาติเร่ร่อน ครอบครัวเร่ร่อน และผู้มีความหลากหลายทางเพศ (กองประชาสัมพันธ์ กทม., 2559) แท้จริงแล้วคนไร้บ้านส่วนใหญ่มีรากเหง้าและที่มาแต่สาเหตุที่ออกมาใช้ชีวิตข้างนอกนั้นเพราะไม่มีงานทำ ตกงาน ความพิการ ความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่เสียชีวิต ถูกยึดที่ทำกิน เป็นต้น

การไม่มีเอกสารแสดงตัวตนไม่ใช่ส่งผลเฉพาะการรับบริการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ส่งผลถึงการรับสวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น การรับเงินสงเคราะห์ เมื่อขาดการติดต่อจากบ้านและหน่วยงานราชการเป็นระยะเวลาานานจะถูกตัดชื่อออกจากระบบทะเบียนราษฎร ถึงแม้ว่าจะมีกองทุนคืนสิทธิ์สำหรับกลุ่มผู้มีปัญหาด้านสถานะ แต่ต้องมีกระบวนการลงทะเบียนไว้ก่อน ทำให้การเข้าถึงสิทธิ์มีอุปสรรคมากขึ้น สำหรับผู้ที่มีเอกสารแสดงตัวตนมีปัญหาที่พบคือสิทธิ์การรักษาพยาบาลมักอยู่ในต่างจังหวัดแต่มาเร่ร่อนอยู่ในพื้นที่อื่น จึงทำให้เสียสิทธิ์ในอันพึงจะได้รับ

3. สถานการณ์การทำงานของหน่วยงานและองค์กรที่ทำงานทางด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง

3.1 การขาดความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนตกหล่นในการรับบริการ

ผู้มีปัญหาด้านสถานะทางทะเบียนในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยชนกลุ่มน้อย คนไร้รากเหง้าหรือคนไม่มีสถานะในทะเบียนราษฎร แรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และผู้อพยพลี้ภัย พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา

(2552) อธิบายถึงความหมายของบุคคลที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียนว่า คือ บุคคลที่รัฐไทยรับฟังว่ายังพิสูจน์สถานะทางกฎหมายว่าด้วยสิทธิในสัญชาติไม่ได้ หรือในกรณีที่พิสูจน์ได้แล้วว่าเป็นคนต่างชาติแต่ยังส่งกลับประเทศต้นทางไม่ได้ รัฐจึงมีเอกสารรับรองตัวบุคคลเพื่อใช้ระหว่างกาหนดสถานะบุคคลหรือในระหว่างการส่งกลับ โดยหลักการแล้วมี 3 สาเหตุหลักที่ทำให้บุคคลหนึ่งคนไม่มีสถานะทางทะเบียน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ดังนี้ (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2554)

3.1.1 คนไร้รัฐเพราะเกิดก่อนการมีทะเบียนราษฎร แต่ตกหล่นจากการสำรวจเพื่อบันทึกในทะเบียนราษฎร

3.1.2 คนไร้รัฐเพราะมิได้รับการแจ้งเกิดจึงตกหล่นจากทะเบียนราษฎร

3.1.3 คนไร้รัฐเพราะถูกถอนชื่อออกจากทะเบียนราษฎรไทยและบุคคลนั้นก็ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของรัฐใดเลยบนโลก

ในปีพ.ศ. 2560 มีผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนจำนวน 572,328 คนขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงยังมีผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียนจำนวนมากที่ยังไม่อยู่ในระบบซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคในการผลักดันการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะไม่สามารถใช้สิทธิ์ที่รัฐจัดให้ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้สามารถใช้บริการด้านสาธารณสุขโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์สถานะผ่านกองทุนเพื่อสิทธิทางด้านการศึกษาพยาบาลแก่บุคคลที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ์ ซึ่งทำให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงและเข้าถึงสิทธิข่าวสารผ่านเทคโนโลยีทางเครือข่ายชุมชนที่กลุ่มประชากรอาศัยอยู่ อย่างไรก็ตามการเข้าถึงสิทธิ์ก็ยังคงมีปัญหาในระดับปฏิบัติที่ทำให้กลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงสิทธิ์อย่างที่ควรจะเป็น เช่น การอพยพย้ายถิ่นของประชากร และการขาดความรู้ทางด้านแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับของกองทุน ความไม่มั่นใจในระเบียบและขอบเขตการใช้งานของผู้ให้บริการ ปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่าง

