

รายงานผลการศึกษา

**ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ  
การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของ  
คนยากจนในประเทศไทย**

**Impact of the Universal Coverage on the  
Health Care Accessibility and Utilization on  
Underprivileged Population in Thailand**

**โดย**

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข  
สนับสนุนทุนโดยองค์การอนามัยโลก

รายงานผลการศึกษา

1755

ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อ  
การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของ  
คนยากจนในประเทศไทย

Impact of the Universal Coverage on the  
Health Care Accessibility and Utilization on  
Underprivileged Population in Thailand

W 160.JT3 ศ69ร 2547



\* R C 0 0 0 0 0 0 0 0 2 9 \*

รายงานผลการศึกษา ผลกระทบจากระบบปร...  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โดย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ  
ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข  
สนับสนุนทุนโดยองค์การอนามัยโลก

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยการสนับสนุนจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มประเมินผล สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนทุนจากองค์การอนามัยโลก คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยเฉพาะ ผศ.ดร.สุพล สิมวัฒนานนท์ ผู้ให้การสนับสนุนเพื่อค้นหาประชากรตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล รองศาสตราจารย์นายแพทย์นพดล นพคุณ และอีกหลายท่านที่ไม่ได้ปรากฏนาม ณ ที่นี้ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลศรีสังวร โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลชุมชนใน 4 จังหวัดตามลำดับที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย ขอขอบคุณผู้ประสานงานภาคสนามทุกท่านทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสุโขทัย และจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ คุณนิรติ ดุษย์สมบัติ คุณสมศักดิ์ เทพาทิพงษ์ คุณจันทร์จิรา ยานะชัย และ คุณมณีวรรณ เจริญ ตามลำดับ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขทั้งสี่จังหวัดที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตลอดจนประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดทำรายงาน กลุ่มผู้นำชุมชนและประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรสาคร สุโขทัย และอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งเชิงบริหารจัดการและการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดการเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษา คณะนักวิจัยขอขอบพระคุณทุกรายนามข้างต้นมา ณ โอกาสนี้

## คำนำ

แม้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาเกือบ 3 ปี แล้วก็ตามและรัฐบาลได้ให้ความสนใจผลักดันนโยบายนี้มาตลอดจนประชาชนรู้จักโครงการนี้เป็นอย่างดีซึ่งอาจกล่าวได้ว่าโครงการนี้ประสบผลสำเร็จอย่างมากระดับหนึ่งโดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ทว่า ภายใต้การเร่งรัดดำเนินงานในบริบทที่ประเทศประสบปัญหาเศรษฐกิจทำให้เกิดปัญหามากมาย การประเมินผลการดำเนินงานโดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจนจึงเกิดขึ้นเพื่อศึกษาผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย งานวิจัยนี้ต้องการมุ่งสะท้อนปัญหาต่างๆ และข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงให้โครงการดำเนินการครอบคลุมคนจนมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาระดับครัวเรือนโดยประเมินผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทยโดยสร้างเครื่องมือเพื่อคัดกรองคนจนและศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยข้อค้นพบนี้จะเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายตลอดจนกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นสำหรับพื้นที่ที่ศึกษาประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร สุโขทัย อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2546 ถึงมีนาคม 2547

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ยากจนต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นการศึกษาชิ้นแรก ๆ ของประเทศไทยซึ่งคณะวิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารทั้งในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร และผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพในการปรับปรุงและพัฒนา นโยบายและการดำเนินงานโครงการให้มีประสิทธิผลเป็นไปตามวัตถุประสงค์

คณะนักวิจัย  
กันยายน 2547

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของความครอบคลุมของโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจนในด้านการประเมินสุขภาพตนเอง อัตราการใช้บริการสุขภาพ การเข้าถึงและความสามารถในการตอบสนองของระบบสุขภาพ โดยมุ่งศึกษาเกณฑ์ที่ใช้ในคัดกรองความยากจนเพื่อสืบค้นคนจนโดยศึกษาเครื่องมือที่ใช้วัดความยากจน และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจนตลอดจนเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

อาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพควบคู่กันไป วิจัยเชิงปริมาณทำโดยการสำรวจครัวเรือนตัวอย่าง 2,077 ครัวเรือน (8,332คน) จาก 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสุโขทัยและ จังหวัดอุบลราชธานี และการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการอาศัยเทคนิคการสนทนากลุ่มโฟกัสเพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของการใช้วิธีวิจัยเพียงวิธีใดวิธีเดียว

การสำรวจครัวเรือนครั้งนี้ ต้องการเน้นกลุ่มคนจน ทั้งในเมืองและในชนบท เพื่อดูผลกระทบของนโยบายทั้ง 2 เขต ดังนั้นวิธีเลือกกลุ่มประชากร จึงไม่ใช่การสำรวจแบบสุ่มตามความน่าจะเป็น (probabilistic sampling) แต่เป็นการสุ่มแบบเจาะจง โดยใช้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินเมื่อรับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้น ปัญหาการเงินครอบคลุมกลุ่มโรคที่ราคาไม่สูงนัก (คือ การรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก) และกลุ่มโรคที่มีราคาสูง (คือ การรับบริการผู้ป่วยใน) ทั้งเขตเมือง (โรงพยาบาลจังหวัดในจังหวัดที่เลือกเป็นตัวอย่าง และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร) และเขตชนบท (โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดที่เลือกเป็นตัวอย่าง)

เมื่อได้ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้น ติดตามผู้ป่วยไปถึงที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสมาชิกทุกคนในครัวเรือนนั้น ทำการค้นหาครัวเรือนยากจนในละแวกเดียวกันนั้นเพิ่มเติมอีก ด้วยเชื่อในทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ว่าคนจนมักอยู่รวมกลุ่มกันเป็นละแวก (poor neighbourhood)

แม้การวิจัยนี้ ต้องการขยายภาพของคนจนให้เห็นชัดเจน ขณะเดียวกัน ไม่ต้องการเสนอภาพเฉพาะคนจนแต่เพียงด้านเดียว จึงทำการสุ่มตัวอย่าง ครัวเรือนไม่ยากจนในละแวกที่พบคนจนนั้นพร้อมกันไปด้วย เพื่อได้กลุ่มเปรียบเทียบที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและอุปทานของบริการสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน สิ่งที่แตกต่างกันคือ ฐานะครัวเรือนที่บอกว่า ไม่น่าจน (neighbourhood control)

นอกจากนั้น ยังเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยการประชุมกลุ่มย่อย (กลุ่มละ 4-8 คน) โดยเชิญผู้แทนจากครัวเรือนที่ยากจนในละแวกเดียวกันนั้น ให้ความเห็นเพิ่มเติมในลักษณะกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความกล้าในการเล่าประสบการณ์ของผลกระทบในหลายๆ ด้านมากขึ้น อนึ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ ไม่ได้ทำกับสมาชิกครัวเรือนที่ไม่จน เพราะ "ค่าเสียโอกาส" ของกลุ่มคนไม่จน จะสูงกว่ากลุ่มคนจน ทำให้การนัดรวมกลุ่มสนทนากันเป็นเรื่องลำบาก อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการสนทนาในกลุ่มคนจน คือ การเน้นคุยกันเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการ การได้รับบริการที่ต่อคุณภาพ ฯลฯ เป็นส่วนใหญ่

การวิจัยนี้ ใช้วิธีค้นหาคนจน จากผู้ป่วยที่มีปัญหาการเงินเมื่อรับการรักษาพยาบาล เป็นครัวเรือนเริ่มต้น จากนั้น ผู้วิจัยเข้าไปในชุมชน ให้สังคมช่วยชี้ จัดทำลำดับครัวเรือนยากจนในละแวก และครัวเรือนไม่ยากจนในละแวก จากนั้นจึงสัมภาษณ์ครัวเรือนทั้งยากจนและไม่ยากจน 8 ครัวเรือนแรก โดยผู้สัมภาษณ์ภาคสนามตัดสินใจว่าครัวเรือนยากจนหรือไม่ยากจนจากลักษณะที่อยู่อาศัยประกอบด้วย นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในการใช้มาตรวัดคนจน

เมื่อแบ่งครัวเรือนตัวอย่างเป็นครัวเรือนยากจนและไม่ยากจนได้แล้ว ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายว่าเป็นครัวเรือนยากจนหรือไม่ ตัวแปรอิสระ 8 ตัวแปร ที่มีค่า odds ratio สูง ได้แก่ รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย

หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีคนให้กู้/ไม่อยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ ไม่มีทรัพย์สิน หาเข้ากิน  
ค่า ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม มีภาระลูกหลาน โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญเมื่อ  
วิเคราะห์ระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด มี 2 ตัวแปร คือ คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย และมี  
ภาระลูกหลาน เมื่อวิเคราะห์หาจุดตัดของคะแนนลักษณะครัวเรือนยากจนเพื่อทำนายว่ายาก  
จนหรือไม่ ถ้าใช้จุดตัดคะแนนที่ 3 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน จะมีพื้นที่ใต้เส้น  
โค้ง (ROC) ที่สูงที่สุด (94%) รวมทั้งให้ค่า odds ratio ที่สูงที่สุดด้วย (odds ratio 157)  
การวิจัยนี้จึงใช้คะแนนลักษณะครัวเรือน 3 คะแนน เป็นเกณฑ์ตัดสินว่าครัวเรือนยากจนหรือ  
ไม่

ค่าความสอดคล้องกันด้วยสถิติ Kappa ระหว่างสังคมช่วยชีพ กับ เกณฑ์ครัว  
เรือนยากจน เท่ากับ 0.82 ( $p=0.00$ ) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จังหวัดที่มี Kappa สูงที่สุดคือ  
สุโขทัย 0.97 ตามด้วย อุบลราชธานี 0.79 สมุทรสาคร 0.78 และกรุงเทพมหานคร 0.75  
และเมื่อเทียบกับด้วย อัตราความตรงประเด็น และอัตราความครอบคลุม (ดูสูตรหน้า 5 และ  
ผลวิเคราะห์ในตารางที่ 3.6) พบว่า อัตราความตรงประเด็นโดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 90 และ  
อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 93) ผลการศึกษานี้ดีกว่าผลประเมินการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มี  
รายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร)ซึ่งเป็นการออกบัตรรอบที่ 6 (2541-  
2543) มากเนื่องจากการออกบัตรในรอบที่ 6 ออกบัตรให้เด็ก 0-12 ปี และผู้สูงอายุตั้งแต่  
60 ปีขึ้นไปทั้งหมด ยกเว้นกลุ่มอายุ 13-59 ปีที่ไม่ได้ออกให้ทุกคน(ในกลุ่มอายุ13-59 ปีมี  
ความครอบคลุมเพียงร้อยละ 17 ความตรงประเด็นร้อยละ 35) สุโขทัยมีอัตราความตรง  
ประเด็นสูงร้อยละ 97 ตามด้วยสมุทรสาคร กรุงเทพฯ และ อุบลราชธานี ร้อยละ 82 ส่วนอัตรา  
ความครอบคลุม (คือ 100 - ผลบวกปลอมของตารางที่ 3.6) สูงที่สุดที่สุโขทัย ร้อยละ 100  
ตามด้วยอุบลราชธานี กรุงเทพฯ และสมุทรสาคร ร้อยละ 85

การตรวจสอบความตรงประเด็นของครัวเรือนยากจน หรือครัวเรือนไม่ยากจน  
ด้วยข้อมูลรายได้ที่ถามจากการวิจัยนี้ มีข้อน่าสังเกตว่า ครัวเรือนไม่ยากจนตามวิธีสังคมช่วย  
ชีพที่ถูกจัดใหม่เป็นครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ลักษณะครัวเรือน มีรายได้ต่อคนเฉลี่ยสูงกว่า  
ครัวเรือนยากจนตามวิธีสังคมช่วยชีพแต่ถูกจัดใหม่เป็นครัวเรือนไม่ยากจน ข้อสรุปของความ  
ยากจนจึงยังแย้งกันระหว่างแนวคิดรายได้ กับแนวคิดความเป็นอยู่ทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในการวิจัยนี้ 8,332 คน เป็นคนจนจากวิธีสังคมช่วยชีพ  
ร้อยละ 54 แต่เป็นคนจนตามเกณฑ์ตัดสิน 3 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 52 คนจนมักพบมากในกลุ่ม  
เด็ก (หรืออีกนัยหนึ่ง คือในครัวเรือนยากจนมักมีเด็กมากกว่า) พบมากในกลุ่มผู้ไม่มีหลัก  
ประกันสุขภาพ หรือถ้ามี จะเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่ต้องจ่าย 30 บาท

สถานะสุขภาพที่ประเมินเป็นคะแนนด้วยตนเอง กลุ่มคนจนมีสถานะสุขภาพต่ำ  
กว่ากลุ่มที่ไม่จนทุกกลุ่มอายุ (คะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ 3.58 เทียบกับ 3.85  
ตามลำดับ) นอกจากนั้น การเสื่อมค่าของคะแนนสถานะสุขภาพปีนี้ เมื่อเทียบกับคะแนนสุข  
ภาพปีก่อน (ถามย้อนหลัง) พบว่าการเสื่อมค่าของคนจนมากกว่าของกลุ่มที่ไม่จน (กลุ่มคน  
จนคะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุลดจากปีก่อน 0.07 คะแนน ส่วนกลุ่มไม่จน  
คะแนนลดจากปีก่อน 0.03)

การเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มคนจน รายงานว่าป่วยมากกว่า  
กลุ่มไม่จนสำหรับทุกสิทธิการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ การรายงานว่าเจ็บป่วยเรื้อรังและ  
พิการ ในกลุ่มคนจน สูงกว่ากลุ่มไม่จน (เฉพาะผู้อยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเจ็บ  
ป่วยเรื้อรัง-พิการ ร้อยละ 2.9 กับร้อยละ 1.2 ตามลำดับ) ส่วนการป่วยหนักจนต้องนอนรักษา  
ตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาสำหรับกลุ่มคนจน มากกว่า กลุ่มไม่จน (เฉพาะหลัก  
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 11.4 และ ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงขาดความเชื่อมั่นในการสรุปว่า  
เหตุการณ์ใดเกิดก่อนและเหตุการณ์ใดเกิดภายหลัง แม้ข้อถามคะแนนสถานะสุขภาพจะให้  
เปรียบเทียบระหว่างปีที่แล้วกับปีปัจจุบัน และได้แนวโน้มว่า คนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพ  
น้อยกว่าคนไม่จน และคะแนนสถานะสุขภาพ เสื่อมค่าภายใน 1 ปีมากกว่าคนไม่จน อาจ  
อธิบายว่า คนจนมีอัตราการรายงานโรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลัน ในระยะ 2 สัปดาห์สูงกว่าคนไม่

จน คำถามวิจัยที่รอการพิสูจน์ต่อไปในอนาคต คือ การลงทุนด้านสุขภาพกับคนจนที่มีประสิทธิผล ได้แก่ วัฏจักรแบบใด และจะช่วยให้สถานะสุขภาพดีขึ้นเท่าเทียมกับคนไม่จนหรือไม่

การใช้บริการสุขภาพของคนจน น้อยกว่าคนไม่จน ตั้งแต่บริการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การรับวัคซีนในเด็ก การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี การตรวจไขมันในเลือดในวัยผู้ใหญ่ การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มคนจน ใช้บริการน้อยกว่า (เนื่องจากรายงานว่าป่วยมากกว่า) กลุ่มคนไม่จน โดย ร้านขายยา และสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของรัฐ เป็นที่ที่นิยมใช้บริการเป็นอันดับแรกและอันดับสอง เหมือนกันทั้งกลุ่มจนและไม่จน ส่วนอันดับสามของกลุ่มคนจน ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ แต่สำหรับกลุ่มไม่จน ใช้บริการที่คลินิกเอกชน การเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มคนจนมีดรอทง รับบริการบ่อยครั้งกว่า กลุ่มมีดรอทงไม่จน โดยอันดับของการเลือกใช้สถานพยาบาล (อันดับ 1-3) เหมือนกันทั้งกลุ่มจน และกลุ่มไม่จน

การใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มมีดรอทงที่เป็นคนจน ใช้สิทธิของตนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก ประมาณร้อยละ 83 แต่ใช้สิทธิกรณีการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 75 ของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด เทียบกับกลุ่มไม่จน ร้อยละ 62 สำหรับผู้ป่วยนอก และร้อยละ 64 สำหรับผู้ป่วยใน

การวิจัยนี้ จึงยืนยันว่า คนจนใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนไม่จน และเป็นไปตามความเจ็บป่วยที่คนจนเป็นมากกว่า ส่วนสถานพยาบาล นอกจากร้านยาแล้ว คนจนจะพึ่งบริการจากภาครัฐ ส่วนการใช้สิทธิเมื่อรับการรักษายาบาล ยังพบว่า ไม่สูงเท่ากับการวิจัยอื่น ที่การใช้สิทธิที่ตนเองมีเมื่อเจ็บป่วยสูงกว่าร้อยละ 85 สำหรับผู้ป่วยนอกและสูงกว่าร้อยละ 90 สำหรับผู้ป่วยใน

คำถามวิจัยสำคัญของการศึกษาคั้งนี้ คือ การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลงานตรงเป้าหมายคนจนมากน้อยเพียงใด การสำรวจครัวเรือนคั้งนี้ ยังพบปัญหาการเงินและปัญหาด้านบริการเมื่อคนจนรับบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก โดยปัญหาคนจนพบปัญหาด้านการเงินมากกว่า คือร้อยละ 26 ของคนจนจะตอบว่ามีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับบริการ และร้อยละ 0.5 บอกว่าต้องขายทรัพย์สินเพื่อรับบริการ เทียบกับกลุ่มไม่จนมีปัญหาด้านการเงิน ประมาณร้อยละ 3

ส่วนปัญหาด้านบริการ กลุ่มคนจน ให้ข้อมูลว่า พบปัญหานี้ประมาณ ร้อยละ 24 แต่ยังพบน้อยกว่ากลุ่มครัวเรือนไม่จน ให้ข้อมูลว่าพบปัญหานี้ มากถึงร้อยละ 29

การให้ข้อมูลว่าพบปัญหาการเงินและปัญหาการบริการแตกต่างกันไปตามจังหวัดจะเป็นเพราะการใช้พนักงานสัมภาระที่ต่างกัน หรือความทนได้ต่อปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ปัญหาการเงิน พบมากที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 56 บอกว่ามีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับบริการ และ อีกร้อยละ 1.1 บอกว่าต้องขายทรัพย์สิน จังหวัดสมุทรสาครและสุโขทัย คนจนมีปัญหาต้องกู้เงินประมาณร้อยละ 10-13 คนไม่จนมีปัญหาประมาณ ร้อยละ 1 จังหวัดอุบลราชธานี คนจนให้ข้อมูลว่ามีปัญหาการเงินต่ำที่สุด คือร้อยละ 2.5 คนไม่จนรายงานว่ามีปัญหาเพียงร้อยละ 0.5 ส่วนปัญหาด้านบริการ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี รายงานปัญหาด้านบริการมากที่สุด จังหวัดอื่นๆ คนจนมีปัญหาด้านบริการประมาณร้อยละ 5-9 ส่วนคนไม่จนมีปัญหาด้านบริการน้อยกว่า คือ ร้อยละ 2-5

ข้อมูลปัญหาด้านบริการ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ การประชุมกลุ่มคนจน ลักษณะปัญหาที่พบมีหลากหลาย แต่การวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ทำการประชุมกลุ่มกับคนไม่จน จึงเปรียบเทียบคุณภาพบริการที่คนจนได้รับ โดยใช้ความพึงพอใจที่สำรวจจากการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า คะแนนความพึงพอใจที่คนจนให้ น้อยกว่า คนไม่จน อย่างมีนัยสำคัญหลายกลุ่ม ทั้งการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การรับบริการจากการป่วยเรื้อรัง และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

โดยสรุป คะแนนความพึงพอใจของการรับบริการที่ประเมินจากคนจน ต่ำกว่าคะแนนความพึงพอใจของการรับบริการที่ได้จากคนไม่จน น่าจะสะท้อนคุณภาพบริการที่ได้รับ หรือปัญหาด้านบริการที่คนจนประสบเมื่อรับบริการ มีมากกว่ากลุ่มคนไม่จน

ข้อค้นพบจากการวิจัยคั้งนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

## 1. การใช้เครื่องมือกรงครว้เรือนยากจน

ถ้าต้องการหลีกเลี่ยง ค่าจำกัดความของ คนจน ที่ใช้มิติของรายได้ เพียงมิติเดียว ตัวคัดกรองครว้เรือนยากจน จากการถามข้อถาม 8 ข้อ (รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีคนให้กู้/ไม่อยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ ไม่มีทรัพย์สิน หาเข้ากินค่า ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม มีภาระลูกหลาน) ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีโอกาสเป็นครว้เรือนยากจนมากกว่าร้อยละ 90 และสามารถใช้ได้ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ถือว่าเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สมควรพิจารณาเป็นเครื่องมือคัดกรองระดับประเทศ

## 2. การปรับนโยบายการรับบริการ

คนจนมีความอ่อนไหวมากต่อการได้รับบริการตามที่รัฐบาลประกาศเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้ทำในกลุ่มละแวกคนจน และเทียบคนจนกับคนไม่จนในละแวกเดียวกัน พบว่า แม้คนจนจะมีสถานะสุขภาพไม่ดันทัก แต่ไม่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพราะใช้บริการบ่อยตามสถานะสุขภาพที่ไม่ดี แต่คนจนใช้สิทธิการรักษาพยาบาลที่ตนเองมีน้อยกว่าการศึกษาอื่น และพบปัญหาการกู้หนี้ยืมสินเพื่อได้รับบริการ มากกว่าการศึกษาอื่น คนจนต้องการให้นโยบายการเข้าถึงบริการ สามารถใช้สิทธิได้ทุกที่ น่าจะช่วยลดการไม่ใช้สิทธิของตนลงได้ และช่วยลดภาระการกู้หนี้ยืมสินเพื่อรับบริการสุขภาพลงได้



# Abstract

This study was to evaluate the impact of the universal health coverage policy especially on the poor households. The study started from developing a tool to detect poor households then evaluated health status, utilisation, accessibility and the responsiveness of health systems to health needs of the poor. The findings could be used for policy recommendations to reach the poor household more effectively.

The study employed both quantitative and qualitative methods. Household survey was carried out on 2,077 households (8,332 people) in 4 provinces (Bangkok, Samut Sakhon, Sukhothai and Ubonratchathani), complemented with focus group discussions of members from poor households in the same neighbourhood. The concept of neighbourhood was used to identify the poor households as well as the non-poor households. An index case of the poor was first identified from hospitals in 4 provinces, interviews were carried out at home, and the first 8 poor and 8 non-poor households of the same neighbourhood identified by social suggestion technique (plus confirmation by field interviewers) were interviewed. Only one member from each poor household in the same neighbourhood was invited to join a one-hour focus group discussion for each neighbourhood.

The tool to identify poor household was constructed from a screening questionnaire. Eight questions on household characteristics were selected on the high odds ratio in predicting poor households: inadequate income, few income earners, increasing household debt, no loan credit/do not want loan for fear of inability to pay back, no asset, living on daily earning, no knowledge for good job, with burden to feed young members). The score of 3 and higher out of eight was used as a cut-off point to predict poor household (receiver-operating curve 94%). The agreement between household characteristics and social suggestion technique was high (Kappa 0.82,  $p=0.00$ ). However, household income of the non-poor classified as poor by household characteristics was higher than the average income of poor households by social suggestion but non-poor by household characteristics.

The household surveys started with 54% of households as poor but subsequently 52% classified as poor on the household characteristics criteria. Self-assessed health status of the poor was lower than the non-poor (3.58 and 3.85 out of 5). Furthermore, depreciation of the health status (as compared to score for last year) was much faster for the poor than the non-poor (0.07 and 0.03). The poor reported higher illness for the past 2 weeks, higher chronic illness and higher hospitalisation for the past 12 months than the non-poor.

For personal health promotion and disease prevention services such as child immunisation, cervical cancer screening, blood cholesterol screening, the poor had lower coverage than the non-poor. Drug store was the most common health services used for both poor and non-poor. The uptake rate for their health benefit, the universal coverage could protect about 83% for ambulatory service uses and protected 75% of hospitalisations for the poor, but the uptake rate for the non-poor was lower, about 62% for ambulatory services and 64% for inpatient services.

Problems related to health service utilisation, the poor expressed a higher rate of financial problems when seek care (26% of those seeking care) than the non-poor (3%). Furthermore, 0.5% of the poor had to ask for loan to be able to seek care. It should be noted that 56% of the poor in Bangkok faced financial problems when seek care, the highest rate among the 4 provinces. On the other hand, problem with the service itself was about 24% among the poor who seek care but the non-poor expressed a bit higher rate of 29%. The results of quantitative data were similar with the results from qualitative data. The poor expressed lots of problems regarding health service utilisation.

It is recommended that the tool to identify poor households using 8 questions on household characteristics should be considered as a tool at the national level. The regulations prohibit the uptake rate of the poor in seeking care should be revised.

# สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	
คำนำ	
ย่อสรุปสำหรับผู้บริหาร	
Abstract	
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
สารบัญภาพ	
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์	1
3. รูปแบบการวิจัย	2
3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ	2
3.3 การศึกษาเชิงคุณภาพ	2
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ	5
2.1 แนวคิดในการนิยามและการวัดความยากจน	5
2.1.1 นิยามความยากจน	5
2.1.2 วิธีการประเมินความยากจนจากเงิน(Poverty line in term of money units)	6
2.1.2 วิธีการประเมินจากดัชนีความขาดแคลน(Poverty Measurement by Deprivative Index)	7
2.2 ตัวชี้วัดความยากจน	7
2.2.1 การถูกแยกออกจากสังคม(social exclusion)	7
2.2.2 การมีความสามารถ(Capabilities)	8
2.3 วิธีต่างๆ ที่ใช้วัดความยากจน	8
2.3.1 money metric measures	8
2.3.2 การวัดความสามารถของมนุษย์ (Human Capacity)	8
2.4 เครื่องมือที่ใช้วัดความยากจน	9
2.4.1 ข้อมูลทางสถิติ(official Statistics)	9
2.4.2 ข้อมูลจากการสำรวจในระดับครัวเรือน(Household Surveys)	9
2.4.3 Participatory Poverty Assessment(PPA)	9
2.4.4 Spatial measurement & mapping	9
2.4.5 Multiple technique & triangulation	10
2.4.6 การจ้างงาน การว่างงาน	10
2.4.7 ข้อมูลเรื่องความขัดแย้ง ความพิการ ความยากจน	10
การทบทวนบทเรียนในประเทศไทย	10
2.5 ความหมายของความยากจนในประเทศไทย	10
2.5.1 มุมมองจากประชาชน	10
2.5.2 มุมมองจากนักวิชาการ	12
2.6 การวัดความยากจนในประเทศไทย	13

# สารบัญ

	หน้า
2.6.1 การใช้เกณฑ์ชี้วัด(indicator targeting)	13
2.6.2 การให้กลุ่มเป้าหมายพิจารณาตนเอง(self-targeting)	13
2.7 ความยากจนและตัวชี้วัดที่ใช้ในด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย	14
2.8 ทบทวนรายงานผลการศึกษากาว่าความยากจนในประเทศไทย	17
<b>บทที่ 3 มาตรการที่ใช้คัดกรองความยากจน</b>	49
3.1 ตัวแปรที่ใช้วัดความยากจน	49
3.1.1 การทำนายความยากจนด้วยตัวแปรเริ่มต้น	49
3.1.2 การคัดเลือกตัวแปรทำนายความยากจน	51
3.2 มาตรการรวมสำหรับคัดกรองความยากจน	53
3.2.1 คะแนนรวมแบบ interval scale	53
3.2.2 เกณฑ์จุดตัดสำหรับคะแนนรวมแบบ binary	57
<b>บทที่ 4 ผลกระทบของนโยบายต่อคนจน</b>	59
<b>ผลการศึกษาเชิงปริมาณ</b>	59
4.1 ข้อมูลทั่วไป	59
4.2 หลักประกันสุขภาพ	61
4.3 ลักษณะทั่วไปของที่อยู่อาศัยและสินทรัพย์	71
4.5 การรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ	75
4.6 การประเมินสภาวะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง(Health status score)	75
4.7 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและอัตราการใช้บริการ	77
4.8 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและอัตราการนอน โรงพยาบาล	80
4.9 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยเรื้อรังและพิการ	81
4.9.1 กรณีเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	81
4.9.2 กรณีเจ็บป่วยในผู้พิการ	84
4.10 ความพึงพอใจในการไปใช้บริการ	86
4.11 ผลกระทบนโยบายต่อการเจ็บป่วยทุกชนิด	89
<b>ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ</b>	90-140
<b>บทที่ 5 อภิปรายและข้อเสนอแนะ</b>	141
5.1 วิธีวิจัย	141
5.2 การค้นหาคนจน	142
5.3 สถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนจน	144
5.4 การใช้บริการของคนจน	144
5.5 ปัญหาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนจน	145
5.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	145
5.6.1 การใช้เครื่องมือกรองครัวเรือนยากจน	145
5.6.2 การปรับนโยบายการรับบริการ	146
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	147
<b>ภาคผนวก</b>	152
แบบสำรวจการสำรวจผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพ ของคนยากจนในประเทศไทย ปี 2546	

# สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ภาวะความยากจนในประเทศไทย 2505/06-2535	19
ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการคำนวณเส้นความยากจนเส้นเก่าและใหม่ 2531-35	20
ตารางที่ 3 ภาพรวมของคนจนและความยากจนในประเทศไทยในทศวรรษ 2530	21
ตารางที่ 4 ภาพรวมของคนจนและความยากจนในประเทศไทยในทศวรรษ 2540	21
ตารางที่ 5 สัดส่วนคนจนแยกตามพื้นที่	22
ตารางที่ 6 ภาวะความยากจนในประเทศ ปี 2524-35	24
ตารางที่ 7 ส่วนแบ่งรายได้แบ่งตามกลุ่ม 5 กลุ่ม (เบญจคณะ) ปี 2518/19-35	25
ตารางที่ 8 การกระจายรายได้ของไทยในทศวรรษ 2530	26
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนคนจนในเมือง ปี 2531-2539 โดยใช้เกณฑ์เส้นความยากจนของ Nanak and Medhi (1998)	28
ตารางที่ 10 แสดงระดับความยากจนของคนจนเมือง	29
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนชุมชนแออัดและประชากรทั่วประเทศ	30
ตารางที่ 12 แสดงจำนวนชุมชนและครอบครัวที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ถูกไล่หรือ	35
ตารางที่ 13 แสดงลักษณะชุมชนที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ถูกไล่หรือ	36
ตารางที่ 14 ความต้องการขั้นต่ำของบุคคล (หรือเส้นความยากจน) ในเขตเทศบาล กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ณ เดือนพฤศจิกายน 2540 (สำนักงานคณะ กรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541: 10)	37
ตารางที่ 15 สถานประกอบการที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเรื่องค่าจ้างขั้นต่ำ ปี 2537	39
ตารางที่ 16 จำนวนสถานประกอบการ ลูกจ้าง จำแนกตามขนาดของสถาน ประกอบการ ปี 2537	40
ตารางที่ 3.1 ตัวแปรเริ่มต้นที่ใช้ทำนายความยากจน	49
ตารางที่ 3.2 จำนวนครัวเรือนของผู้ตอบคำถามที่ถูกจัดกลุ่มตามดัชนีความยากจน จำแนกตามจังหวัด	50
ตารางที่ 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัว กับการถูกจัดอยู่ในกลุ่มยากจน : ข้อมูลรวม (N=2,026)	50
ตารางที่ 3.4 Odds ratio แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ถูกคัดเลือกกับการถูก จัดในกลุ่มครัวเรือนยากจน	52
ตารางที่ 3.5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าคะแนนรวม จากมาตรวัด 8 ข้อ จำแนกตามกลุ่มความยากจนของครัวเรือน	53
ตารางที่ 3.6 สัดส่วนของจำนวนครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์จัดตัดค่าคะแนนรวมต่างๆ เทียบกับที่จำแนกความยากจนตามดัชนีการสำรวจ	57
ตารางที่ 3.7 ค่า OR และพื้นที่ใต้เส้น ROC จากสมการทำนายความยากจน ด้วยมาตรวัดรวมแบบ binary ตามเกณฑ์จัดตัดต่างๆ : ข้อมูลรวมสี่จังหวัด	58
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลครัวเรือนและสมาชิกครัวเรือนยากจน จำแนกตามจังหวัด	59
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเกณฑ์ความยากจน	60
ตารางที่ 4.3 หลักประกันสุขภาพและสาเหตุการไม่มีบัตรทองจำแนกตาม เกณฑ์ความยากจน	69
ตารางที่ 4.4 สาเหตุการไม่มีบัตรทองจำแนกตามเขตที่ตั้งและเกณฑ์ความยากจน	70
ตารางที่ 4.5 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นการมีสิทธิประกันสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	70

# สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.6 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า(กรณีตัดผู้ประกันตนและข้าราชการออกไป)	70
ตารางที่ 4.7 ประเภทที่อยู่อาศัยของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน	71
ตารางที่ 4.8 ลักษณะของที่อยู่อาศัยจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน	71
ตารางที่ 4.9 การครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน	72
ตารางที่ 4.11 แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน	72
ตารางที่ 4.12 แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของครัวเรือนน้ำดื่มส่วนใหญ่จำแนกตามจังหวัด	73
ตารางที่ 4.13 ของใช้ภายในบ้านของคนจน	73
ตารางที่ 4.14 ของใช้ภายในบ้านในเขตเทศบาล	74
ตารางที่ 4.15 อัตราการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกรายจังหวัด	75
ตารางที่ 4.16 การประเมินสถานะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง(Health status score) ตามกลุ่มอายุ	76
ตารางที่ 4.17 เจ็บป่วยใน 2 สัปดาห์และการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาล รัฐและเอกชน	77
ตารางที่ 4.18 อัตราการนอนโรงพยาบาลจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ	80
ตารางที่ 4.19 เจ็บป่วยเรื้อรังและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาล รัฐและเอกชน	81
ตารางที่ 4.20 เจ็บป่วยในผู้พิการและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาล รัฐและเอกชน	84
ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระบบบริการสุขภาพ	87
ตารางที่ 4.22 ร้อยละความพึงพอใจการไปใช้บริการเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ และเจ็บป่วยเรื้อรังในสิทธิบัตรทอง	88
ตารางที่ 4.23 ร้อยละความพึงพอใจในการนอนโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทอง จำแนกตามสถานบริการ	88
ตารางที่ 4.24 ผลกระทบด้านการเงินและด้านบริการในสิทธิบัตรทอง	89

# สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 เส้น ROC จากสมการทำนายความยากจนของครัวเรือนด้วยค่าคะแนนรวมแบบ interval scale	55
ภาพที่ 4.1 โครงสร้างพีรามิดประชากรใน 4 จังหวัด	62
ภาพที่ 4.2 โครงสร้างพีรามิดประชากรจังหวัดสุโขทัย	63
ภาพที่ 4.3 โครงสร้างพีรามิดประชากรจังหวัดสมุทรสาคร	64
ภาพที่ 4.4 โครงสร้างพีรามิดประชากรจังหวัดอุบลราชธานี	65
ภาพที่ 4.5 โครงสร้างพีรามิดประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร	66
ภาพที่ 4.6 โครงสร้างพีรามิดประชากรคนจนจากสังคมช่วยเหลือ ใน 4 จังหวัด	67
ภาพที่ 4.7 พีรามิดประชากรคนจนจากเกณฑ์มาตรฐานใน 4 จังหวัด	68
ภาพที่ 4.8 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทอง	78
ภาพที่ 4.9 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทองและยากจน	79
ภาพที่ 4.10 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทองไม่ยากจน	79
ภาพที่ 4.11 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทอง	82
ภาพที่ 4.12 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทองยากจน	83
ภาพที่ 4.13 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทองไม่ยากจน	83
ภาพที่ 4.14 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทอง	85
ภาพที่ 4.15 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทองยากจน	85
ภาพที่ 4.16 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทองไม่ยากจน	86

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2531-2539 ส่งผลทำให้สัดส่วนและจำนวนคนยากจนในประเทศไทยลดลงจากจำนวน 17.9 ล้านคนหรือร้อยละ 32.6 ในปี 2531 เหลือเพียงจำนวน 6.8 ล้านคนหรือร้อยละ 11.4 ในปี 2539 เมื่อประเทศประสบภาวะวิกฤตทำให้สัดส่วนและจำนวนคนยากจนเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2541 จำนวนคนยากจนทั้งประเทศมีจำนวน 7.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62 ของประเทศ โดยคนยากจนส่วนใหญ่หรือ ร้อยละ 55 ของคนจนทั้งหมดเป็นครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

จากรายงานการศึกษา " การพิจารณาทบทุนรายจ่ายภาครัฐ(Public Expenditure) " ของสำนักงบประมาณพบว่า แผนแก้ไขปัญหาคายากจนยังไม่สัมฤทธิ์ผล เนื่องจากการกำหนดกลุ่มเป้าหมายคนยากจนยังไม่ชัดเจนถึงแม้จะมีการปรับโครงสร้างแผนงานในช่วง พ.ศ.2540-2541 ให้ดีขึ้น รวมทั้งมีการจัดทำเส้นความยากจนขึ้นมาใหม่เพื่อใช้ประกอบกับเกณฑ์ชี้วัดอื่นๆ ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายคนยากจนให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณของรัฐ

หน่วยงานปฏิบัติต่างๆ ยังคงมีความหลากหลาย เช่น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์รายได้ขั้นต่ำในการแจกบัตรผู้มีรายได้น้อยในกรณีคนโสดต้องมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และ 2,800 บาทต่อเดือนในอดีตก่อนที่จะประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั่วประเทศในปี 2544(ดค.44) กระทรวงศึกษาธิการสนับสนุนกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษาซึ่งครอบคลุมนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาโดยยึดหลักความเสมอภาคในการจัดสรรควบคู่กับเกณฑ์ที่กำหนดคือ พิจารณาจากพื้นที่และรายได้ต่อหัว กรมประชาสัมพันธ์สนับสนุนงบประมาณแก่คนยากจนโดยมีผู้นำชุมชนเป็นผู้พิจารณาคัดเลือก กระทรวงมหาดไทยจัดสรรงบประมาณแก่ผู้ยากจนตามแผนงาน/โครงการโดยพิจารณาจัดสรรตามเกณฑ์ จปฐ.และครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อคนต่อปี เป็นต้น

แม้ว่าเกณฑ์ที่หลากหลายได้กำหนดจำนวนคนจนไว้แล้วก็ตาม ในทางปฏิบัติยังมีปัญหามากมายที่จะระบุว่าคนยากจนนั้นอยู่ในที่ใด จะค้นหาคนยากจนเพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างไร *โครงการศึกษาผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย* โดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นโครงการศึกษาวิจัยที่มีขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเกณฑ์ชี้วัดให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยค้นหากลุ่มเป้าหมายคนยากจนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถให้ความช่วยเหลือคนจนในพื้นที่ได้ถูกกลุ่มเป้าหมาย

### 2. วัตถุประสงค์

#### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

ประเมินผลกระทบของความครอบคลุมของโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจนในด้านการประเมินสุขภาพตนเอง อัตรากาใช้บริการสุขภาพ การเข้าถึงและความสามารถในการตอบสนองของระบบสุขภาพ



## 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดคนยากจนที่เข้ามารับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพในประเทศไทย
2. ศึกษาเครื่องมือที่ใช้วัดความยากจน
3. พัฒนาเครื่องมือในการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจน
4. ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการหลักประกันสุขภาพต่อคนยากจน
5. เสนอผลการประเมินต่อผู้รับผิดชอบในระดับนโยบายต่อคนยากจนแก่ผู้เกี่ยวข้อง
6. เสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

## 3. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ(Quantitative study) แบบ Cross-sectional study และเชิงคุณภาพ(Qualitative study) โดยสุ่มตัวอย่าง 4 จังหวัดเป็นตัวแทนภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี สมุทรสาคร และ สุโขทัย จังหวัดละ 500 ครั้วเรือน รวมทั้งสิ้น 2,000 ครั้วเรือน การเก็บข้อมูลอยู่ในระหว่าง ตุลาคม 2546 ถึงมีนาคม 2547

การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

### 3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ

**3.1.1 ประชากรศึกษา (study population)** คือ ครั้วเรือนที่อยู่ในการสำรวจช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2546 มีหรือไม่มีทะเบียนบ้าน และปัจจุบันอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแล้วผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล โดยมี Inclusion criteria ดังนี้