หน่วยงาน เป็นต้น (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2556, สำนักข่าว HFOCUS, 2558)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การจำแนกกลุ่มผู้เปราะบางนั้นทำได้ไม่ถนัดนัก ความเปราะบางหลายประเภทอาจซ้อนทับอยู่ในคนเดียว เช่น เด็กคนหนึ่งติดตามครอบครัวมาจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างผิดกฎหมายอันเนื่องมาจากภัยสงคราม ครอบครัวมีฐานะยากจนและยังไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ต่อมาถูกจับพร้อมครอบครัวในข้อหาหลบหนีเข้าเมือง ตัวอย่างนี้หากเรานำชีวิตของคนๆ หนึ่งคลี่ออกจะพบว่ามี ความเปราะบางถึง 5 ประเด็น ซ้อนทับกันอยู่ คือ เด็กเป็นกลุ่มเปราะบางที่เป็นเยาวชน เป็นผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียน เป็นประชากรกลุ่มยากจน เป็นกลุ่มคนเร่ร่อน ไร้บ้าน และสุดท้ายกลายเป็นเด็กติดผู้ต้องขัง ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าการระบุจำนวนและความพยายามจำแนกกลุ่มคนตามสาเหตุต่างๆ ตามที่ปรากฏอาจมีความซ้ำซ้อนกัน อีกประการหนึ่งคือเงื่อนไขชีวิตลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่าเหตุใดคนๆ หนึ่งจึงยังไม่สามารถหลุดพ้นจากความเปราะบางเสียที่สาเหตุอาจไม่ได้มาจากตัวเขาที่ไม่มีศักยภาพในการนำพาตัวเองให้หลุดพ้น แต่เพราะมีปัจจัยหลายอย่างผลักดันให้เขาต้องจมอยู่ตรงนั้น ดังนั้นการวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขเราจึงไม่ควรแยกปัจจัยออกจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ เพราะการเกิดขึ้นของสิ่งหนึ่งย่อมส่งผลต่ออีกสิ่งหนึ่งเสมอ การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพก็เช่นกัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับสิทธิขั้นพื้นฐานอื่นๆ ของมนุษย์ สิทธิทางสุขภาพไม่ได้ตั้งอยู่อย่างโดดเดี่ยวแต่เกี่ยวพันกับสิทธิในความเป็นมนุษย์ สิทธิในเรื่องที่อยู่อาศัย สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในประเด็นสังคมต่างๆ รวมถึงการไม่แบ่งแยกด้วย นโยบายภาครัฐที่ไม่เอื้อต่อเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแยกส่วนออกจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วมหลักที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ที่ทำให้กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงสุขภาวะที่ดี การกล่าวโทษปัจเจกว่าเป็นเพราะความยากจนและการไม่สามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงจึงทำให้พวกเขาต้องตกเป็นพลเมืองที่รัฐต้องให้ความช่วยเหลือตามแนวคิดเสรีนิยมนั้น เป็นการหาเหตุผลกล่าวอ้างเพื่อปิดการระงับให้พ้นความรับผิดชอบ สิ่งที่รัฐควรตระหนัก คือ สิทธิทางสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับ รัฐมีหน้าที่ทำให้ทุกคนได้รับสิทธิทางสุขภาพตามสิทธิที่เขาได้รับ

งานวิจัยนี้ได้รับโจทย์สำคัญในการค้นหาว่ากลุ่มเปราะบางกลุ่มใดกำลังเผชิญกับสถานการณ์ด้านสิทธิที่ยากลำบากและสมควรได้รับความช่วยเหลือเร่งด่วนที่สุด ตามที่อ้างไปแล้วด้านบนว่าไม่ถ่วงน้ำหนักที่จะให้น้ำหนักที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากที่สุด แต่เมื่อต้องตอบคำถามนั้นจึงได้กำหนดเกณฑ์ (Criteria) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ คือ 1) ขนาดของประชากรเปราะบางในกลุ่มนั้น 2) ความรุนแรงของปัญหาที่กลุ่มเปราะบางนั้นๆ กำลังเผชิญ 3) การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ โดยจัดเป็น 3 กลุ่มตามความเร่งด่วน พบว่า