1. ยินดีเข้าร่วมศึกษา
2. ในการไปครั้งแรกต้องพบสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูล
3. สามารถแสดงบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลได้

### 3.1.2 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

ดำเนินการเลือกโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดโดยครอบคลุมพื้นที่การให้บริการ รายละเอียดประกอบด้วย

1. กรุงเทพมหานคร  
เลือก โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทที่เป็นโรงพยาบาลในโครงการ 30 บาทได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ภูมิภาค ได้คัดเลือก 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร อุบลราชธานี และสุโขทัย เลือกโรงพยาบาลที่รับบริการรักษาโรคทั่วไปซึ่งเป็นโรงพยาบาลในโครงการ 30 บาท จำนวน 3 แห่งต่อจังหวัด

ในแต่ละโรงพยาบาลที่มวิจัยจะสุ่มคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับการสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลตามเกณฑ์การคัดเลือกของโรงพยาบาล ประเภทละ 10 คน (ขั้นตอนที่หนึ่ง)ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกที่มวิจัยจะใช้เป็น index case เพื่อค้นหาคนจนและไม่จนในพื้นที่ต่อไป ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็น index case(ผู้ป่วยนอก 20 ราย ผู้ป่วยใน 20 ราย) ในแต่ละรายที่มวิจัยจะนัดหมายเพื่อลงไปสำรวจที่ครั้วเรือน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย(index case) ที่ผ่านเกณฑ์การวัดความยากจนจะได้รับการสัมภาษณ์ที่ครั้วเรือน(ขั้นที่สอง) หากพบว่า index case ดังกล่าวไม่ยากจนที่มวิจัยจะคัด



## คำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด คนจน มีอะไรบ้าง เหมาะสมหรือไม่  
ผลกระทบต่อคนจน

## แนวคำถามการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. วิชิตันหาคนจน(คนจนหน้าตาเป็นอย่างไรตามความคิดของชาวบ้าน) ตามกลไกรัฐปัจจุบัน มีอะไรบ้าง ใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลน่าจะแก้ไขอย่างไร(ไม่มีสิทธิ) ถ้าได้ผล ยังมีกรณีขายสิทธิต่างๆ น่าจะแก้ไขอย่างไร
2. ปัจจุบันคนจนมีปัญหาการรับบริการหรือไม่ ถ้ามีลักษณะปัญหาเป็นอย่างไรจะแก้ไขอย่างไร
3. ผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบัน(หลังจากรัฐบาลมีนโยบาย 30 บาท)และในอนาคตมีอะไรบ้าง มีกลไกแก้ไขในครอบครัว/ชุมชนอย่างไร น่าจะแก้ไขให้ดีกว่าปัจจุบันอย่างไร(สิทธิ ใช้ครอบคลุมได้ทุกคน)
4. ถ้ารัฐบาลไม่สามารถให้สิทธิการรักษาครอบคลุมทุกคนทุกโรคนั้นนโยบายควรมุ่งไปที่คนจนเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
5. ศักยภาพของคนจนจะช่วยเหลือตนเอง ชุมชน ประเทศชาติได้อย่างไร

## 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ ได้แก่ สัดส่วน อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และ multiple logistic regression
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบ content analysis
3. เกณฑ์การคัดกรองคนยากจน
4. ความตรงประเด็นของการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5. จำนวนครอบครัว จำแนกตามการได้รับบัตร และความยากจนตามเกณฑ์

	จำนวนครอบครัวที่จนตามเกณฑ์		รวม
	จน	ไม่จน	
ได้รับบัตร	a	b	a+b
ไม่ได้รับบัตร	c	d	c+d
รวม	a+c	b+d	จำนวนครอบครัวทั้งหมด

### อัตราความตรงประเด็น

$$\begin{aligned} \text{หมายถึง} &= \frac{\text{จำนวนครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ที่ได้รับบัตร}}{\text{จำนวนครัวเรือนที่ได้รับบัตรทั้งหมด}} \times 100 \\ &= a/(a+b) \% \end{aligned}$$

ความครอบคลุมของการออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการวิจัยนี้หมายถึง การที่ครัวเรือนที่จนตามเกณฑ์ ได้รับบัตร

### อัตราความครอบคลุม

$$\begin{aligned} \text{หมายถึง} &= \frac{\text{จำนวนครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ที่ได้รับบัตร}}{\text{จำนวนครัวเรือนยากจน}} \times 100 \\ &= a/(a+c) \% \end{aligned}$$

## บทที่ 2

# ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาความยากจนเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่มีความสลับซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อสังคมไทยโดยเฉพาะช่วงที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา เป็นต้นเหตุเกี่ยวพันไปยังปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม และปัญหาความมั่นคงของประเทศ เป็นต้น รัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมากในการผลักดันและแก้ไขปัญหานี้ นับตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจนกระทั่งปัจจุบันซึ่งกำลังจะเลิกใช้แผนดังกล่าวโดยปรับเปลี่ยนเป็นยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาความยากจนแทน แต่ปัญหานี้ก็ยังดำรงอยู่จนกระทั่งนายกรัฐมนตรีได้ประกาศเป็นนโยบายชัดเจนว่าจะไม่ให้มีคนจนในประเทศไทยอีกต่อไป ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มุ่งเสนอมุมมองต่างๆ เพื่อหาคำตอบให้ได้ว่า "ความยากจน คืออะไร" "ใครคือคนยากจน" "ความยากจนมีสาเหตุมาจากอะไร" "มีปริมาณความยากจนอยู่เท่าไร" และมีวิธีการวัดตลอดจนเครื่องมือที่ใช้วัดเป็นอย่างไร การนำเสนอจะแบ่งออกเป็นสองส่วนหลักที่สำคัญคือการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศและในประเทศ

## การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ

### 2.1 แนวคิดในการนิยามและการวัดความยากจน

#### 2.1.1 นิยามความยากจน

"ความยากจนคือการมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดีกว่ามาตรฐาน โดยดูจาก ระดับการบริโภค และการมีรายได้ที่พอเพียงของบุคคล หากบุคคลหรือครัวเรือนหรือชุมชนใดไม่สามารถหาทรัพยากรในการดำรงชีพให้เพียงพอกับความต้องการขั้นพื้นฐาน เราถือว่า บุคคลนั้น ครัวเรือนนั้นหรือชุมชนนั้นมีความยากจน" ลักษณะของความยากจนข้างต้นอาจเรียกว่า ความยากจนเชิงสัมบูรณ์ (absolute poverty) หรือความขาดแคลน (ขาดสน) แบบสัมพัทธ์ (Relative deprivation) ก็ได้ ตัวชี้วัดในเรื่องของความขาดแคลนหรือขาดสน ได้แก่ การไม่พอกิน การอดอยากหิวโหย ซึ่งในที่สุดจะนำมาซึ่งภาวะการขาดสารอาหาร นอกจากตัวชี้วัดในเรื่องของสภาวะการขาดอาหารแล้วตัวชี้วัดอื่นๆ ที่อาจนำมาใช้ในการวัดความยากจนได้แก่ ความสามารถของครัวเรือนในการจัดหาปัจจัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีพ (basic needs) และความสามารถในการต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยและความโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation)

ทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นเป็นบทสรุปที่ได้จากประสบการณ์ในการศึกษาเรื่องของความยากจนจากหลายประเทศ องค์ความรู้ในปัจจุบันที่มีอยู่ ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นสากล ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละประเทศมีรูปแบบของความยากจนที่แตกต่างกันไป องค์ประกอบที่ถูกนำมาใช้วัดความยากจนก็มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม วัฒนธรรม และสภาพทางการเมือง

การนิยามความยากจนโดยใช้ดัชนีความเป็นพื้นฐานกำลังได้รับความนิยมนในกลุ่มนักวิชาการธนาคารโลก องค์การอาหารและการเกษตรระหว่างประเทศ (FAO) องค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) เพราะสามารถสะท้อนความอดอยาก (Famine) และแร้นแค้น (Starvation) ซึ่งยังคงเป็นปัญหาอยู่โดยทั่วไปในโลกที่สาม ในปี 1978 องค์การสงเคราะห์

เด็กแห่งสหประชาชาติ(UNICEF) รายงานว่ายังคงมีเด็กไม่ต่ำกว่า 12 ล้านคนที่อดตายด้วยความหิว(Hunger) และความอดอยาก(Famine) เป็นความขาดแคลนของร่างกายอย่างแท้จริง(Real Insufficient) เป็นความยากจนโดยสมบูรณ์ และเป็นความต้องการขั้นต่ำสุด(Minimum Needs) ที่ผู้มีฐานะดีกว่าในสังคมต้องช่วยเหลือ การศึกษาทั้งหมดของกลุ่มแนวคิดนี้จึงใช้คำนิยามและเครื่องมือวัดจากความจำเป็นพื้นฐาน

ในประเทศอังกฤษ ปี 1979 ทาวน์เสนด์(Townsend, 1979) เป็นนักวิชาการที่มีความเห็นว่า ในสังคมแต่ละสังคมความยากจนและการพัฒนาจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ในสังคมที่มีทั้งอุตสาหกรรมและสังคมเกษตรกรรมจะมีลักษณะความยากจนที่รุนแรงไม่เท่ากัน คนในกลุ่มนี้สมควรที่จะนิยามและวัดความยากจนในเชิงสัมบูรณ์นิยม(Absolutism) มากกว่าเชิงสัมพัทธ์ เพื่อจะได้วัดความยากจนได้อย่างสิ้นเชิง ในสังคมที่มีลักษณะเป็นสังคมอุตสาหกรรมมีความเหมาะสมที่จะใช้วิธีวัดแบบความขาดแคลนแบบสัมพัทธ์(Relative Deprivation) มากกว่าการใช้วิธีวัดแบบความจำเป็นพื้นฐาน กล่าวคือ ใช้มาตรฐานการครองชีพของคนกลุ่มต่างๆในสังคมมาเปรียบเทียบเพื่อลดช่องว่างความไม่เสมอภาค(Inequality) เป็นเป้าหมายที่รัฐบาลต้องแก้ไข โดยวิธีนี้จะทำให้การวัดความยากจนสอดคล้องกับเป้าหมายในการจัดโครงการแก้ไขความยากจน(Anti Poverty Program) มากขึ้น หลักการของทาวน์เสนด์นี้ได้รับการยอมรับในทางวิชาการเป็นอันมากในแนวคิดการวัดเชิงสัมพัทธ์ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ในประเทศด้อยพัฒนาประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจนแร้นแค้น มีรายได้ไม่เพียงพอกับมาตรฐานขั้นต่ำในการครองชีพ(under Basic Minimum Needs) การวัดความยากจนแบบสัมบูรณ์นิยม(Absolutism) ยังคงมีความเหมาะสมมากกว่าการวัดโดยวิธีสัมพัทธ์

ในปี 1960 ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมมาก การกระจายรายได้ไม่เป็นธรรม กลุ่มคนรวยซึ่งมีจำนวนน้อยแต่มีรายได้และอำนาจการบริโภคมาก คนจนมีจำนวนมากมีรายได้ต่ำ ในสหรัฐอเมริกาจึงนิยมศึกษาความยากจนในลักษณะสัมพัทธ์คือมุ่งเปรียบเทียบหาความแตกต่างระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ในสังคมแล้วกำหนดเกณฑ์ขึ้นมาว่าความแตกต่างแค่ไหนจึงถือเป็นดัชนีความยากจน การวัดและการนิยามความยากจนโดยอาศัยความไม่เท่าเทียมทางรายได้จึงมีความหลากหลายบางหน่วยงานยังคงใช้เส้นความยากจน(Poverty Line) ที่อาศัยรากฐานแนวคิดเชิงสัมบูรณ์(คือดูที่ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพเป็นสำคัญโดยดูจากปัจจัยขั้นต่ำในการดำรงชีพของมนุษย์มีองค์ประกอบอย่างไร และสามารถวัดและประเมินออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรมอย่างไร เพื่อนำผลการวัดและประเมินความไม่พอเพียงไปใช้ในการจัดโครงการแก้ไขต่อไป) โดยจัดสวัสดิการให้กับคนบางกลุ่มที่ยังขาดแคลนปัจจัยสี่ ในบางมลรัฐโดยเฉพาะในกลุ่มนักเศรษฐศาสตร์ซึ่งมีแนวคิดในการวัดการกระจายรายได้แบบวิธีความไม่เสมอภาค จะใช้วิธีเปรียบเทียบรายได้ระหว่างคนกลุ่มต่างๆ แล้วแบ่งเป็น 5 ส่วน ส่วนละ 20 เปอร์เซ็นต์ เพื่อดูความสามารถครอบครองรายได้ของประเทศเป็นจำนวนเท่าไร ประกอบด้วย 1 กลุ่มรวย(Rich) 2 กลุ่มค่อนข้างรวย(Upper-Middle) 3 กลุ่มปานกลาง(Middle) 4 กลุ่มค่อนข้างจน(Lower-Middle) 5 กลุ่มจน(Poor) ซึ่งวิธีการนี้สามารถคำนวณได้ทันทีจากข้อมูลรายได้ประชาชาติ(GNP) และข้อมูลสำมะโนประชากรของประเทศ วิธีการนี้ให้ภาพว่ามีกลุ่มคนจนอยู่จำนวนเท่าไรในประเทศแต่มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าครอบครัวยุติ คือครอบครัวยุติที่ยากจน

## 2.1.2 วิธีการประเมินความยากจนจากเงิน(Poverty line in term of money units)

### 2.1.2.1 เส้นความยากจนตามความจำเป็นพื้นฐาน

เส้นความยากจนที่กำหนดไว้ในมูลค่าเงิน เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 1967 กำหนดไว้ที่ 284 เหรียญต่อคนต่อเดือน หากครัวเรือนใดมีรายได้ต่อหัวต่อเดือนต่ำกว่า 284 เหรียญต่อเดือนถือว่าครัวเรือนนั้นยากจน ปี 2518 เอื้อย มีสุข เคยคำนวณเส้นความยากจน โดยอาศัยความจำเป็นในการบริโภคอาหารมากคำนวณ พบว่าคนในชนบทมีเส้นความยากจนเท่ากับ 1,343 บาทต่อคนต่อปีในเขตเมือง 1,593 บาทต่อคนต่อปี ในการคำนวณอาจคำนวณได้หลายวิธีขึ้นกับทฤษฎีพื้นฐานความยากจนเป็นอย่างไร ตัวอย่างเกณฑ์เส้น

ความยากจน ได้แก่ เกณฑ์การประมาณอาหารขั้นต่ำ เกณฑ์ฟังก์ชันการบริโภคสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพ เกณฑ์เส้นความยากจนตามระดับค่าจ้างแรงงาน เป็นต้น

### 2.1.2.2 การประเมินความยากจนบนแนวคิดเชิงสัมพัทธ์

เป็นการคำนวณเส้นความยากจนโดยอาศัยการเปรียบเทียบฐานะทางการเงินระหว่างกลุ่มต่างๆ โดยไม่สนใจความจำเป็นพื้นฐานของคน ตัวอย่าง ได้แก่ การประเมินจากครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำสุดของประเทศ การประเมินจากรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว

### 2.1.2 วิธีการประเมินจากดัชนีความขาดแคลน(Poverty Measurement by Deprivative Index)

เป็นการวัดจากการกำหนดรายการที่จำเป็นขึ้นมาก่อนแล้วถือว่ารายการที่จำเป็นนั้นเป็นเส้นแบ่งความยากจน ค่าจนรายการที่ขาดแคลนว่าใครขาดแคลนสิ่งที่เป็นจำเป็นในรายการใดบ้าง แล้วจึงนำรายการที่ขาดแคลนนั้นเป็นคะแนนระบุความยากจน ตัวอย่าง เช่น 1) เกณฑ์ดัชนีความจำเป็นพื้นฐาน(Minimal Basic needs Index) วิธีการคือนำเกณฑ์มาสำรวจว่าครัวเรือนใดมีมาตรฐานการดำรงชีพต่ำกว่าเกณฑ์จำนวนรายการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ถือเป็นคะแนนความขาดแคลนตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน 2) เกณฑ์ดัชนีความขาดแคลนสัมพัทธ์(Multiple Deprivative Index) ทำนองเดียวกับเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานต่างกันที่เกณฑ์ที่สร้างขึ้นอาจสร้างขึ้นจากมาตรฐานครอบครัวกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคม ไม่ได้สร้างขึ้นจากมาตรฐานทางวิชาการเช่น เกณฑ์การบริโภคอาหาร เสื้อผ้า พลังงาน ฯลฯ เป็นต้น ตัวอย่างการกำหนดดัชนีจากประเทศอุกันดา(Uganda)

1. การไม่มีรายได้ หรือ การมีรายได้ที่ไม่แน่นอน
2. การไม่สามารถจัดหาปัจจัยพื้นฐานได้ เช่น อาหาร เสื้อผ้า
3. การขาดของใช้จำเป็นในครัวเรือน(household assets)
4. การขาดที่ทำกิน
5. ความไม่เสมอภาคในการมีความเป็นอยู่ที่ดี และมีสุขภาพที่ดี
6. มีภาวะพึ่งพา และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
7. มีภาวะหรือพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ

นอกเหนือจากตัวชี้วัด 7 ตัวข้างต้นยังมีตัวชี้วัดอื่นๆ ที่นำมาประกอบการวัดความยากจน เช่น การไม่สามารถจัดหาปัจจัยต่างๆ ให้แก่ เด็กในครอบครัว การขาดหน่วยงานช่วยเหลือ การมีภาวะพึ่งพานอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว สำหรับความยากจนในระดับชุมชนดูได้จาก การขาดโครงสร้างระดับรากหญ้า(infrastructure) และการอยู่ห่างไกลจากความเจริญ หรือการขาดความเข้มแข็งในการรวมตัวกันของชุมชน

## 2.2 ตัวชี้วัดความยากจน

ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ เป็นตัวชี้วัดที่ได้จากการศึกษาความยากจนในหลายๆ ประเทศ ประกอบด้วย

2.2.1 การถูกแยกออกจากสังคม(social exclusion) ภาวะพึ่งพา(dependence) และภาวะโดดเดี่ยว(isolation) การถูกแยกออกจากสังคมจะส่งผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยทางด้านเศรษฐกิจหมายถึงการที่คนๆ หนึ่งขาดโอกาสในการหางานจากตลาดแรงงาน ซึ่งส่งผลให้เกิดการขาดรายได้ การมีทรัพย์สิน คนกลุ่มนี้จะขาดการเข้าถึงบริการจากภาครัฐ จากชุมชน ในบางกรณีบุคคลเหล่านี้ยังอาจขาดการสนับสนุนจากครอบครัวของตนเองด้วย ดังนั้น ตัวชี้วัดนี้จึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมนั้นๆ และการขาดการมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการเป็นประชาชนด้วย การศึกษาตัวชี้วัดได้มีการศึกษาในหลายประเทศ เช่น ใน Uganda Latvia Mozambique Lebanon และ Grenada ปัจจัยตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมหลักคือ ปัญหาชนกลุ่มน้อย(Ethnic Minority) อย่างไรก็ตามแนวความคิดเรื่อง การแยกตัวออกจากสังคมนี้นั้นทั้งในเรื่องของกรอบความคิดและวิธีการวัดยังอยู่ในขั้นพื้นฐาน จำเป็นต้องมีการพัฒนาวิธีวิเคราะห์และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดเพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบต่อไป

**2.2.2 การมีความสามารถ(Capabilities)** เนื่องจากความยากจนเป็นกลไกที่เป็นสถานะที่ไม่หยุดนิ่ง เช่น คนอาจจะหลุดพ้นจากความยากจนได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และก็สามารถกลับไปสู่ภาวะความยากจนได้อีก ความยากจนนี้เป็นผลมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง ซึ่งภาวะหมุนเวียนความยากจนนี้(dynamics of poverty) เป็นผลมาจาก ความสามารถของบุคคลและความเป็นเจ้าของที่ทำกิน(Capabilities & entitlement) แนวความคิดเรื่องกลศาสตร์ของความยากจน เป็นของนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ชื่อ Amartya Sen โดยเขาเชื่อว่า การขาดรายได้เป็นสาเหตุของความยากจน การขาดรายได้อาจเป็นผลมาจาก การว่างงาน การเกิดตลาดและผลผลิตที่ไม่ถูกต้อง ราคาสินค้าที่ผันผวน ต่างๆ ส่งผลให้เกิดความอ่อนแอในตัวบุคคล ซึ่งจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการแปรทรัพยากรให้มีค่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจและภาวะการเป็นเจ้าของที่ทำกิน

## 2.3 วิธีต่างๆ ที่ใช้วัดความยากจน

### 2.3.1 money metric measures

วิธีการนี้ต้องการมีการกำหนดเส้นความยากจน (poverty line) เส้นนี้ใช้ในการแบ่ง "คนจน" ออกจาก "คนไม่จน " โดยกำหนดจาก ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำของครัวเรือนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เช่น การมีภาวะโภชนาการดี การมีความสามารถในการหาของใช้ที่จำเป็นของครัวเรือน ค่าใช้จ่ายตัวนี้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม ขึ้นกับค่านิยม ธรรมเนียม และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ดังนั้นจึงได้มีการกำหนดเส้นความยากจนเฉพาะของแต่ละประเทศ(Country-specific poverty lines) ซึ่งเส้นดังกล่าวจะสามารถนำมาใช้ในการเปรียบเทียบเชิงปริมาณได้

เนื่องจากวิธีการนี้กำหนดจากค่าใช้จ่ายขั้นต่ำซึ่งพึ่งพาการซื้อสินค้าที่จำเป็น แต่เนื่องจากราคาสินค้าในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะกำหนดวิธีการคำนวณที่เป็นมาตรฐานซึ่งเรียกว่า (A Regional purchasing power parities (PPP)) อย่างไรก็ตามได้มีการทดลองใช้วิธีการนี้แต่พบว่าไม่ได้ผลในทางปฏิบัติ เนื่องจากในแต่ละพื้นที่เองมีความหลากหลายในเรื่องของการกระจายและคุณภาพของสินค้า ซึ่งส่งผลให้การเปรียบเทียบในระดับพื้นที่เองเป็นไปได้ยาก

หลายประเทศได้มีความพยายามสร้างเส้นขอบบนและขอบล่าง(Upper & Lower poverty line) เพื่อแยก กลุ่มคนจน ออกจาก คนจนมาก

เส้น Lower หรือ Deep Poverty Line เป็นเส้นที่สะท้อนค่าใช้จ่ายในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย หรืออีกนัยหนึ่งเป็นเส้นที่รวบรวมในเรื่องของการบริโภคเพื่อความอยู่รอด

เส้น Upper จะถูกกำหนดจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายในด้านอื่นที่จำเป็นเช่น การดูแลสุขภาพ การศึกษา การขนส่ง และการหาซื้ออุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน เส้นนี้อาจถูกเรียกว่าเป็นเส้นการบริโภคให้พอเพียงต่อมาตรฐานขั้นต่ำที่พอเพียงต่อการดำรงชีวิต

การกำหนดค่าเส้นแบ่งความยากจน(Poverty Line) เป็นเพียงวิธีการหนึ่งในการวัดความยากจน การเลือกตัววัดที่สามารถสะท้อนความถูกต้อง ความเที่ยงตรงกับขนาดของปัญหา จะเป็นกระบวนการขั้นต่อไป วิธีที่นิยมใช้มากคือ "headcount ratio " อัตราส่วนของประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจนเมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ

ข้อจำกัดของ headcount ratio คือ วิธีการนี้ไม่สามารถแยกประชากรที่มีความขัดสน(Deprivation) ในบางประเทศได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนทั้งอุปบัติการณ์และความลึกของประเทศยากจนที่เรียกว่า Poverty Group Index(PGI)

### 2.3.2 การวัดความสามารถของมนุษย์ (Human Capacity)

วิธีการนี้ถูกกำหนดขึ้นเนื่องจากข้อมูลรายรับรายจ่ายของครัวเรือนที่แท้จริงอาจมีการบิดเบือน วิธีการนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของคน และสะท้อนความสามารถของบุคคล (Capabilities) ตัวชี้วัดนี้จะใช้ในการวัดความไม่สามารถในการจัดหาสิ่งสำคัญในการดำรงชีพขั้นต้น(unfulfilled needs or capacity shorfalls)ตัวชี้วัดเหล่านี้ ได้แก่

สภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี รายละเอียดของตัวชี้วัดประกอบด้วย

**2.3.2.1 ด้านสุขภาพ** ตัวชี้วัดเหล่านี้ได้แก่ อัตราส่วนของสถานบริการจำนวนเตียงในโรงพยาบาล จำนวนผู้ให้บริการทางสุขภาพต่อจำนวนประชากร การตายทารก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนเทียบรายได้มวลรวม(GDP)

**2.3.2.2 ด้านการศึกษา** ได้แก่ จำนวนชนิดของอุปกรณ์ในโรงเรียน ขนาดห้อง เช่น จำนวนนักเรียนต่อห้อง จำนวนเด็กต่อครู อัตราการเข้าชั้น และอัตราการลาออก ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาของประชากร

ในบางประเทศได้มีการวัดความมั่นคงทางอาหาร(Food Security) หรือภาวะโภชนาการไว้ด้วย โดยวัดภาวะการขาดแคลนอาหาร ภาวะวิกฤติทางอาหาร ระยะเวลาในการเกิดวิกฤต ส่วนภาวะโภชนาการมักมีการวัดในทารกถึงเด็กเล็ก (0-5 ปี )

ในบางประเทศอาศัยตัวชี้วัดในเรื่องของการเป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน การมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจซึ่งสะท้อนความหนาแน่นของประชากร

กล่าวโดยสรุป ตัวชี้วัดที่กล่าวข้างต้น เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนสภาพความอยู่ดีมีสุข(Indicators of Well being) ตัวแปรเหล่านี้หลายตัวมีพื้นฐานมาจาก Human Development Index(HDI) ซึ่งพัฒนาโดย UNDP รายละเอียดของ HDI เป็นเครื่องมือในการวัดความอยู่ดีมีสุขใน 3 มิติ ประกอบด้วย

1) อายุยืนยาว(Longevity) เป็นอายุคาดเฉลี่ยนับตั้งแต่แรกเกิด  
2) การศึกษา(Education attainment) วัดจากอัตราการรู้หนังสือ อัตราการลงทะเบียนเรียน และ

3) มาตรฐานการครองชีพ(Standard of Living) วัดจากอำนาจการซื้อขาย เป็น US dollars

HDI นี้เมื่อถูกนำไปใช้บางประเทศได้มีการเพิ่มตัวชี้วัดต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น Maldives เรียกตัวชี้วัดใหม่นี้ว่า Human Vulnerability Index (HVI) ใน Lebanon เรียก Living condition Index (LCI) HVI มีตัวชี้วัด 5 ตัวคือ

- 1) การศึกษาและอัตราการรู้หนังสือ
- 2) การแต่งงานและการหย่าร้าง
- 3) สุขภาพและโภชนาการ
- 4) การจ้างงาน
- 5) ลำดับความสำคัญของสตรี

LCI มี 4 ตัวชี้วัด ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัย น้ำและระบบสุขาภิบาล การศึกษา และรายได้รวมถึงรถในครอบครอง

## 2.4 เครื่องมือที่ใช้วัดความยากจน

**2.4.1 ข้อมูลทางสถิติ(official Statistics)** เช่น ข้อมูลสำมะโนประชากร(ข้อมูลประชากรและข้อมูลด้านสุขภาพของประชากร) ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังความยากจนได้อีกด้วย

**2.4.2 ข้อมูลจากการสำรวจในระดับครัวเรือน(Household Surveys)** โดยเฉพาะข้อมูลด้านงบประมาณการใช้จ่ายในระดับครัวเรือน ข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้วัดความยากจนโดยวิธี money metric measurement ได้ "World Bank ได้สนับสนุนให้มีการทำแบบสำรวจระดับครัวเรือนมาตรฐานโดยครอบคลุมหลายวัตถุประสงค์และ ข้อมูลหลายด้านในแบบสอบถาม(Living Standards measurement (LSM))

**2.4.3 Participatory Poverty Assessment(PPA)** เป็นการวัดโดยให้ผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้วิเคราะห์และให้บุคคลภายนอกหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสาน วิธีการนี้จะทำเป็นรายกลุ่ม วิธีการนี้จะเป็นการรวบรวมคนด้วยโอกาส คนจน ในชุมชนไว้ด้วยกัน ซึ่งการสำรวจจะเป็นเชิงคุณภาพ โดยการพูดคุยกับผู้นำชุมชน การคุยกับผู้เข้าร่วม การทำ Focus group

### 2.4.4 Spatial measurement & mapping



วิธีการนี้เป็นการกำหนดพื้นที่ที่มีความยากจน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อรัฐบาล ในการกำหนดนโยบายและการลงทุน และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพื้นที่ที่มีความขัดสน อีกด้วย

#### 2.4.5 Multiple technique & triangulation

วิธีนี้เป็นการอาศัยข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูลอาจเป็นทั้งข้อมูล ด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิข้อมูลที่ได้จากวิธีนี้ต้องมีการให้คะแนนกับตัวชี้วัดแต่ละตัว ข้อจำกัด ของวิธีนี้คือการวิเคราะห์และรวบรวมผลจากหลายเทคนิคเป็นไปได้ยาก จึงต้องกระทำอย่าง ระมัดระวัง

#### 2.4.6 การจ้างงาน การว่างงาน

วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้ตัวแปรที่สำคัญในการวัดความยากจนและความด้อยโอกาส

ข้อมูลการจ้างงาน อาจดูได้จาก ข้อมูลกรมแรงงาน อัตราการว่างงาน อัตรา ส่วนของผู้หญิงในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและประเภทของการจ้างงาน

ประเภทของการจ้างงาน อาจใช้เป็นตัวแบบในการวัดความด้อยโอกาสได้ เพราะการจ้างงานบางประเภทให้ผลตอบแทนต่ำ ไม่มั่นคง และต้องใช้ทักษะในอาชีพ

#### 2.4.7 ข้อมูลเรื่องความขัดแย้ง ความพิการ ความยากจน

ความขัดแย้งในที่นี้หมายถึง ความขัดแย้งภายในประเทศ ซึ่งก่อให้เกิด สงครามกลางเมือง และความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความด้อยโอกาสของครัวเรือน อันเนื่อง มาจากการลดลงของจำนวนแรงงานในครัวเรือนนั้นในขณะเดียวกันจะมีภาวะความฟุ้งฟิง เกิดขึ้นด้วย ปัญหาความขัดแย้งนี้อาจขยายผลถึง การเร่ร่อนของเด็กตามถนน การขายบริการ ของเด็กเหล่านี้เพื่อความอยู่รอด ซึ่งส่งผลให้เกิดอัตราการถ่ายทอดและติดเชื้อ AIDS สูงขึ้น

## การทบทวนบทเรียนในประเทศไทย

### 2.5 ความหมายของความยากจนในประเทศไทย

คำจำกัดความของความยากจนมีหลากหลายขึ้นกับมุมมองว่าเป็นนักวิชาการ หรือความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป โดยทั่วไปแล้วความยากจน หมายถึง การที่บุคคลมี สภาพการดำรงชีพที่ขาดแคลนต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตและอยู่โดยไม่มีความสุข ซึ่งการพิจารณาความยากจนดังกล่าวพิจารณาอย่างเป็นองค์รวมจาก การขาด หรือ ขัดสน ใน ด้านต่างๆ(การแก้ไขปัญหาความยากจน กองกรรมธิการ สำนักเลขาธิการวุฒิสภา)

เนื่องจากความยากจนมีนิยามและความหมายได้หลายอย่าง ในที่นี้การนิยาม จะแบ่งเป็น 2 มุมมอง ได้แก่มุมมองของประชาชนและมุมมองจากนักวิชาการ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 2.5.1 มุมมองจากประชาชน

ความยากจนในความหมายของประชาชนส่วนใหญ่ คือ ไม่มีกินหรือไม่พอกิน รายได้น้อย ไม่มีที่พำนัก มีหนี้สิน ป่วย สุขภาพไม่ดีหรือพิการ ซึ่งคำจำกัดความของความ ยากจนจากมุมมองของประชาชนสามารถแบ่งออก เป็นสองกลุ่มดังนี้

1. คำจำกัดความที่เชื่อมโยงกับ เหตุ แห่งความยากจน เช่น ไม่มีที่ดินทำกิน การศึกษาดำ ไม่งานทำ รายได้น้อย ขาดแคลนเงินทุนหรือทรัพย์สิน ปัญหาสุขภาพ(ทำให้ ไม่สามารถทำงานได้

2. คำจำกัดความที่เชื่อมโยงกับ ผล แห่งความยากจน เช่น ไม่พอกิน มีหนี้ ไม่มีทรัพย์สิน ไม่มีบ้านเป็นของตนเองหรือสภาพบ้านไม่ดี การขาดแคลนอาหาร การมีปัญหา สุขภาพ(เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล)

และความยากจนที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ ปัญหาขาดที่ทำกินที่เพียงพอ การต้องหาเลี้ยงชีพด้วยการรับจ้างเป็นหลัก ไม่งานทำอย่างสม่ำเสมอ คนจนกลุ่มนี้ให้ นิยามความยากจนที่โยงกับสาเหตุอย่างชัดเจน

คนจนให้น้ำหนักความยากจนที่เกิดขึ้นเพราะการกระทำของตนเองมากขึ้น โดยเปรียบเทียบ ปัญหาเรื่องไม่มีกินหรือไม่พอกินเกิดกับคนจนในเมืองเท่านั้น ส่วนในชนบทสามารถหาอาหารได้จากแหล่งธรรมชาติ และสามารถหยิบยืมหรือขอความช่วยเหลือจากคนในหมู่บ้านหรือญาติพี่น้องได้ คนจนที่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนมักเป็นคนจนที่ชุมชนมองว่าพฤติกรรมไม่บกพร่อง คือไม่ใช่คนเพราะกระทำตัวเอง(อยากรวย เกียจคร้าน ดื้อ อายมข) แต่จนเพราะจำเป็น เช่น พิการ แก่ชรา ลูกหลานไม่เลี้ยงดู หรือไม่สามารถเลี้ยงดูได้

การมีหนี้สินไม่ใช่ลักษณะเด่นของคนจนในชนบทเมื่อเทียบกับคนจนในเมือง คนจนชนบทไม่ต้องการกู้เพราะเกรงว่าจะไม่สามารถใช้คืนได้ ความจำเป็นในการกู้ของคนจนในชนบทอาจไม่มากเท่าคนจนในเมืองเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากคนในหมู่บ้าน การไม่ชำระหนี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้ง่ายเท่าในเมืองเพราะเป็นชุมชนมีขนาดเล็กและคนรู้จักกันเป็นส่วนใหญ่ การกู้ยืมเพื่อใช้คืนหนี้เก่าโดยไม่มีรายได้แท้จริงมารองรับความสามารถใช้คืนในระยะยาวกระทำไดยาก

กล่าวโดยสรุปลักษณะความยากจนและคนจนในสายตาคนจนที่ไม่ใช่ นักวิชาการ ประกอบด้วย

#### กลุ่มที่ 1 ลักษณะทางเศรษฐกิจโดยทั่วไป

1. ไม่มีกิน/ไม่พอกิน
2. รายได้น้อย ไม่พอเลี้ยงครอบครัว
3. รายได้ไม่สม่ำเสมอหรือรายได้ไม่แน่นอน
4. คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย
5. ค่าใช้จ่ายสูง

#### กลุ่มที่ 2 หนี้สินและทรัพย์สิน

1. มีหนี้สิน
2. ไม่มีหนี้หรือมีน้อย
3. หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
4. ไม่สามารถใช้หนี้/ลดหนี้ได้
5. ไม่มีคนให้กู้/ไม่อยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้
6. ไม่มีที่ทำกิน
7. ไม่มีทรัพย์สิน
8. ขาดสาธารณูปโภค หรือต้องจ่ายในราคาแพง

#### กลุ่มที่ 3 อาชีพและลักษณะส่วนบุคคล

1. หาเช้ากินค่ำ
2. อาชีพรับจ้าง
3. ดกงาน
4. ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม
5. อายุมาก ไม่มีลูกหลาน(แก่ชรา)
6. ป่วย สุขภาพไม่ดี พิการ

#### กลุ่มที่ 4 ลักษณะครอบครัว

1. ครอบครัวใหญ่ มีลูกมาก
2. มีภาระลูกหลาน
3. มีภาระคนป่วยในครอบครัว

#### กลุ่มที่ 5 พฤติกรรม

1. ไม่พยายามดิ้นรนเพื่ออยู่รอด
2. บริโภคเกินตัว วัตถุนิยม
3. เล่นหวยกินเหล้าเกียจคร้าน
4. แยกตัวไม่เข้ากลุ่มหรือสังคม

## 2.5.2 มุมมองจากนักวิชาการ

ความยากจนในมุมมองของนักวิชาการ การให้ค่าจำกัดความที่มีมาตรฐานจะเป็นสิ่งที่ยากและนำไปสู่ข้อถกเถียงอย่างกว้างขวาง เนื่องจากหาลักษณะรวมทั้งจริงและเป็นที่ยอมรับของทุกๆ คนได้ยาก แต่อย่างไรก็ตามนักวิชาการและผู้รู้ได้มองความยากจนในมิติที่เพิ่มเติมจากที่คนจนมอง เช่น การให้ความสำคัญกับการกระจายทุนและกระจายรายได้ ทุนทางสังคม มาตรฐานชีวิตเปรียบเทียบกับความคาดหวังในด้านความสุข ความมั่นคง การได้รับการยอมรับนับถือ การมีสิทธิมีเสียง มีทางเลือก มีโอกาส สามารถกำหนดชะตาชีวิตตนเองและครอบครัว เรื่อยไปถึงมิติทางด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ดังนี้

1.) กำหนดลักษณะคนจนจาก เหตุ และ ผล ที่เชื่อมโยงกับความยากจนที่คนจนกำหนดเอง โดยมีเหตุปัจจัยใกล้ตัวของคนจน ได้แก่ รายได้ รายจ่าย ทรัพย์สิน สุขภาพ การศึกษา เช่น การกระจายทุน และรายได้ การมีสิทธิมีเสียง ทุนทางสังคม การมีทางเลือก มีโอกาส ซึ่งเป็นปัจจัยที่ถูกกำหนดขึ้นในระดับ สังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเศรษฐกิจหรือสังคมการเมือง โดยการกำหนดมิใช่ระดับตัวบุคคล สาเหตุของความยากจนมีลักษณะที่เป็นกระบวนการ หรือ โครงสร้าง นักวิชาการบางท่านกล่าวว่าเป็นกระบวนการทำให้จน โดยรัฐหรือโดยระบบเศรษฐกิจทุนนิยม เป็นต้น ข้อจำกัดของการใช้นิยามแบบนี้คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้างกับระดับความยากจน

นักวิชาการและผู้รู้ให้ความสำคัญกับความจนโดยเปรียบเทียบ (relative poverty) เช่น มาตรฐานชีวิตเปรียบเทียบกับความคาดหวังการได้รับการยอมรับนับถือ หรือ การมีสิทธิมีเสียง เนื่องจากคนจนขาดแคลนสิ่งเหล่านี้เพราะฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของพวกเขาต่ำกว่า โดยเปรียบเทียบ กับคนส่วนใหญ่ในสังคม โดยมีได้หมายความว่าพวกเขาจำเป็นต้องมีฐานะทางเศรษฐกิจหรือมาตรฐานชีวิตต่ำ

ในการให้ความหมายเกี่ยวกับ คนจน ในทางวิชาการ มีด้วยกัน 2 ความหมายหนึ่ง คนจน หมายถึง ผู้มีรายได้ไม่พอเพียงที่จะซื้ออาหารที่ให้คุณค่าทางอาหารเพียงพอตามหลักโภชนาการ(อันมารสยามเวลา, 2540, หน้า 67) และสอง ผู้ยากจน หมายถึง ผู้ที่ไม่มีโอกาสเป็นเจ้าของทรัพยากรสำคัญที่ใช้ในการผลิต(นิธิ เอียวศรีวงศ์ อ้างในอภิชัย พันธเสน, 2540, หน้า 57) ความแตกต่างของ คนจน ใน 2 ความหมายข้างต้น คือ พิจารณาจากความจำเป็นขั้นพื้นฐาน(basic needs) เป็นหลัก และโอกาสการเป็นเจ้าของทรัพยากรที่สำคัญในการผลิตเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด แม้ว่าจะมองจากเรื่องทางวัตถุเป็นหลัก

ในทางเศรษฐศาสตร์มีการให้ความหมาย ความยากจน 5 ความหมาย ดังนี้

1. ความอึดอัดขัดสนทางเศรษฐกิจ(economic insufficiency)
2. ความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจ(economic inequality)
3. ความขาดแคลน(deprivation) คือ ขาดแคลนจากสภาพที่เคยเพียงพออยู่