1. กลุ่มเยาวชนเปราะบาง เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อยู่นอกกำลังแรงงาน ไม่มีรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเอง ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การเข้าถึงและได้รับสิทธิต่างๆ ของเด็กยังผูกอยู่กับชุดความรู้ของผู้ปกครองว่ามีสิทธิทางสุขภาพมากน้อยเพียงใด บ่อยครั้งที่เด็กไม่ได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ควรจะเป็น เนื่องจากผู้ปกครองขาดความเข้าใจถึงสิทธิของเด็กในการรับบริการทางการแพทย์ มีข้อจำกัดทางกฎหมายให้อยู่ในอำนาจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองหรือบุคลากรทางการแพทย์ และที่สำคัญกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นกำลังหลักของประเทศในอนาคต

2. กลุ่มผู้สูงอายุ สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว หากพิจารณาประเทศในกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่สอง เป็นรองเพียงประเทศสิงคโปร์เท่านั้น กลุ่มผู้สูงอายุที่กล่าวถึงในบริบทความเปราะบางนี้คือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อยู่ลำพัง อยู่ในภาวะยากลำบาก ไม่ได้รับสิทธิทาง

สุขภาพอย่างที่เราควรจะเป็นซึ่งมีอยู่จำนวนมาก สาเหตุที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเร่งด่วนในลำดับที่สอง เพราะเป็นกลุ่มที่อยู่นอกกำลังแรงงานไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ยกเว้นกลุ่มที่ได้รับเงินบำนาญข้าราชการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นคงทางรายได้ รวมถึงจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่วัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ประเทศไทยกำลังจะเผชิญการขาดแคลนกำลังแรงงาน นโยบายรัฐยังไม่มีเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุดีเท่าที่ควร หลายโครงการเพิ่งเริ่มดำเนินการ เช่น นโยบายส่งเสริมการออมแห่งชาติ เริ่มรับสมัครสมาชิกในปี พ.ศ. 2558 การสร้างที่พักรองรับผู้สูงวัย การลดหย่อนภาษีสองเท่าหากสถานประกอบการจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน เริ่มใน พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่ได้ใช้สิทธิตามสมควร ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ปัญหาหลักคือการขาดคนดูแลและพาไปโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีเบี้ยยังชีพที่รัฐจ่ายแต่ก็ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

3. กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียน รวมถึงกลุ่มคนไทยที่ตกหล่นจากการสำรวจ กลุ่มคนไร้รากเหง้า โดยไม่นับแรงงานต่างด้าว ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด มีเพียงกลุ่มน้อยเท่านั้นที่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบของรัฐ ประกอบกับเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนคืนสิทธิ ซึ่งเป็นสิ่งที่พวกเขาควรจะได้รับ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้ 1) กฎหมายพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในภาพรวมกำหนดไว้ค่อนข้างครบถ้วนดี เนื่องจากแรงผลักดันจากองค์กรระหว่างประเทศและโครงสร้างพื้นฐานด้านสังคมของประเทศไทย ทำให้องค์กรที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงการให้ความสำคัญกับสิทธิทางสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง แต่ปัญหาที่พบ คือ การรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรทำความเข้าใจเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่ซ้ำซ้อน

กับสิทธิของกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับ 2) กลไกการเข้าถึงสิทธิบริการทางสาธารณสุข ยังมีจุดอ่อนในการเชื่อมเข้าสู่ระบบ ถ้าองค์กรที่รับผิดชอบดำเนินการให้ครบ จุดเชื่อมต่อสำคัญ โดยประสานกับหรือสร้างภาคีให้เกิดการส่งบริการนั้นให้ถึง กลุ่มเปราะบาง กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมต่อกัน 3) กรณีของผู้ป่วยต่างชาติ ยังมีประเด็นที่ต้องศึกษาต่อการเข้าถึงบริการที่ ก่อให้เกิดผลภายนอก (Externalities) ต่อประเทศไทยซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกลุ่ม เปราะบางแรงงานต่างชาติและคนต่างชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพในประเทศไทย 4) ความท้าทายของปรัชญาการคลังสาธารณะ กับแหล่งภาษีเพื่อคนไทยเท่านั้นหรือ เพื่อทุกคนบนแผ่นดินไทย ซึ่งปัจจุบันรายจ่ายด้านสวัสดิการ/สวัสดิภาพในประเทศ ไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ เป็นร้อยละ 20 ของ GDP หากต้องพัฒนาเป็นประเทศรัฐ สวัสดิการเต็มรูปแบบ ดูแลทุกคนบนประเทศอาจต้องมีรายจ่ายดังกล่าวมากกว่า ร้อยละ 40 ของ GDP ก็เป็นไปได้ และ 5) การส่งเสริมกลไกประชาสังคมทำงานร่วมกับ ภาครัฐเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเปราะบาง ยังเป็นประเด็นนโยบายที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพอย่างไม่มีอุปสรรค

เอกสารอ้างอิง

กรุงเทพมหานคร. (2559). *วิกฤติคนเร่ร่อน*. สืบค้นจาก

<http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/722157>

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2554). *การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย*. นำเสนอ

ในการประชุมวิชาการประชากรและสังคม (ConferenceVII), นครปฐม.

สืบค้นจาก<http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/Conference>

VII/Download/2011-Article-06.pdf

กฤตยา อาชวนิจกุล และ กุลภา วจนสาระ. (2558). *ผู้ต้องขังหญิง: สถานการณ์และ*

ข้อเสนอเชิงนโยบาย. นครปฐม: สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กองประชาสัมพันธ์ กทม. (2559). ผลสำรวจคนเร่ร่อนในกรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://dailyplans.bangkok.go.th/dailyplans58/index.php/1628-7-18-2560>

กัณฑ์พิชญ์ ใจบุญ. (2560). เพียงสิทธิพื้นฐานความเป็นมนุษย์ เสี่ยงร้องขอของแรงงานต่างด้าว. สืบค้นจาก <http://www.posttoday.com/analysis/report/480059>

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2558). การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว. สืบค้นจาก <http://www.nhrc.or.th/>

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล. (2559). หลักประกันทางสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในประเทศไทย: เรามาถึง ณ จุดไหน? นำเสนอในงานประชุมวิชาการ ประเทศไทยกับศตวรรษแห่งการย้ายถิ่นข้ามชาติ, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไทยพับลิก้า. (2558). สำรวจคนไร้บ้านกว่า 1300 คนกระจายทั่วกรุงเทพฯ พบเมาสุรา-สุขภาพจิตสูงสุด. สืบค้นจาก <https://thaipublica.org/2015/11/homeless-1/>

ธาดา หลินสีวงค์. (บรรณาธิการ). (2551). แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิสูลิตา นิโษะ, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิราวัฒน์ และคณะ. (ม.ป.ป.). อาการเครียดเฉียบพลันภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สืบค้นจาก http://pheap.ph.mahidol.ac.th/Academics/%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B9%84%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B8%B2%20%20%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B9%82%E0%B8%8B%E0%B8%B0_Oral.pdf

- บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ. (2559). แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย, *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(4).
- ประชากรธรรม. (2558). *เครือข่ายหลักประกันสุขภาพฯ นรราวาส จี๋ม สธ.-สปสช. ล่องกระหนาบการเข้าถึงสิทธิการรักษา ปชช. สืบค้นจาก* http://www.prachatham.com/collaboration_detail.php?id=3
- พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา. (2552). *ตอบคุณสำราญเรื่องบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน: คือใคร? มีสิทธิแค่ไหนในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/314147>
- มนวิธน์ พรหมรัตน์ ทวีลักษณ์ พลราชม และอัมพร หมดเดิ่น. (2559). การเป็น “หญิงหม้าย” กับความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมและ โครงสร้างในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, 3(2), 95-119.
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. (2556). *สุขภาพคนไทย 2556. รายงานข้ามชาติกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.healthinfo.in.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2013/thai2013_25.pdf
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ปริญญา เสนีย์ตันประยูร, ธัญธิดา วิสัยจร และคณะ. (2556). การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ-กรณีศึกษาจังหวัดระนอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(2), 207-222.
- สุรชัย ไวยวรรณจิต. (2559). *เด็กและสตรีในจังหวัดชายแดนภาคใต้: พรหมแดนสนามวิจัยที่ยังต้องให้ความสำคัญ*. สืบค้นจาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/9045>
- สุรยุต โอสรประสพ. (2559). *ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก Washington DC สหรัฐอเมริกา: <http://documents>.