แล้ว

4. ความต้องพึ่งพา(dependency) หมายความว่า ถ้าอยู่ด้วยตัวเองไม่ต้องพึ่งพาใคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ก็คือรัฐแล้ว ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

5. ความเป็นต้นเหตุของปัญหาสังคม(diseconomies) คือ ความยากจนก่อให้เกิดปัญหาสังคม ถ้าไม่มีความยากจนปัญหาสังคมก็จะหมดไป(อภิชัย พันธเสน, 2540, หน้า 156)

การศึกษาเชิงประจักษ์ในเรื่องความยากจน ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่อง ความอึดอัดขัดสนทางเศรษฐกิจ หรือเรียกกันทั่วไปว่า ความยากจนสัมบูรณ์(absolute poverty) และความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจหรือที่เรียกอีกอย่างว่า ความยากจนสัมพัทธ์ (relative poverty)

## 2.6 การวัดความยากจนในประเทศไทย

การวัดความยากจนมีปัญหามากมายโดยเฉพาะแนวคิดที่จะตัดสินว่า "ความยากจนคืออะไร" ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จนบางคนถึงกับกล่าวว่าไม่ควรวัดเนื่องจากวัดไปก็คลาดเคลื่อนนำไปใช้อะไรไม่ได้

ในทางปฏิบัติ การกำหนดนโยบายเพื่อบรรเทาหรือขจัดปัญหาความยากจนทำให้มีความจำเป็นต้องรู้ว่าคนจนเป็นใคร อยู่ที่ใด (poverty profile) เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ถูกจุด ถูกพื้นที่ นอกจากนั้นยังจำเป็นในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของนโยบายด้วย เพราะหากไม่รู้การเปลี่ยนแปลงของ สภาวะความยากจนแล้วก็ไม่สามารถที่จะประเมินผลว่านโยบายที่เข้าไปแล้วได้ผลดีหรือไม่ เพียงใด การลดปัญหาเรื่องความคลาดเคลื่อนในการวัดความยากจนและการตามหาคนจนคงต้องวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อด้อยของวิธีการวัดความยากจนที่ใช้และช่วยปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยทั่วไปการวัดความยากจนแบ่งออกเป็น 2 วิธี ประกอบด้วย การใช้เกณฑ์ตัวชี้วัด(indicator targeting) กับการให้กลุ่มเป้าหมายพิจารณาตนเอง(self-targeting) ว่าตนเองสมควรอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่โดยใช้แรงจูงใจหลายๆ อย่างในการคัดกรอง รายละเอียดของการวัดประกอบด้วย

### 2.6.1 การใช้เกณฑ์ตัวชี้วัด(indicator targeting)

หลักการวัดความยากจนเป็นการศึกษาคุณลักษณะของกลุ่มคนยากจนหรือกลุ่มคนที่เป็เป้าหมายในสังคมเสียก่อนเพื่อสร้างตัวชี้วัดที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหากลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน ตัวชี้วัดดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือนรวมทั้งสมาชิกครัวเรือน ตัวชี้วัดเหล่านี้สามารถสังเกตได้ง่ายกว่าข้อมูลรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือน ซึ่งเมื่อหาตัวชี้วัดเหล่านี้ได้แล้วสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดข้างเคียง(proxy) ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนยากจน ตัวอย่างของวิธีการเจาะจงกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ตัวชี้วัดดังกล่าวได้แก่ ตัวชี้วัดในการกำหนดพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย (geographical targeting) ที่ธนาคารโลกใช้ นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ขนาดครัวเรือน การถือครองที่ดินและอายุของหัวหน้าครัวเรือน เป็นต้น ประสบการณ์ในต่างประเทศพบว่า ในประเทศรัสเซีย และกลุ่มประเทศประเทศในแถบยุโรปตะวันออกได้ใช้ขนาดครัวเรือนในการจัดสรรเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลให้กับครัวเรือนที่ยากจน ในขณะที่ธนาคารเพื่อคนจนในประเทศบังคลาเทศ หรือ Bangladesh's Grameen Bank ใช้ตัวชี้วัดแบบผสมผสานในการให้สิทธิ์คนยากจนเพื่อกู้ยืมเงินในการลงทุน ตัวอย่างของตัวชี้วัด เช่น ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชนบทและครัวเรือนที่ไม่มีที่ดินทำกิน เป็นต้น

ตัวอย่างในประเทศไทย จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และลักษณะของความยากจนในประเทศไทยปี พ.ศ.2543 โดยสำนักนโยบายสังคมมหาดำรงงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่า ลักษณะของคนจนส่วนใหญ่อยู่ในภาคอีสาน โดยประชากรใน 14 จาก 17 จังหวัดของภาคอีสานเผชิญความยากจนคิดเป็นร้อยละ 60 ของคนจนที่มีอยู่ทั่วประเทศ มีขนาดครัวเรือนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป โดยคนจนที่อยู่ในครัวเรือนขนาดเล็กส่วนหนึ่งจะพบลักษณะอื่นร่วมด้วยบางประการ เช่น ผู้สูงอายุ พิการ หรือ กำพร้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า คนจนส่วนใหญ่มีอาชีพทำการเกษตร ปีนเกษตรกรรายย่อย หรือไม่มีที่ทำกิน การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

### 2.6.2 การให้กลุ่มเป้าหมายพิจารณาตนเอง(self-targeting)

เป็นวิธีการที่ให้กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับผลประโยชน์เป็นผู้พิจารณาว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่สมควรจะได้รับประโยชน์จากภาครัฐหรือไม่ โดยผ่านการสร้างแรงจูงใจรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประโยชน์เฉพาะผู้ที่เหมาะสมเข้าอยู่ในกลุ่มที่จะได้รับประโยชน์ ตัวอย่างของแรงจูงใจ เช่น การเข้าคิว(waiting list) การระบุว่าเป็นคนจนหรือคนด้อยโอกาส stigma) หรือการจัดรูปแบบความช่วยเหลือหรือสินค้าที่จะให้อยู่ในลักษณะด้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนฐานะดี เช่น การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบสวัสดิการสำหรับกลุ่มคนยากจนในประเทศไทยที่รัฐได้พยายามจัดหารูปแบบบรรจุกฎเกณฑ์ของนมสดในลักษณะที่ด้อยกว่าสินค้าที่จำหน่ายอยู่ในท้องตลาด ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มคนที่มีฐานะดีกว่ามีความรู้สึกว่าการได้รับรูปแบบของการช่วยเหลือเป็นสินค้าที่มีคุณภาพด้อยกว่าและยากต่อการบริโภคหรือการได้รับ

จากการประเมินผลพบว่าโครงการฯดังกล่าวประสบผลสำเร็จในการลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม ทำให้ทรัพยากรของภาครัฐเกิดประโยชน์กับกลุ่มคนที่ยากจนมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้กลุ่มคนเป้าหมายพิจารณาตนเองคือการป้องกันมิให้กลุ่มเป้าหมายพึ่งพิงความช่วยเหลือจากภาครัฐไปโดยตลอดเนื่องจากความยุ่งยากและคุณภาพที่ด้อยกว่าของสินค้าหรือบริการที่ให้ความช่วยเหลือและวิธีการดังกล่าวยังช่วยลดปัญหาคอร์รัปชันและระบบอุปถัมภ์ในระบบราชการ การค้นหาคนจนเพื่อวัตถุประสงค์ในการกระจายทรัพยากรของรัฐไปสู่เป้าหมายแบบเจาะจง(ให้เฉพาะกลุ่มคนจน)คือเพื่อลดความสูญเสียของทรัพยากรสังคมไปสู่กลุ่มคนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย(กลุ่มที่มีฐานะดีหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้) และความพยายามในการแก้ไขปัญหาระยะยาวเรื่องความไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหรือคนจนได้มากที่สุด

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการวัดว่าใครคือคนจนหรือกลุ่มเป้าหมายและผลข้างเคียงของการใช้เครื่องมือเหล่านั้น น่าจะเป็นประเด็นจุดอ่อนที่สำคัญโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่สูงในการให้ได้ข้อมูลและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นทำให้การกระจายทรัพยากรภาครัฐแบบครอบคลุมถ้วนหน้าโดยไม่เจาะจงกลุ่มเป้าหมาย ตัวอย่างที่ชัดเจนคือเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการขึ้นทะเบียนคนจนของรัฐบาลเพื่อขจัดความยากจนให้หมดไปจากแผ่นดินไทย

ปัจจุบันในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มในการกระจายและจัดสรรทรัพยากรไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่เจาะจงเฉพาะกลุ่มมากกว่าเนื่องจากมีการใช้ทรัพยากรจำนวนน้อยกว่าและตรงกับเป้าหมายในการพยายามแก้ไขปัญหากลุ่มเป้าหมาย

## 2.7 ความยากจนและตัวชี้วัดที่ใช้ในด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

ในอดีตนิยมที่ใช้วัดความยากจนในประเทศไทยใช้จะอ้างอิงแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์โดยใช้รายได้หรือเศรษฐกิจที่บุคคลสามารถดำรงชีพได้ในมาตรฐานขั้นต่ำ ต่อมานิยามความยากจนได้ครอบคลุมมิติที่หลากหลายโดยครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมและการเมือง เช่น องค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ(UNDP)ได้จำแนกออกเป็นความยากจนเชิงรายได้(income poverty) และความยากจนในทุนมนุษย์(human poverty) ในขณะที่ Amartya Sen นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลปี 2000 ได้เสนอแนวความคิดเรื่องความยากจนว่านอกจากรายได้ที่ใช้ในการยังชีพแล้วยังหมายถึงความขัดสนในด้านต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับทำให้คุณค่าของคนในแต่ละสังคม เช่น เสรีภาพ เป็นต้น

ในทางปฏิบัติสามารถแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เครื่องมือที่เป็นตัวชี้วัดเชิงรายได้(money-metric measures) และเครื่องมือที่เป็นตัวชี้วัดที่ไม่ใช่รายได้(non-money-metric measures) โดยเครื่องมือที่เป็นตัวชี้วัดเชิงรายได้有可能是เป็นรายรับหรือรายจ่ายของครัวเรือนหรือ การวัดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและการใช้บริการสังคมขั้นพื้นฐาน เช่น การศึกษาและการรักษาพยาบาล ในการวัดค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้มีความถูกต้องแม่นยำเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ ดังนั้น รายได้และรายจ่ายของครัวเรือนจึงถูกนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของการใช้จ่ายเพื่อสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพทั้งในระดับบุคคลและระดับครัวเรือน หลักการของการใช้ตัวชี้วัดประเภทนี้คือกลุ่มคนที่มีรายรับหรือรายจ่ายของครัวเรือนต่ำกว่าเส้นมาตรฐานขั้นต่ำในการดำรงชีพจะถือว่าอยู่ใต้ เส้นความยากจน(poverty line) ตัวชี้วัดในกลุ่มที่สองจะมองเรื่องความยากจนในมุมมองที่กว้างกว่ารายได้ของครัวเรือน เช่น ดัชนีความมั่งคั่งของครัวเรือน(household asset index, the Occupational Status Score(OSS), the Household Prestige(HHP) และ the Capital SES(CAPSES)

ประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปี 2500 ซึ่งเดิมใช้ชื่อว่า การสำรวจรายการใช้จ่ายของครอบครัว ในระยะแรกการสำรวจนี้ได้จัดทำทุก 5 ปี ในปี 2530 จากสภาพเศรษฐกิจของประเทศมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วประกอบกับรัฐบาลมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลชุดนี้จึงได้มีการกำหนดให้มีการสำรวจทุก 2 ปี วัตถุประสงค์ในการสำรวจเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับราย

ได้และรายจ่ายของครัวเรือนรายละเอียดเกี่ยวกับการซื้อและการบริโภคอาหารของครัวเรือน  
ภาวะหนี้สิน การเปลี่ยนแปลงของสินทรัพย์และหนี้สินการเป็นเจ้าของสินทรัพย์ถาวรต่างๆ  
ลักษณะที่อยู่อาศัยตลอดจนสภาพความเป็นอยู่อื่นๆ

ผลการสำรวจพบว่ารายได้และรายจ่ายของครัวเรือนไทยส่วนใหญ่ประกอบ  
อาชีพอิสระในเกษตรกรรมและอยู่ในภาคที่ไม่เป็นทางการ(informal sector) นอกจากข้อมูล  
รายได้และรายจ่ายแล้ว การสำรวจด้านสุขภาพและการใช้บริการทางด้านสุขภาพของครัว  
เรือนได้แก่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ(สอศ)โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปี 2517  
ก็ไม่มีข้อมูลด้านรายได้หรือรายจ่ายของครัวเรือนเลย จนกระทั่งปี พ.ศ.2544 และ 2546 ได้  
มีข้อถามเพิ่มอีกหนึ่งข้อ เพื่อประมาณการรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน

ตัวอย่างการคัดกรองคนจนในประเทศเพื่อให้บริการด้านรักษาพยาบาล ได้แก่  
เกณฑ์รายได้ (2,500 บาทต่อเดือนต่อคน หรือ 2,800 บาทต่อเดือนต่อครอบครัว) เป็นการ  
คัดกรองคนจนเพื่อให้บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ(บัตรส  
ปน./สปร) นอกจากนี้ยังกำหนดให้สังคมเป็นผู้ที่จะคัดกรองคนจนโดยมีการ  
กำหนดเกณฑ์สังคมช่วยแนะเป็นตัวแปรสำคัญ นอกจากนี้อาจมีเกณฑ์ที่บอกความไม่ยาก  
จนได้แก่ เกณฑ์ความมั่งคั่งทรัพย์สินที่ครอบครอง (มากกว่า 571,000 บาท เป็นครอบครัวที่  
ไม่ยากจน) และ เกณฑ์การว่างงาน เป็นต้น

ในด้านการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการออกบัตรไปแล้ว 6  
ครั้ง โดยเป็นการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย  
การสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 (บัตร สปน.) ทั้ง  
หมด 4 ครั้ง คือ ในปีงบประมาณ 2524, 2527, 2530, 2533 ต่อมาในปี 2536 - 2537  
กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันปรับปรุงระเบียบดังกล่าวและเปลี่ยน  
ชื่อเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ.  
2537 (บัตร สปร.) ซึ่งได้ดำเนินการออกบัตรภายใต้ระเบียบใหม่ไปแล้ว 2 ครั้ง ครั้งแรกเริ่ม  
ดำเนินการตั้งแต่ปี 2537 - 2540 ซึ่งถือเป็นการออกบัตรรอบที่ 5 โดยบัตรดังกล่าวหมดอายุ  
การใช้งานเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2540 ที่ผ่านมา ครั้งที่สองเป็นการออกบัตรรอบที่ 6 โดย  
เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2541 - 2543 ซึ่งยังคงยึดถือระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย สวัสดิ  
การประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 แต่ได้มีการปรับปรุงกระบวนการออกบัตร  
และขึ้นทะเบียนใหม่ โดยกำหนดให้ออกบัตรเป็นรายบุคคล และให้มีการขึ้นทะเบียนโดย  
ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนาฐานข้อมูลกลาง รวมทั้งได้เสนอให้ใช้กลวิธีสังคมช่วยชี้แนะ  
เป็นเกณฑ์ในการเข้าถึงผู้มีรายได้น้อยจริงๆด้วยอีกทางหนึ่ง และเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิเลือก  
สถานพยาบาลได้ 2 แห่ง โดยเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลัก 1 แห่ง และสถาน  
พยาบาลประจำครอบครัวเครือข่ายอีก 1 แห่ง โดยคำนึงถึงความสะดวกที่จะไปรับบริการ  
เป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือใกล้ภูมิลำเนาหรือใกล้ที่ทำงาน เพื่อช่วยให้ผู้มี  
บัตรสวัสดิการฯได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมและครบวงจร ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล  
การส่งเสริมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข :  
2540)

นอกจากนี้ยังได้ขยายการออกบัตรให้ครอบคลุมไปยังผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ  
แก่กุล ได้แก่ เด็ก 0-12 ปี นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึก ภิกษุ/ผู้  
ศาสนา และผู้พิการ ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การสนับสนุนด้านงบประมาณอยู่แล้ว โดยให้  
ดำเนินการออกบัตรเป็นรายบุคคลและขึ้นทะเบียนโดยอัตโนมัติเช่นเดียวกับผู้มีรายได้น้อยด้วย  
นอกเหนือจากเกณฑ์รายได้และเงื่อนไขการใช้บัตรสงเคราะห์ที่ได้มีการปรับ  
เปลี่ยนมาเป็นระยะๆ แล้วอีกประเด็นหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญและ  
พยายามปรับปรุงมาโดยตลอดก็คือ กระบวนการออกบัตรและแนวทางในการค้นหาผู้ยากจน  
ดังจะเห็นได้ว่า ในระยะแรก ตั้งแต่ปี 2518 - 2524 บทบาทในการค้นหาผู้ยากจนหรือผู้มีราย  
ได้น้อยนั้น จะอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก  
ซึ่งทำให้การออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยขาดความครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ยากจนหรือ  
ผู้มีรายได้น้อยที่อยู่ห่างไกลออกไป การเดินทางไปมาลำบาก การคมนาคมไม่สะดวก หรือ  
อยู่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ในระยะต่อมา ปี 2524 - 2527 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการออกบัตรสงเคราะห์หรือบัตรสปน.ให้กับผู้ยากจนหรือมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดแทนการตั้งรับที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ในการค้นหาผู้สมควรได้รับบัตรสงเคราะห์จึงเริ่มมีการขอความร่วมมือไปยังผู้นำชุมชน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยในการคัดเลือกหรือเสนอแนะบุคคล/ครัวเรือนที่สมควรได้รับสิทธิดังกล่าว ทำให้อัตราครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในแง่ของการประเมินรายได้ตามเกณฑ์ ซึ่งค่อนข้างยุ่งยากและประเมินเป็นตัวเงินได้ลำบาก ทำให้มีผู้ไม่ยากจนจริงได้รับการสงเคราะห์ไปด้วย นอกจากนี้ประชาชนเองก็ยังขาดความเข้าใจถึงเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งข้อจำกัดในการเดินทางและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ปี 2527 - 2530 ถึงแม้ว่าการประเมินผู้สมควรได้รับบัตรสงเคราะห์ตามเกณฑ์รายได้จะยังคงเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ แต่ในแง่ของการดำเนินการพบว่ากระบวนการออกบัตรเริ่มมีความยืดหยุ่นมากขึ้นโดยพิจารณาจากสภาพข้อเท็จจริง เช่น ชาวบ้านมักแต่งงานและอยู่กินกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย การออกบัตรสำหรับครัวเรือนจึงยืดหยุ่นให้ไม่ต้องแสดงหลักฐานตามกฎหมาย เป็นต้น ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มหันมาให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการต่างๆ ภายใต้แนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งทำให้มีการคัดเลือกและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ทั่วประเทศ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหลายๆ พื้นที่สามารถสำรวจหรือดำเนินการผ่านอาสาสมัครเหล่านี้ กระบวนการค้นหาผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อยจึงเริ่มเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ปี 2530 - 2533 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดบทบาทให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปมีส่วนในการคัดกรองผู้ยากจนหรือผู้ที่มีรายได้น้อยอย่างเป็นทางการมากขึ้น โดยดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมดำเนินการสำรวจและคัดเลือกผู้สมควรได้รับสิทธิรักษาฟรีด้วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาและประเมินผลของมหาวิทยาลัยมหิดลและกองสาธารณสุขภูมิภาค รวมทั้งการศึกษาของนักศึกษาศรีอยุธยาโทอีกหลายชิ้น ได้ให้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ขั้นตอนและกระบวนการออกบัตรสงเคราะห์ยังคงมีจุดอ่อนหลายประการที่ทำให้การออกบัตรไม่ครอบคลุมและขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ 1) เกณฑ์รายได้ไม่เหมาะสมและประเมินได้ยาก ทำให้เกิดความลำเอียง 2) ช่วงเวลาในการทำบัตรสงเคราะห์สั้นเกินไป จนทำให้การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง 3) ขั้นตอนในการจัดทำบัตรยุ่งยากเกินไปและใช้เวลานาน ทำให้ชาวบ้านจำนวนหนึ่งไม่เห็นประโยชน์ของการมีบัตร (อัจฉรา อ่วมเครือ : 2532) และหันกลับไปใช้การสงเคราะห์รูปแบบเดิมๆ ที่คุ้นเคย เช่น การสงเคราะห์ประเภท ข. ในขณะที่ชาวบ้านบางส่วนถูกชักจูงให้หันมาซื้อบัตรสุขภาพและบัตรอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานที่กำลังดำเนินการอย่างครึกโครมในช่วงนั้นแทน

ในการออกบัตรรอบที่ 4 ระหว่างปี 2533 - 2536 จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการหรือขั้นตอนในการออกบัตรสงเคราะห์ฯ ให้มีความสะดวกและรัดกุมมากขึ้น กล่าวคือ ให้มีขั้นตอนของการประชาสัมพันธ์เพื่อชี้แจงให้ประชาชนทราบถึง หลักเกณฑ์ ขั้นตอน เงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ต่างๆ อย่างทั่วถึง ตลอดจนให้มีกระบวนการพิจารณาที่เปิดเผยและจริงจัง ในรูปของคณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ระดับหมู่บ้าน และ คณะกรรมการพิจารณาผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ระดับตำบล โดยให้มีขั้นตอนของการพิจารณา ติดตาม และตรวจสอบเป็นลำดับ ตั้งแต่ผู้ใหญ่บ้าน อสม. กรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ระดับตำบล คปต. สาธารณสุขตำบล คปสอ. ปลัดอำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ นอกจากนี้ยังได้เร่งรัดให้ขั้นตอนการออกบัตรเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยประเมินผลของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2538) พบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ มีเพียงร้อยละ 53.9 เท่านั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 44.7 มีรายได้เกินเกณฑ์ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้กระบวนการออกบัตรไปตกกับผู้ไม่ยากจนตามเกณฑ์ก็คือ 1) เกณฑ์รายได้ไม่สะท้อนสภาพที่แท้จริงและไม่รัดกุมเพียงพอ 2) กระบวนการบริหารการออกบัตรมีความบกพร่อง และขาดการตรวจสอบ



ในปี 2537 ซึ่งเป็นการออกบัตรรอบที่ 5 ได้มีการปรับปรุงเกณฑ์รายได้จากเดิมเป็น คริวเรือนที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท และคนโสดที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ทั้งนี้ให้ครอบคลุมถึงผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ยากจนที่อยู่นอกภูมิสำเนาด้วย เช่น แรงงานย้ายถิ่นหรือแรงงานรับจ้างที่อพยพมาจากที่อื่น แต่กำหนดให้เป็นบัตรชั่วคราวมีกำหนดอายุ 1 ปี ส่วนขั้นตอนในการออกบัตรก็ยังคงรูปแบบเดิมเป็นส่วนใหญ่ แต่เน้นในเรื่องของประสิทธิผลทั้งในแง่ของอัตราความครอบคลุมและความตรงประเด็นของการออกบัตร

การออกบัตรรอบที่ 6 ( ปี 2541- 2543 ) ยังคงให้ความสำคัญกับกระบวนการค้นหาผู้ยากจนตามเกณฑ์รายได้ แต่ได้มีการปรับปรุงกระบวนการออกบัตรและขึ้นทะเบียนใหม่เพื่อพัฒนาเป็นฐานข้อมูลกลาง โดยกำหนดให้ออกบัตรเป็นรายบุคคล และเพิ่มกลวิธีสังคมช่วยแนะเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงในชุมชนและสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายขึ้น การปฏิรูปการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง เช่นมีการปรับการจัดสรรเงินจากส่วนกลางไปจังหวัด โดยการเหมาจ่ายต่อหัว การกระจายอำนาจในการพิจารณาทางเลือกในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล การตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เป็นต้น แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาทั้งหมดได้ จึงมีการพิจารณาเห็นว่า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัญหาดังกล่าวเหล่านี้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาก็เหมาะสม โดยมีคำถามเรื่องของประสิทธิผลในการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลในแง่ของความครอบคลุม และความตรงประเด็นของการให้สิทธิ ผลของการดำเนินการออกบัตรรอบที่ 6 มีความครอบคลุมดีแต่ความตรงประเด็นยังต่ำทั้งนี้เนื่องมาจากกลไกในการคัดกรองคนจนเพื่อรับบัตรมีระยะเวลาในการเตรียมการน้อย ตลอดจนระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนยังไม่มีลักษณะพร้อมใช้งานทำให้ปัญหาคนมีสิทธิไม่จนหรือคนจนไม่มีสิทธิยังดำรงอยู่

ปัจจุบันรัฐบาลทำโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยให้ทุกคนที่เป็นคนไทยมีสิทธิในการรักษาพยาบาล ในทางปฏิบัติจะมีการขึ้นทะเบียนเพื่อให้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 2 ประเภท 1)บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ท)คือไม่ต้องจ่าย 30 บาท และบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องจ่าย 30 บาท(ไม่มีท) โดยบัตรที่ไม่ต้องจ่าย 30 บาทคือบัตร สปร.เดิม กลุ่มเป้าหมายคือ เด็กและผู้สูงอายุ ในขณะที่บัตรที่ต้องจ่าย 30 บาทคือส่วนที่ไม่ใช่เด็กและผู้สูงอายุ กลไกการคัดคนจนเพื่อจัดทำบัตรเพื่อยกเว้นการจ่าย 30 บาท มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และยังไม่มีมาตรการจากส่วนกลางในการคัดคนจนหรือการจัดทำเกณฑ์ในการคัดกรองคนจน ในการศึกษาจึงมีความประสงค์ในการจัดทำเกณฑ์การคัดกรองที่ง่ายในทางปฏิบัติ มีค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงตลอดจนมีมาตรฐานในการตรวจสอบความยากจนได้จริงเพื่อเป็นเครื่องมือให้กับหน่วยงานรัฐในการดำเนินงานต่อไป

## 2.8 ทบทวนรายงานผลการศึกษากภาวะความยากจนในประเทศไทย

การศึกษาความยากจนมีขึ้นครั้งแรกในประเทศในปี 2517 ในช่วงสมัยรัฐบาลของ นายสัญญา ธรรมศักดิ์ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายสวัสดิการสังคมส่วนรวมของประเทศ มิ่งานวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ เมธีและจินดนา(2518)ที่มุ่งหาเส้นความยากจนสัมบูรณ์ด้วยการใช้ฟังก์ชันการบริโภคเป็นเครื่องมือในการศึกษา และ ไตรรงค์และคณะ(2518) ที่มุ่งหาเส้นความยากจนสัมบูรณ์ในการกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ โดยใช้ความต้องการอาหารขั้นต่ำหรือความพอเพียงทางด้านอาหารเป็นเครื่องมือในการวิจัย เมธี ครอบแก้ว(2540) ในการศึกษา ความยากจนสัมบูรณ์ ซึ่งจะบอกขนาดความยากจนในประเทศไทยใช้วิธีการศึกษา 3 วิธีด้วยกัน

### 1) การใช้ฟังก์ชันการบริโภค(consumption function)

คนยากจน คือ คนที่มีระดับรายได้อยู่ต่ำกว่าจุดรายได้เท่ารายจ่าย(break-even point) ต้องทราบแบบแผนของรายได้และรายจ่ายของครอบครัวโดยเฉลี่ย งานวิจัย



โดยวิธีการนี้มีเพียง 1 ชั้นคือ เมธีและจินดนา(2518) เพราะไม่ได้รับความนิยม เนื่องจากการกำหนดเส้นความยากจนในแต่ละครั้งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามการสำรวจรายได้รายจ่ายของครอบครัวหรือประชากร ซึ่งมักจะเปลี่ยนไปตามมาตรฐานการครองชีพของคนในขณะนั้น(เมธีครองแก้ว,2540,หน้า 129)

2) การใช้ความต้องการอาหารขั้นต่ำหรือความพอเพียงทางด้านอาหาร(nutritional adequacy) วิธีการคือกำหนดความต้องการอาหารขั้นต่ำแล้วมีการแปลออกมาในรูปของประเภทและปริมาณอาหารที่ประชาชนบริโภคจริงๆ ในรูปราคาของอาหารเหล่านั้น ซึ่งระดับความยากจนหรือเส้นความยากจน(poverty line) ที่คำนวณได้ก็คือรายได้ที่เพียงพอที่จะซื้ออาหารและสินค้าหรือบริการอื่นที่จำเป็นในการดำรงชีพขั้นต่ำสำหรับการกำหนดคนจนก็คือ คนจนที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ระดับความยากจน วิธีการนี้ได้รับความนิยมนมากกว่าเพราะสามารถใช้ดัชนีราคาปรับเส้นความยากจนในเวลาต่อมาได้สะดวก อีกทั้งข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติทำทุก 2 ปี วิธีการนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากธนาคารโลก(World Bank) งาน วิจัยวิธีการที่ 2 นี้ ที่สำคัญได้แก่ Oey Meesook(1979) World Bank(1980 1985)

3) การใช้เขตพื้นที่ (Area) เป็นหลัก แม้ว่าการประเมินขนาดของ "คนจน" โดยวิธีการทั้งสองข้างต้นจะเป็นที่ยอมรับกันในระดับหนึ่งในแวดวงของนักวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเศรษฐศาสตร์ แต่ในการแก้ไขปัญหานั้น มักจะเสนอมาตรการที่เหมาะสมไม่ค่อยได้ เพราะไม่สามารถระบุสาเหตุของปัญหาได้ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาความยากจนไม่ใช่เป็นประเด็นทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว หากยังเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันกับเรื่องสังคม การเมือง และวัฒนธรรมอีกด้วย (อภิรัชย์ พันธเสน, 2540,หน้า 161) จึงได้มีการเสนอยุทธศาสตร์การแก้ปัญหา "ความยากจน" จากเขตพื้นที่เป็นหลัก เพราะอาจกำหนดนโยบายที่สามารถแปรเป็นมาตรฐานที่เป็นรูปธรรมได้ชัดเจนกว่า โดยเริ่มจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525-2529) เป็นต้นมา ซึ่งระบุได้ว่ามีหมู่บ้านยากจนที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาจำนวนทั้งสิ้น 12,555 หมู่บ้าน (โฆสิต ปิ่นเปี่ยมรัชฎ์,2536,หน้า 343)

### 2.8.1 จำนวนคนจนในประเทศที่เกิดจากการวัดด้วยวิธีที่แตกต่างกัน

การวัดโดยการหาสัดส่วนของคนทั้งหมดที่มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อคนต่อปีต่ำกว่าขีดความยากจนโดยอาศัยหลักความจำเป็นพื้นฐานเฉพาะด้านการบริโภคซึ่งกำหนดขึ้นโดยธนาคารโลกเป็นมาตรฐาน(ยกเว้นงานของเมธีและจินดนา(2518)) ที่ใช้แบบแผนการบริโภคจริงเป็นหลัก) และปรับให้สูงขึ้นโดยใช้ดัชนีราคานั้น ปรากฏผลดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะความยากจนในประเทศไทย 2505/06-2535

หน่วย: ร้อยละ

	2505/06	2511/12	2518/19	2524	2531	2533	2535
เหนือ	65	38	35	23	22.3	16.7	13.7
เมือง	56	33	31	23	24.9	18.2	11.4
ชนบท	66	39	36	23	21.6	16.4	14.2
อีสาน	74	68	46	36	36.3	28.4	22.7
เมือง	44	46	38	36	33.0	29.8	23.9
ชนบท	77	71	48	36	36.1	28.3	22.5
กลาง	40	18	16	16	14.8	13.1	0.6
เมือง	40	23	20	24	14.1	15.7	5.8
ชนบท	40	16	15	14	15.0	12.2	6.1
ใต้	44	40	33	21	20.5	17.7	12.1
เมือง	35	32	29	18	15.9	16.5	9.1
ชนบท	44	40	33	22	21.7	17.9	12.7
กรุงเทพฯ	28	11	12	4	4.1	2.3	1.2
ทั่วประเทศ	57	42	33	24	22.8	18.6	13.7
เมือง	38	25	22	16	13.9	12.3	7.6
ชนบท	61	45	37	27	26.3	20.7	15.7
<b>เส้นความยากจน (บาทต่อคนต่อปี)</b>							
เมือง	-	-	2,916	5,151	6,203	6,996	7,632
ชนบท	-	-	1,981	3,454	4,076	4,404	4,968

ที่มา: เมธี ครองแก้ว (2540), ตารางที่ 4 ตารางที่ 5 และตารางที่ 7a

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ชัดเจนถึงแนวโน้มการลดลงของภาวะความยากจนในประเทศไทย นับจากปี 2505/06 เป็นต้นมา จนถึงปี 2535/36 กล่าวคือ ภาวะความยากจนทั่วประเทศลดลงจากร้อยละ 57 ในปี 2505-06 เหลือเพียงร้อยละ 13.7 เท่านั้นในปี 2535/36 ขณะเดียวกัน ภาวะความยากจนในเขตชนบทซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน คือ จากร้อยละ 61 ในปี 2505/06 (ซึ่งสูงกว่าของทั่วประเทศ) เหลือเพียงร้อยละ 15.7 ในปี 2535/36 ส่วนภาวะความยากจนในเขตเมืองก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน คือ จากร้อยละ 38 ในปี 2505/06 เหลือเพียงร้อยละ 7.6 ในปี 2535/36

อย่างไรก็ตาม การวัดขีดความยากจนด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้นนี้ก็มิใช่ว่าจะง่ายอยู่ไม่น้อย (ดูการอภิปรายในเรื่องนี้ได้เช่น สุกัญญา หุดะเศรณี, 2535 และ เมธี ครองแก้ว, 2535 เป็นต้น) ด้วยเหตุนี้นักวิชาการไทยที่สำคัญ 2 ท่านคือ สุกัญญา หุดะเศรณี (2535) และเมธี ครองแก้ว (2535) ได้ทำการปรับปรุงวิธีการวัดภาวะความยากจนจากเดิม (หมายถึงเส้นความยากจนเส้นเดิมที่ใช้ปี 2518 เป็นปีฐาน) ที่ใช้กันเรื่อยมา โดย สุกัญญา หุดะเศรณี (2535) ได้ผนวกเอาความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) อื่นๆ นอกเหนือไปจากด้านการบริโภคหรือรายได้ ตลอดจนแบบแผนการบริโภคของครัวเรือนที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การประหยัดต่อขนาดในการบริโภคของเด็กๆ ในครัวเรือน และการประหยัดต่อขนาดในการบริโภคเพื่อครัวเรือนที่ใหญ่กว่า 1 คน เข้าไปด้วย ดังเช่น ได้คำนวณภาวะความยากจนแบบใหม่เปรียบเทียบกับแบบเก่าของครัวเรือนที่มีจำนวนและอายุของสมาชิกแตกต่างกันไป ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยใช้ข้อมูลปี 2531/32 และพบว่า วิธีการวัดภาวะความยากจนแบบเก่าและแบบใหม่ได้ผลใกล้เคียงกันมากสำหรับครัวเรือนขนาดมาตรฐานของไทย (ประกอบไปด้วยผู้ใหญ่ 2 คน และเด็ก 2 คน) แต่วิธีวัดภาวะความยากจนแบบใหม่จะให้ค่าสูงกว่าแบบเก่าสำหรับครัวเรือนที่เล็กกว่านี้ ส่วนครัวเรือนที่ใหญ่กว่านี้ก็จะได้ผลตรงกันข้าม (หน้า 268-269) ขณะที่ เมธี ครองแก้ว (2535) ก็ได้ผนวกเอาความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของประชากรในลักษณะและส่วนประกอบของครัวเรือน ในการบริโภคอาหารและการใช้จ่ายอื่นๆ ของประชาชน และความจำเป็นด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชากรไทย ในช่วงที่มีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว เข้าไปด้วยในการคำนวณเส้นความยากจนเส้นใหม่ ซึ่งผลปรากฏว่า เส้นความยากจนเส้นใหม่นี้สูงกว่าเส้นความยากจนเส้นเดิม ซึ่งปรับด้วยดัชนีราคาค่อนข้างมากถึงร้อยละ 65-66

ดังข้อมูลแสดงไว้ในตารางที่ 2 อนึ่ง เมธี ครองแก้ว ได้แสดงทัศนะที่น่าสนใจประการหนึ่งเกี่ยวกับเส้นความยากจนเส้นใหม่นี้ว่า "เมื่อเปรียบเทียบกับเส้นความยากจนของประเทศกำลังพัฒนาที่ธนาคารโลกคำนวณขึ้น และตีพิมพ์ใน World Development Report 1990 แล้ว จะเห็นได้ว่าเส้นความยากจนเส้นใหม่สำหรับประเทศไทยที่เราคำนวณขึ้นหาได้สูงจนเกินไป" (หน้า 162)

จากข้อมูลในตารางที่ 2 ซึ่งหากเรายึดถือเส้นความยากจนเส้นใหม่ที่คำนวณโดย เมธี ครองแก้ว เป็นหลัก จะปรากฏว่า สัดส่วน "คนจน" ในประเทศไทยในปี 2535/36 จะมีถึงร้อยละ 36.5 โดยเป็น "คนจน" ที่มีอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 18.8 และอยู่ในเขตชนบทร้อยละ 42.4 และถ้าหากดูย้อนหลังกลับไปถึงปี 2531 ก็จะมีภาวะความยากจนในสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างค่อนข้างน่าตกใจ คือ ประชากรไทยเกือบครึ่งของประเทศ (ร้อยละ 48.8) เป็น "คนจน" (เมธี ครองแก้ว, 2540)

อีกประเด็นหนึ่งเกี่ยวกับขนาดของ "คนจน" ในประเทศไทยที่เมธี ครองแก้ว (2540) ดังข้อสังเกตและดูก็วงก็คือ แม้ว่าจะใช้เส้นความยากจนเส้นเดิม สัดส่วน "คนจน" ทั่วประเทศที่มีราวร้อยละ 13.7 ในปี 2535/36 นั้นก็จะเป็น "คนจน" ราว 8 ล้านคน (หน้า 138) แต่ถ้าเราใช้เส้นความยากจนเส้นใหม่เป็นบันทัดฐานก็จะปรากฏว่า ในปี 2535 มี "คนจน" ทั่วประเทศราว 21 ล้านคนที่เดียว (ร้อยละ 36.5)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบการคำนวณเส้นความยากจนเส้นเก่าและใหม่ 2531-35

หน่วย: ร้อยละ

	เส้นเก่า			เส้นใหม่		
	2531	2533	2535	2531	2533	2535
เหนือ	22.3	16.7	13.7	49.9	40.3	39.2
เมือง	24.9	18.2	11.4	48.8	41.3	29.7
ชนบท	21.6	16.4	14.2	50.1	40.0	41.4
อีสาน	36.3	28.4	22.7	67.1	62.0	55.0
เมือง	33.0	29.8	23.9	53.3	53.1	45.1
ชนบท	36.1	28.3	22.5	69.0	63.3	56.2
กลาง	14.8	13.1	0.6	40.7	34.0	23.2
เมือง	14.1	15.7	5.8	41.2	35.7	19.7
ชนบท	15.0	12.2	6.1	40.5	45.3	24.3
ใต้	20.5	17.7	12.1	48.7	42.5	31.9
เมือง	15.9	16.5	9.1	34.9	39.1	24.2
ชนบท	21.7	17.9	12.7	52.2	55.5	33.5
กรุงเทพฯ	4.1	2.3	1.2	14.7	8.3	5.0
ทั่วประเทศ	22.8	18.6	13.7	48.8	43.2	36.5
เมือง	13.9	12.3	7.6	31.2	27.8	18.8
ชนบท	26.3	20.7	15.7	55.7	49.3	42.4
<b>เส้นความยากจน</b>						
เมือง	6,203	6,996	7,632	10,382	11,700	12,764
ชนบท	4,076	4,404	4,968	6,868	7,416	8,366

ที่มา: เส้นเก่า จากตารางที่ 1 และเส้นใหม่ จาก เมธี (2540) ตารางที่ 5

รายงานการศึกษาของ Nanak Kakwani and Medhi Krongkaew (1998) จัดทำขึ้นโดยกองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นผลงานล่าสุดเกี่ยวกับ "คนจน" และความยากจนในประเทศไทย ซึ่งอ้างว่า "เป็นการวิเคราะห์ปัญหาความยากจนของประเทศไทยที่ละเอียดรอบคอบมากที่สุดเท่าที่เคยมีการศึกษามาในประเทศไทย" (จดหมายข่าว (มีนาคม 2541), หน้า 1) นั้น ปรากฏผลที่น่าสนใจดังข้อมูลแสดงไว้แล้วในตารางที่ 3 ทั้งนี้เส้นความยากจนที่ปรากฏได้ปรับปรุงและพัฒนาจากเส้นความยากจนเดิมของธนาคารโลก ข้อสังเกตประการหนึ่งก็คือ เส้นความยากจนนี้มีค่าน้อยกว่าเส้นความยากจนเส้นใหม่ที่ เมธี ครองแก้ว (2540) ได้เคยเสนอเอาไว้ แต่ก็สูงกว่าเส้นความยากจนเส้นเก่า (ดูตารางที่ 2 ประกอบด้วย)