- worldbank.org/curated/en/596071468185030891/pdf/AUS1332
6-TAIWANESE-WP-P146231-PUBLIC-World-Bank-Thai-version-ok.pdf
- สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). *การประเมินความเสี่ยงและความ
เปราะบางทางสังคม: การจัดภาวะความยากไร้ และความเปราะบางทาง
สังคม สู่แนวทางการนำไปปฏิบัติได้ในประเทศไทย*. สืบค้นจาก
<https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/12/h103.pdf> .
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สุขภาพคนไทย
2560: เสริมพลังกลุ่มเปราะบางสร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน Vol.1* (pp.196).
สืบค้นจาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/15895>.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). วิจัยชี้ “ประชากรเปราะบาง” คนไทยที่
ถูกลืม พร้อมแนะโอกาสพัฒนา หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย
“ให้สิทธิ-ที่เข้าถึง-มีคุณภาพ-และเป็นธรรม”. สืบค้นจาก
<https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/7776>
- สำนักข่าว HFOCUS. (2560). *กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงสิทธิรักษา เหตุกฤษฎีกา
ตีความพลาด แนะ สปสช. กล้าทักท้วง ส่งตีความใหม่*. สืบค้นจาก
<https://www.hfocus.org/content/2017/08/14360>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560).
รายงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). สืบค้นจาก
<http://www.nesdb.go.th/download/document/.pdf>
- อภิญญา เวชยชัย และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2546). *การพัฒนาระบบ
สวัสดิการสำหรับคนจนและคนด้อยโอกาส: กลุ่มคนจนผู้ด้อยโอกาสและ
กลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาทางสังคม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เศรษฐศาสตร์การเมือง.

อุไรวรรณ รุ่งไธรัญ. (2559). ทศนคติของผู้สูงอายุต่อสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ในการร่วมกิจกรรม ณ สวนสาธารณะของกรุงเทพมหานคร. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 1(8), 112-136.

A. J. Culyer and Adam Wagstaff. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of health economics*, 12(4), 431-457. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296\(93\)90004-X](http://dx.doi.org/10.1016/0167-6296(93)90004-X)

Blaikie, P., Winers, B., Cannon, T., Davis, I. (2003,). *At Risk: Natural Hazards, People Vulnerability and Disasters*. Retrieved from http://www.preventionweb.net/files/670_72351.pdf

Cristina Grabovschi Christine Loignat and Martin Fortin. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities:a scoping review. *BMC health services research*, 13(1), 94. doi:10.1186/1472-6963-13-94

Jonathan Houghton et.al. (2009). *Handbook on poverty and inequality* Vol.1. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/488081468157174849/pdf/483380PUB0Pove101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf>.

Juan Carlos Villagran De Leon. (2006). *Vulnerability. A Conceptual and Methodological Review*. Roberts (Ed.) (pp. 66). Retrieved from <http://collections.unu.edu/eserv/unu:1871/pdf3904.pdf>

OECD. (2015). *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*. Paris, France: OECD Publishing.

Oxford University Press. (2017). *Vulnerability*. Retrieved from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/vulnerability>

Segen's Medical Dictionary. (2011). *Vulnerable person*. Retrieved from

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/vulnerable+person>

Rabbi Daniel Cotzin Burg. (2018). *Equality & Equity*. Retrieved from

<https://www.jmoreliving.com/2018/04/20/equality-equity/>

UNISDR. (2009). *UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction*.

Retrieved from <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>

United nation. (2015). *เป้าหมาย From MDGs to SDGs*. สืบค้นจาก

<https://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/>