ตารางที่ 3 ภาพรวมของคนจนและความยากจนในประเทศไทยในทศวรรษ 2530

หน่วย: ร้อยละ

ภูมิภาค	2531	2533	2535	2537	2539
กลาง	32.9	20.7	15.4	7.2	6.2
ตะวันออก	15.5	19.4	11.9	7.5	3.8
ตะวันตก	32.0	26.4	13.1	12.5	9.3
เหนือ	32.0	23.2	22.6	13.2	11.2
อีสาน	48.4	43.1	39.9	28.6	19.4
ใต้	32.5	27.6	19.7	17.3	11.5
กรุงเทพฯและปริมณฑล	6.1	3.5	1.9	0.9	0.6
รวมทั้งประเทศ	32.6	27.2	23.2	16.3	11.4
จำนวนคนยากจน (ล้านคน)	17.9	15.3	13.5	9.7	6.8

ที่มา: กองประเมินผลการพัฒนา, จดหมายข่าว (พฤษภาคม 2541) ตารางที่ 1 (หน้า 3) และ ตารางที่ 2 (หน้า 4)

ตารางที่ 4 ภาพรวมของคนจนและความยากจนในประเทศไทยในทศวรรษ 2540

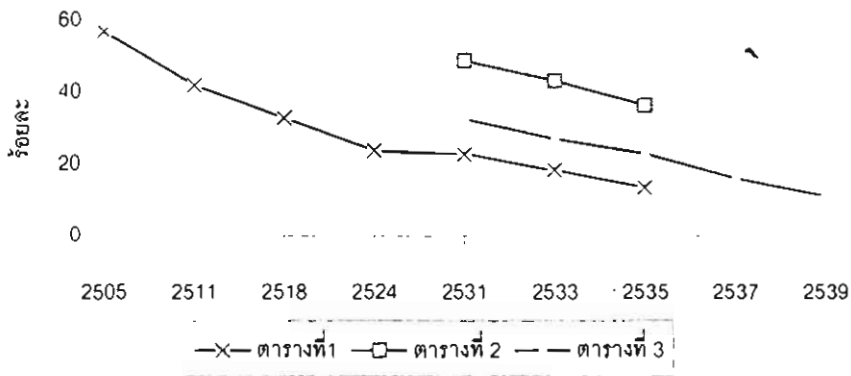
หน่วย: ร้อยละ

ภูมิภาค	2541	2542	2543	2544	2545
กลาง	7	6.8	5.4	4.6	4.34
เหนือ	9.1	10.6	12.2	10.6	9.84
ตะวันออกเฉียงเหนือ	24	30.8	28.1	24.5	18.94
ใต้	14.6	15.7	11	13.5	8.71
กรุงเทพฯและปริมณฑล	0.5	0	0.71	0.82	1.45
รวมทั้งประเทศ	13	15.9	14.2	12.96	9.79
จำนวนคนยากจน (ล้านคน)	7.9	9.9	8.9	8.2	6.22

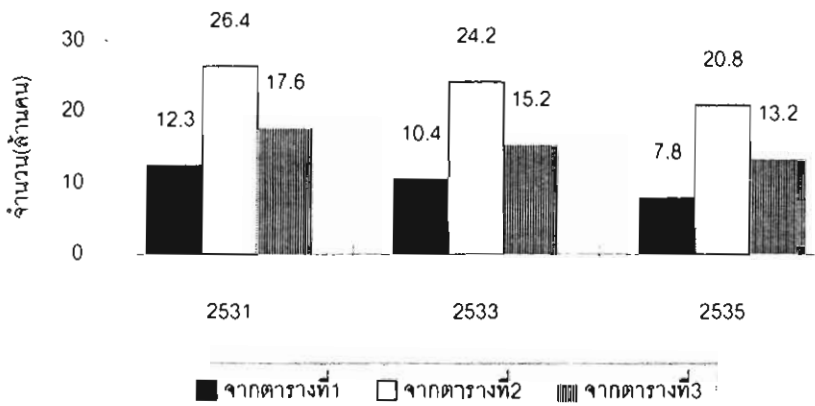
ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย สำนักติดตามประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ผลของการวัดด้วยวิธีที่แตกต่างกันบ่งบอกให้เห็นว่าสัดส่วนของความยากจนลดลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในระดับของประเทศ คือ จากร้อยละ 32.6 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 11.4 เท่านั้น ขณะที่ในระดับภูมิภาคก็มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังเช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีความยากจนหนาแน่นที่สุดนั้น สัดส่วนความยากจนก็ได้ลดลงจากร้อยละ 48.4 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 18.94 เท่านั้น ในปี 2545 หรือภาคเหนือก็เช่นกันคือ สัดส่วนความยากจนได้ลดลงจากร้อยละ 32 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 9.84 ในปี 2545 ที่น่าสังเกตก็คือ สัดส่วนความยากจนของภาคกลางจะลดลงในอัตราที่เร็วกว่าภาคอื่นๆ กล่าวคือ จากร้อยละ 32.9 ในปี 2531 (สูงกว่าภาคเหนือ) เหลือเพียงร้อยละ 4.34 ในปี 2545 เท่านั้น (น้อยกว่าภาคเหนือเกือบครึ่งหนึ่ง) ผลก็คือ ทำให้จำนวน "คนจน" ในประเทศไทยในช่วงทศวรรษ 2530 และ 2540 ลดลงกว่าร้อยละ 50 กล่าวคือจากจำนวนทั้งสิ้น 17.9 ล้านคนในปี 2531 เหลือเพียง 6.22 ล้านคนในปี 2545 แต่หลังจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ในปี 2540 ส่งผลให้สัดส่วนคนจนกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 13.0 ในปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ. 2542 และเริ่มลดลงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 14.2 ร้อยละ 12.96 ในปี พ.ศ. 2544 และร้อยละ 9.79 ในปี พ.ศ. 2545 ลงผลให้จำนวนคนจนเพิ่มขึ้นจาก 6.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2539 เป็น 9.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2542 และลดลงเหลือ 8.9, 8.2 และ 6.22 ล้านคนในปี 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 4 ประกอบด้วย) เมื่อพิจารณาคนจนในชนบทจะพบว่า สัดส่วนคนจนในชนบทก็ได้ลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกันคือจากร้อยละ 40.3 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 14.9 เท่านั้นในปี 2539 และเหลือเพียง 12.58 ในปี 2545 (ดูตารางที่ 5 ประกอบด้วย)

**กราฟแสดงการเคลื่อนไหวของปริมาณคนจนจากการคำนวณด้วยเส้นความยากจนด้วยวิธีที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1-3)**



**แผนภูมิแสดงการเคลื่อนไหวของปริมาณคนจนจากการคำนวณเส้นความยากจนด้วยวิธีที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1-3)**



หมายเหตุ: จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณได้จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2531 (54,960,917 คน), 2533 (56,303,273 คน), 2535 (57,788,965 คน)

**ตารางที่ 5 สัดส่วนคนจนแยกตามพื้นที่**

หน่วย: ร้อยละ

พื้นที่	2531	2533	2535	2537	2539
เขตเทศบาล	8.0	6.9	3.6	2.4	1.9
เขตสุขาภิบาล	21.8	18.2	12.7	9.6	5.8
เขตชนบท	40.3	33.8	29.7	21.2	14.9
รวมทั้งประเทศ	32.6	27.2	23.2	16.3	11.4

ที่มา: กองประเมินผลการพัฒนา จดหมายข่าว (พฤษภาคม 2541) ตารางที่ 3 (หน้า 4)

ตารางที่ 5 (ต่อ) สัดส่วนคนจนแยกตามพื้นที่

หน่วย: ร้อยละ

พื้นที่	2541	2542	2543	2544	2545
เขตเทศบาล	1.4	1.3	1.5	5.46	4.04
เขตสุขาภิบาล	7.5	8.8	8.4	-	-
เขตชนบท	17.3	21.5	19.1	16.57	12.58
รวมทั้งประเทศ	13.0	15.9	14.2	12.96	9.79

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ  
ประมวลผลโดย สำนักติดตามประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง  
ชาติ

การศึกษาที่ระบุลักษณะเฉพาะเจาะจงของ "คนจน" ว่าเป็นใคร ได้แก่การ  
ศึกษาของ เมธีและปราณี (Krongkaew and Tinakorn, 1985) ระบุว่า ครัวเรือนยากจนจาก  
ข้อมูลปี 2523/24 นั้น มักจะเป็นครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในเขตชนบท และ  
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นอกจากนี้ หัวหน้าครัวเรือนยังมีการศึกษาน้อยและอายุ  
น้อย (สัณญา หุดะเศรณี, 2535, หน้า 258) ขณะเดียวกัน การศึกษาโดยใช้ข้อมูลปี  
2531/32 ของสัณญาและคณะ (Hutaserani and Tapwong, 1990) ก็พบว่า กลุ่มที่ยาก  
จนที่สุดของทุกภาคคือ กลุ่มเกษตรกร รองลงมาคือ กลุ่มแรงงาน (สัณญา, เพิ่งอ้าง,  
หน้า 260) ที่น่าสนใจก็คือ จากการเปรียบเทียบข้อมูลปี 2528/29 กับปี 2531/32 ความ  
ยากจนในเขตเมืองที่เคยลดลงมาตลอดนั้นกลับเพิ่มขึ้น เหตุผลที่สำคัญก็คือ สภาพ  
เศรษฐกิจที่ฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็วนั้นได้เพิ่มโอกาสการจ้างงานในเขตเมืองและดึงดูดคนจาก  
เขตชนบทให้อพยพเข้าสู่เมืองมากขึ้น แต่เนื่องจากความรู้ความชำนาญของคนเหล่านี้มีไม่  
เพียงพอกับความต้องการของตลาดแรงงานในระบบ ทำให้ส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพนอก  
ระบบ ซึ่งได้รับรายได้ค่อนข้างต่ำ (สัณญา, เพิ่งอ้าง, หน้า 259) (และโปรดดูข้อมูลตัวเลข  
โดยเฉพาะสัดส่วนความยากจนในเขตเทศบาลของภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และของ  
ทั้งประเทศ ในตารางที่ 6 ประกอบด้วย)

ในปี 2529 และ 2530 ได้มีการศึกษารายเรื่อง "คนจนในเมือง" โดย เมธี  
ครองแก้ว และคณะ เพื่อศึกษาถึงลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของคนจนในเขตเมือง ทั้ง  
นี้ นอกจากปัญหาของ "คนจนในเมือง" มักจะไม่ค่อยได้รับความสนใจจากผู้กำหนด  
นโยบายแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาของ "คนจนในเมือง" ก็จะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่าง  
ออกไปจากปัญหาของ "คนจนในเขตชนบท" (Medhi and others, 1987, p.1) การศึกษา  
ระดับจุลภาคในเขตกรุงเทพมหานคร (150 ตัวอย่าง) และเมืองใหญ่ 3 แห่ง คือ เชียงใหม่  
นครราชสีมา และหาดใหญ่ (จังหวัดสงขลา) (120 ตัวอย่าง) พบว่า โดยเฉลี่ย "คนจน" ใน  
เมืองเหล่านี้มีอายุมาก คือ เฉลี่ย 44.19 ปี และมีการศึกษาน้อยกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ  
ส่วนใหญ่คือ รับจ้างทั่วไป กรรมกรในโรงงาน และพ่อค้าแม่ค้าขายของขนาดเล็ก และ  
ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด (slum) ไม่มีทะเบียนบ้านเพราะที่อยู่อาศัยปัจจุบัน  
ไม่ได้รับการยอมรับทางกฎหมาย การเข้าถึงบริการสาธารณูปโภคของรัฐ ไม่ว่าจะเป็น  
น้ำประปาหรือไฟฟ้า เป็นไปอย่างลำบากยากเย็น และครอบครัวเหล่านี้โดยเฉลี่ยมีราย  
จ่ายเดือนละ 2,810 บาท (Medhi and others, อ้างแล้ว, pp.4-8) ข้อน่าสังเกตประการ  
หนึ่งเกี่ยวกับ "คนจนในเมือง" ก็คือ ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดนั้นไม่ได้เป็น "คนจน" ทั้ง  
หมด ดังผลการศึกษาของ โสภณ พรโชคชัย ในปี 2535 ประมาณการไว้ว่า รวบรวมแล้ว 44  
ของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดเป็น "คนจนอย่างแท้จริง" (real poor) อีกร้อยละ 30 ไม่ได้  
จนจริง (non-real poor) ขณะที่อีกร้อยละ 26 นั้นเป็น "ผู้มีอันจะกิน" (well-to-do) (อ้างใน  
Somchai and others, 1994, p.218) อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่ายังไม่มีการดำเนินการขนาดใหญ่  
(extensive program) จากรัฐที่มุ่งขจัดความยากจนของ "คนจนในเมือง" แต่อย่างใด  
(Somchai and others, เพิ่งอ้าง, p.222)

ตารางที่ 6 ภาวะความยากจนในประเทศ ปี 2524-35.

หน่วย: ร้อยละ

ภาคและเขต	2524	2529	2531	2533	2535	2537
เหนือ	21.5	25.5	20.7	16.6	13.6	8.5
เทศบาล	8.0	6.9	11.0	10.3	3.4	3.6
สุขาภิบาล	16.2	20.2	36.7	24.0	17.3	13.3
หมู่บ้าน	23.3	27.7	19.5	16.3	14.2	8.2
อีสาน	35.9	48.2	34.5	28.3	22.3	15.7
เทศบาล	18.0	18.7	16.9	17.2	9.6	5.5
สุขาภิบาล	20.8	33.3	38.4	35.3	31.5	24.3
หมู่บ้าน	37.9	50.5	35.1	28.3	22.2	15.4
กลาง	13.6	15.6	16.0	12.9	6.0	5.2
เทศบาล	11.7	8.9	7.3	6.5	1.0	3.8
สุขาภิบาล	11.6	11.4	21.3	22.1	8.8	8.3
หมู่บ้าน	14.2	17.4	16.2	12.1	6.2	4.7
ใต้	20.4	27.2	21.5	17.6	11.8	11.7
เทศบาล	15.2	8.6	10.6	9.6	5.5	3.6
สุขาภิบาล	15.2	8.1	23.5	28.5	14.7	13.2
หมู่บ้าน	22.2	31.2	23.1	18.0	12.6	12.9
กรุงเทพฯ						
เขตชั้นใน	3.7	3.1	2.9	2.0	1.1	0.5
จังหวัดรอบ	-	-	6.5	2.8	1.3	0.8
ทั่วประเทศ	<b>23.0</b>	<b>29.5</b>	<b>22.2</b>	<b>18.0</b>	<b>13.1</b>	<b>9.6</b>
เทศบาล	7.5	5.9	6.1	6.3	2.4	1.9
สุขาภิบาล	13.5	18.6	28.6	25.2	16.8	14.0
หมู่บ้าน	27.3	35.8	25.5	20.5	15.5	11.0

ที่มา: เมธี ครองแก้ว (2540) ตารางที่ 5 และ Medhi Krongkaew and Nanak Kakwani (1996) Table 4.  
 ความชัดเจนเป็นรูปเป็นร่างของ "คนจน" ในสังคมไทยจากผลการศึกษาวิจัย เหล่านี้ส่งผลให้การกำหนดนโยบายของรัฐเพื่อแก้ปัญหา "คนจน" มีความชัดเจนขึ้นเช่นกัน ดังในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่มเพื่อลดระดับความยากจน อัน ได้แก่ กลุ่มเกษตรกรรายยากจน กลุ่มแรงงานรับจ้างภาคเกษตร กลุ่มผู้ประกอบการรายได้น้อย กลุ่มข้าราชการและพนักงานของรัฐ และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (สฤัญญา, เฟิงอ้าง, หน้า 269) อีกทั้งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (2540-44) ได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดจำนวนคนยากจนให้เหลือร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศในปีสุดท้ายของแผนฯ (จดหมายข่าว (มีนาคม 2541), หน้า 1) และลดลงเหลือร้อยละ ..... ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (2545-2549)

2.8.2 การศึกษาความยากจนจากการกระจายรายได้

สำหรับผลของการศึกษาวิจัย "ความยากจนโดยสัมพัทธ์" หรือการกระจายรายได้นั้น เป็นการศึกษาความแตกต่างในด้านฐานะทางเศรษฐกิจของประชากรว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีประชากรหรือครัวเรือนจำนวนมากน้อยเท่าใดที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับรายได้ของคนส่วนใหญ่ ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยเรื่องการกระจายรายได้สามารถพิจารณาได้จาก การกระจายรายได้ตามขั้นของเงินได้ การกระจายรายได้ตามภาคภูมิศาสตร์ การกระจายรายได้ตามภาคเศรษฐกิจ และการกระจายรายได้ตามความเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2523) งานบุกเบิกที่สำคัญในเรื่องนี้ได้แก่เช่น เมธี (2520) Oey (1979) ฯลฯ อย่างไรก็ตาม วิธีวัดการกระจายรายได้ที่นิยมใช้กันอยู่ทั่วไปมี 2 วิธีคือ (สฤัญญา หตะเศรษณี, 2535)

1. ดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างในส่วแบ่งของรายได้ทั้งหมดที่คน 5 กลุ่ม (ซึ่งแบ่งตามระดับรายได้) ได้รับ

2. คำนวณหาค่า Gini Ratio (บางครั้งเรียกว่า ค่า Gini Coefficient) ซึ่งวัดความไม่เท่าเทียมกันในส่วแบ่งของรายได้ทั้งหมดที่คนกลุ่มต่างๆได้รับในรูปของสัดส่วน ดัง



นั้น Gini Ratio จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 กับ 1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าไร ยิ่งแสดงว่ามีความไม่เท่าเทียมกันในรายได้มากขึ้นเท่านั้น

การศึกษาถึงการกระจายรายได้ของประเทศไทยปรากฏผลไปในทิศทางเดียวกันคือ มีแนวโน้มการกระจายรายได้เลวลง ดังข้อมูลแสดงไว้ในตารางที่ 6 กล่าวคือ กลุ่มผู้มีรายได้สูงสุด (ร้อยละ 20 แรก) มีสัดส่วนรายได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.3 ในปี 2518/19 เป็นร้อยละ 59.4 ในปี 2535 ขณะที่กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุด (ร้อยละ 20 สุดท้าย) มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 6.1 ในปี 2518/19 เหลือเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้นในปี 2535 โดยที่ Gini Ratio เพิ่มขึ้นจาก 0.426 ในปี 2518/19 เป็น 0.543 ในปี 2535 ซึ่งดูใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Ikemoto (1993) ที่ได้แบ่งกลุ่มของรายได้ออกเป็น 10 กลุ่ม (Decile) โดยใช้ข้อมูลระหว่างปี 2523/24 ถึง 2535 ซึ่งแนวโน้มความไม่เท่าเทียมกันในรายได้ที่เลวลงนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการพัฒนาประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมา ที่เน้นให้ความสำคัญต่อภาคอุตสาหกรรมมากกว่าภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ (ดูการอธิบายอย่างลึกซึ้งในเรื่องนี้จาก เช่น Pranee, 1995 เป็นต้น) อนึ่ง การศึกษาล่าสุดของอิสรา (Isra, 1997) โดยใช้ข้อมูลปี 2531 และ 2535 โดยวิธีการ Shorrocks index (of order 2) นั้น พบว่า การศึกษา (Education) เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางรายได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ดูจะมีผลทำให้ "ความยากจน" ในประเทศไทยเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างไปแล้ว นั้นหมายถึงว่า ไม่มีมาตรการอะไรที่จะมีประสิทธิภาพสูงพอในการเยียวยาปัญหาได้ นอกจากการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างเท่านั้น

ตารางที่ 7 ส่วนแบ่งรายได้แบ่งตามกลุ่ม 5 กลุ่ม (เบญจคณะ) ปี 2518/19-35

หน่วย: ร้อยละ

เบญจคณะ	2518/19	2524	2529	2531	2533	2535
เบญจคณะที่ 1	6.1	5.4	4.6	4.5	4.1	3.8
เบญจคณะที่ 2	9.7	9.1	7.9	8.1	7.4	6.9
เบญจคณะที่ 3	14.0	13.4	12.1	12.3	11.6	10.9
เบญจคณะที่ 4	21.0	20.6	19.9	20.3	19.7	19.1
เบญจคณะที่ 5	49.3	51.5	55.6	54.9	57.3	59.4
สัมประสิทธิ์จินี	0.426	0.453	0.500	0.479	0.504	0.543

ที่มา: เมธี ครองแก้ว (2540) ตารางที่ 8

ผลการศึกษาของ Medhi and Kakwani (1996) ให้ภาพของการกระจายรายได้ของไทยในทศวรรษ 2530 ได้ครอบคลุมมากที่สุด ดังปรากฏ ผลในตารางที่ 7 ข้อที่น่าสังเกตประการหนึ่งก็คือ ข้อมูลตัวเลขในตารางที่ 7 นี้ แตกต่างจากข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันที่แสดงไว้ในตารางที่ 6 แต่ก็ไม่มากนัก ประเด็นที่สำคัญจริง ๆ ก็คือ ในช่วงปี 2531-2535 หรือ ทศวรรษของเศรษฐกิจฟองสบู่ ความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้มีเพิ่มมากขึ้น และต่อเนื่องจากช่วงเวลาก่อนหน้านั้น ดังจะเห็นได้จากค่าสัมประสิทธิ์จินี เพิ่มขึ้นจาก 0.485 ในปี 2531 เป็น 0.522 และ 0.536 ในปี 2533 และปี 2535 ตามลำดับ นอกจากนี้ มีรายได้ของกลุ่มเบญจคณะที่ 5 เพียงกลุ่มเดียวที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นจากร้อยละ 54.16 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 57.67 และ ร้อยละ 59.04 ในปี 2533 และ ปี 2535 ขณะที่รายได้ของกลุ่มเบญจคณะที่เหลืออื่นทั้งหมด (กลุ่ม 1-4) ต่างก็มีสัดส่วนในรายได้ลดลงทั้งสิ้น ซึ่งอาจตีความได้ว่า ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้ ตกอยู่ในมือของกลุ่มคนที่ร่ำรวยที่สุดของประเทศเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มนี้เริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ก็เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังจะเห็นได้จาก ค่าสัมประสิทธิ์จินีของปี 2537 และปี 2539 เริ่มลดลงเหลือเพียง 0.525 และ 0.497 ตามลำดับ แต่ก็ยังสูงกว่าของปี 2531 ขณะเดียวกัน สัดส่วนรายได้ของเบญจคณะที่ 1-4 ในปี 2537 และปี 2539 ก็เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าของปี 2531 โดยที่ สัดส่วนรายได้ของเบญจคณะที่ 5 จะลดลงนับจากปี 2537 เป็นต้นมา แต่สัดส่วนรายได้ในปี 2539 ก็ยังคงสูงกว่าปี 2531 เล็กน้อย (ดูตารางที่ 8 ประกอบ)

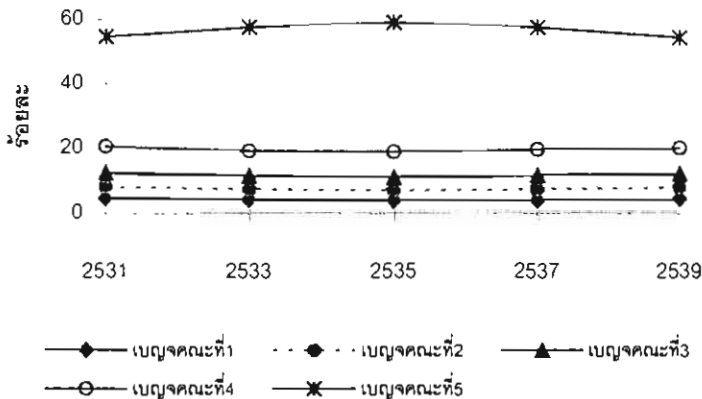


ตารางที่ 8 การกระจายรายได้ของไทยในทศวรรษ 2530

หน่วย: ร้อยละ

เบญจคณะ	2531	2533	2535	2537	2539 (ประมาณการ)
เบญจคณะที่ 1	4.60	4.20	3.94	3.99	4.49
เบญจคณะที่ 2	8.13	7.38	7.02	7.29	7.88
เบญจคณะที่ 3	12.46	11.50	11.06	11.60	12.10
เบญจคณะที่ 4	20.66	19.26	18.95	19.60	20.15
เบญจคณะที่ 5	54.16	57.67	59.04	57.52	54.38
สัมประสิทธิ์จินี	0.485	0.522	0.536	0.525	0.497

ที่มา: Medhi and Kakwani (1996), Table 5.



งานศึกษา "ความยากจน" จากรายได้ ปัจจัยการผลิต และการกระจายรายได้

งานศึกษาการแบ่งประเภทตามสถานะทางเศรษฐกิจ และสร้างเส้นแบ่งหรือสร้างความเข้าใจ ความรับรู้ "ความยากจน" เริ่มมีมาตั้งแต่ก่อนพุทธศตวรรษ 2500 อันเป็นผลจากความคิดประเทศตะวันตก ตามแนวทฤษฎีความทันสมัย (Modernization) และทฤษฎีการพึ่งพา (Dependency Theory) ที่ยึดถือประเทศตะวันตกเป็นต้นแบบของการพัฒนา ประเทศอื่นๆจะต้องเลียนแบบ บทบาทของธนาคารโลกมีผลต่อการวางระบบ จัดประเภทสร้าง "พื้นที่" ของการพัฒนา เช่น ประเทศพัฒนา/ด้อยพัฒนา หรือประเทศยากจน เพื่อใช้ในการวางแผน "พัฒนา" หรือปรับเปลี่ยนสังคมนั้นๆให้ทันสมัยหรือเหมือนสังคมตะวันตก (ไชยรัตน์, 2540, หน้า 59-60)

เกณฑ์การชี้วัดความยากจน ได้ถูกสร้างขึ้นมาและถ่ายทอดมาสู่สังคมไทย อันถือได้ว่าเป็นเทคนิควิทยาการภาคปฏิบัติตามแผนพัฒนาฯ ที่หน่วยงานราชการต่างๆนำมาใช้ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่เริ่มเก็บข้อมูลรายได้รายจ่ายของครัวเรือนไทยตั้งแต่ปี 2505-06 ถึงปี 2535 หรือกรมการพัฒนาชุมชนได้จัดทำเกณฑ์ชี้วัดความยากจน (กชข.2ค.) ขึ้นโดยอาศัยปัจจัยด้านรายได้และวัดดูทางกายภาพเป็นตัวแบ่งประเภทความยากจน หรือกระทรวงเกษตรฯ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเกษตรกรโดยตรง ก็ได้ศึกษาการกระจายรายได้ทางด้านเกษตรกร โดยได้ยึดถือเส้นแห่งความยากจนจาก ดร.เอื้อย มีสุข นักวิชาการเศรษฐศาสตร์ ธรรมศาสตร์ ที่ใช้รายได้และการบริโภคอาหารเป็นตัวชี้วัด ซึ่งกระทรวงเกษตรได้สรุปปัญหาความยากจนจากฐานคิดดังกล่าวไว้หลายกรณี อาทิ ปัญหาการใช้ทรัพยากรไม่เหมาะสม การขาดความรู้ ปัญหาประชากรเพิ่ม ปัญหาการกระจายสินค้าไม่ดีพอ ปัญหาราคาและการตลาด เป็นต้น (อ้างใน คณะกรรมการนโยบายและแผนพัฒนาการเกษตรและสหกรณ์, 2533)

นอกจากหน่วยงานราชการแล้ว นักวิชาการที่มีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจ "ความยากจน" โดยสร้างเกณฑ์ชี้วัดเส้นความยากจนขึ้นมา คือ เมธี ครองแก้ว นักเศรษฐศาสตร์ ธรรมศาสตร์เช่นกัน ที่ศึกษาร่วมกับคณะหลายคน ได้แก่ การกำหนดระดับความยากจนในประเทศไทย (2518) สภาวะความยากจนและการกระจายรายได้ของไทย ปี

2518-19 เป็นต้น งานศึกษาของเมธีพยายามบ่งชี้เส้นระดับความยากจน โดยพิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย และเพิ่มปัจจัยชี้วัดอื่นๆประกอบด้วย

อย่างไรก็ตาม จากการนิยาม "ความยากจน" ที่ยึดถือรายได้เป็นเกณฑ์ที่นำมาสู่การมองปัญหาความยากจนดังกล่าว ทำให้แนวทางการแก้ปัญหาความยากจนตามแนวคิดของราชการที่อยู่ภายใต้กระแสเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก อยู่ในการปรับโครงสร้าง เพิ่มประสิทธิภาพการผลิต การควบคุมประชากร การสนับสนุนเทคโนโลยี การแก้ปัญหาการตลาด ส่งผลได้ว่าแนวทางการปัญหาดังกล่าวเป็นแบบแผนเดียวกันกับประเทศต่างๆที่กำลังพัฒนาให้ทันสมัยตามคำแนะนำของธนาคารโลก เมื่อพิจารณาแนวทางแก้ปัญหาเหล่านี้ จะเห็นถึงสมมติฐานหลักของ "ความยากจน" อยู่ในการยังไม่ปรับตัวเข้ากับระบบทุนนิยม ทางแก้ก็ต้องทำโดยเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต คุมประชากร อบรมให้ความรู้ สนับสนุนสินเชื่อ ทั้งหมดนี้เพื่อเร่งการผลิตภาคเกษตรกรรมให้สูงขึ้น เพื่อให้มีอุปทาน (supply) อาหารป้อนการบริโภคในภาคเมืองที่กำลังเติบโตขึ้น

การแก้ปัญหาความยากจนตามแนวคิดดังกล่าว แท้ที่จริงก็คือการมอง "ความยากจน" เป็นเสมือนหนึ่ง "พื้นที่" ที่ระบบทุนนิยมหรือกลไกตลาดยังไม่เข้าไปควบคุมไม่ถึง จึงต้องเร่งสร้างโครงการพัฒนาต่างๆเพื่อเปลี่ยนสภาพและควบคุม "พื้นที่" ดังกล่าวให้เป็นพื้นที่เฟื่องของระบบทุน เป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบเพื่อป้อนแก่อุตสาหกรรมและการตลาด "คนจน" มีความหมายเป็นทรัพยากรที่ต้องเร่งใช้เร่งพัฒนา หรือไม่ก็เป็นตัวขัดขวาง "การพัฒนา" ดังเช่นการกล่าวถึงคนจนในความหมายของคนไร้การศึกษา ไร้ปัญญา ขาดความกระตือรือร้น ไม่เข้าใจการแสวงหารายได้ สร้างกำไร ความมั่งคั่ง

กระแสความคิดเรื่องการนิยาม "ความยากจน" จากตัวชี้วัดเรื่องรายได้ ได้ถูกตั้งคำถามอย่างมากว่าเป็นความคิดที่มีปัญหา เพราะสมมติฐานที่มองความอยู่ดีมีสุขของชาวบ้านจากเรื่องรายได้เพียงประการเดียวเป็นสิ่งที่ไม่ดีผลขาด ไม่สามารถชี้วัดคุณภาพชีวิตของชาวบ้าน ดังที่ ธเนตร นรภูมิพิภักษ์ (2534) ได้ตั้งคำถามถึงตัวชี้วัดดังกล่าวว่า การครองชีพในชนบทมีหลายกิจกรรมที่ไม่ได้พึ่งเงิน ดังนั้นการอาศัยปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นตัวแปรเดียวจึงคลาดเคลื่อนสูง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงานศึกษาด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาหรือด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองหลายชิ้นในเมืองไทย ก็ชี้ให้เห็นว่า เราไม่สามารถเข้าใจปัญหาความยากจนได้จากเรื่องรายได้เพียงประการเดียว แต่ขึ้นอยู่กับระบบเศรษฐกิจของชาวบ้านว่าเป็นไปในลักษณะหาอยู่หากินพึ่งพาทรัพยากรธรรมชาติหรือพึ่งพิงกับกลไกตลาดมากน้อยเพียงใด กลุ่มชาวบ้านที่อยู่ชายขอบ (PERIPHERY) ของกลไกตลาดจำนวนมาก ตลอดทั้งปีแทบจะไม่ต้องใช้ระบบเงินตราในการแลกเปลี่ยน แต่อาศัยระบบการเก็บของป่าล่าสัตว์และการแลกเปลี่ยนภายในชุมชน ชุมชนในลักษณะนี้มีการพึ่งตนเองด้านปัจจัย 4 สูง แม้จะขาดเงินตรา การเอาเกณฑ์ชี้วัดเรื่องรายได้มาจับทำให้ชุมชนเหล่านี้ถูกจัดอยู่ได้มาตรฐานความยากจน ซึ่งกระบวนการพัฒนาที่ตามมาจะต้องเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจของชุมชนอย่างถอนรากถอนโคน

จากฐานคิดที่ว่าความขัดคัดขัดสนทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะรายได้ คือสาเหตุของความยากจน อันนำมาสู่แนวคิดเรื่องการกระจายรายได้ ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์แม้จากนักเศรษฐศาสตร์ด้วยกันเอง อภิชาติ พันธเสน ได้ตั้งข้อสังเกตว่า นักเศรษฐศาสตร์ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจมิติทางประวัติศาสตร์และมองอย่างเป็นองค์รวม ข้อเสนอเรื่องการกระจายรายได้จึงไม่มีรูปธรรมชัด ที่สำคัญคือ ฐานคิดมีปัญหาดังแต่ เป็นไปได้หรือที่รัฐมีความตั้งใจจริงที่จะทำหรือถ้ามี..รัฐเป็นตัวแทนผลประโยชน์ผู้ด้อยโอกาสหรือ ซึ่งยากที่จะเป็นไปได้ ประการสำคัญต่อมา ระบบราชการไทยมีประสิทธิภาพแค่ไหนที่จะเร่งเก็บภาษีจากผู้มีโอกาสและกระจายไปสู่ผู้ด้อยโอกาส และประการสุดท้ายที่สำคัญที่สุด การกระจายรายได้เป็นมาตรการทางเศรษฐกิจที่ไม่น่าจะแก้ปัญหาความยากจนได้ เพราะเป็นแค่การบรรเทาทุกข์ชั่วคราว มิได้ก่อให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต และเป็นการลดศักยภาพการพึ่งตนเองของคนจน (อภิชาติ, 2540, หน้า 162)

แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องการวัดความยากจนจากรายได้ก็ยังคงเป็นแนวคิดที่ทรงพลังอยู่ในปัจจุบัน ดังเห็นได้จากนโยบายและแผนงานของรัฐบาลในการสนับสนุน "คนจน" ซึ่งรัฐเองได้พยายามขนานนามเสียใหม่ว่า "ผู้มีรายได้น้อย" ซึ่งก่อให้เกิดการ

วิพากษ์วิจารณ์อย่างมากว่า วิธีคิดดังกล่าวได้ลดทอนปัญหาความยากจน ซึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง ความสัมพันธ์ในการเข้าถึง จัดการทรัพยากร และโอกาสทางสังคมอย่างไม่เท่าเทียมกัน อันนำมาสู่ความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจและการเมือง หรือเป็นปัญหาโครงสร้าง ความรุนแรงของสังคม ให้เหลือแต่เพียงปัจเจกชนผู้ด้อยโอกาส ขาดความรู้ ความสามารถ ที่รัฐจะกระทำก็เพียงให้ความสงเคราะห์ ประกันราคาผลผลิตให้ จัดสวัสดิการให้ มากกว่าการมุ่งปรับระบบโครงสร้างสังคมและวิธีคิดที่ก่อปัญหา ซึ่งเป็นต้นตอที่แท้จริงของความยากจน

### 2.8.3 คนจนเมืองกับการใช้เกณฑ์เส้นความยากจน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2541) คำนวณเส้นความยากจนระดับครอบครัวจากงานของ ของ Nanak and Medhi (1988) ดังต่อไปนี้ สมมติครอบครัวที่มีสมาชิก 5 คนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ประกอบด้วยเด็กชายอายุ 7-9 ปี 1 คน เด็กหญิงอายุ 13-15 ปี 1 คน พ่อบ้านอายุ 20-29 ปี แม่บ้านอายุในช่วงเดียวกัน และมียายของเด็กๆ อายุมากกว่า 60 ปี

ข้อมูลดังกล่าว เราสามารถนำมาพิจารณาเส้นความยากจนได้คือ ความต้องการพลังงานเฉลี่ยต่อในครัวเรือนคือ  $(1,600+2,000+1,747+2,787+2,017) / 5 = 2,030$  แคลอรีต่อวัน และโดยเหตุที่ครัวเรือนนี้ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ครัวเรือนนี้จึงสามารถซื้อพลังงานได้ในราคา 109 แคลอรีต่อบาท จึงคำนวณได้เส้นความยากจนด้านอาหารเท่ากับ  $2,030/109 = 18.62$  บาทต่อวัน หรือ  $18.62 \times 30 = 558.7$  บาท สำหรับการคำนวณร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านอาหารต่อค่าใช้จ่ายรวมของคนในกรุงเทพมหานครคือ ร้อยละ 62.9 ดังนั้น จึงสามารถนำข้อมูลมาใช้คำนวณเส้นความยากจนรวมสำหรับครัวเรือนนี้ได้ทันที โดยใช้สูตร  $558.7 \times 100 / 62.9 = 888$  บาทต่อเดือน

ฉะนั้น ถ้าครอบครัวนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวน้อยกว่าเส้นความยากจนคือ 888 บาทต่อเดือน หรือมีรายได้รวมทั้งครอบครัวน้อยกว่า  $888 \times 5 = 4,440$  บาทต่อเดือน ก็หมายความว่าครอบครัวนี้ยากจน (ดูรายละเอียดวิธีการคำนวณได้ใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541)

การปรับเส้นความยากจนใหม่โดยคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำให้พบว่า ในปี 2539 มีจำนวนคนยากจน 11.4 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็น 6.8 ล้านคน ปริมาณคนจนเมืองภายใต้ฐานคิดพบว่า มีคนจนเมืองอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 1.6 หรือจำนวน 175,716 คนเท่านั้น ที่สำคัญ พบว่า ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี สมุทรปราการ) มีคนจนเมืองเพียงร้อยละ 0.6 หรือจำนวน 51,659 คน เท่านั้น

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนคนจนในเมือง ปี 2531-2539 โดยใช้เกณฑ์เส้นความยากจนของ Nanak and Medhi (1998)

หน่วย: ร้อยละ

พื้นที่	2531	2533	2535	2537	2539
เขตเทศบาล	8.0	6.9	3.6	2.4	1.9
เขตสุขาภิบาล	21.8	18.2	12.7	9.6	5.8
เขตชนบท	40.3	33.8	29.7	21.2	14.9
รวมทั้งประเทศ	32.6	27.2	23.2	16.3	11.4

ที่มา: กองประเมินผลการพัฒนา จดหมายข่าว (พฤษภาคม 2541) ตารางที่ 3 (หน้า 4)

**เกณฑ์ความยากจนโดยหน่วยงานด้านชุมชนแออัด**

หน่วยงานพัฒนาภาคเอกชนได้พยายามสร้างและพัฒนาเส้นความยากจนสำหรับคนจนเมืองเช่นกัน สมพงษ์ พัดปุย ประภาภัทร นิยม และคณะ (2529 อ้างในเอกสารเรื่อง "คนจนในกระบวนการพัฒนาเมือง") ได้ประมาณการจำนวนคนจนในเมือง โดยศึกษาค่าใช้จ่ายที่พอจะอยู่รอดได้สำหรับครอบครัวขนาด 5 คน มีประเด็นสำคัญคือ การเพิ่มระดับรายได้เส้นความยากจน โดยนับเอาระดับรายได้ซึ่งสามารถจะมีที่อยู่อาศัยราคาถูกเป็นของตัวเองได้เข้าไปด้วย และแบ่งคนจนเมืองออกเป็น 3 ระดับคือ

1. คนจนเมืองที่พอมีเงินเท่านั้น  
คือผู้มีรายได้ประมาณ 3,000-4,000 บาท/ครอบครัว/เดือน
2. มีที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่าหรือห้องเช่า อยู่ในชุมชนแออัดที่เป็นของตนเอง  
ได้ที่พออยู่ได้ควรมีรายได้ประมาณ 5,000 บาท/ครอบครัว/เดือน
3. พอจะสามารถซื้อหาที่อยู่อาศัยราคาถูกนอกเมืองที่มีความมั่นคงได้มากขึ้น  
ควรมีรายได้ประมาณ 6,500 บาท/ครอบครัว/เดือน

เกณฑ์ดังกล่าวสามารถใช้ประมาณการคนจนในเมือง โดยพบว่า ใน กทม.จะมีคนจนประเภทต่างๆดังกล่าวอย่างน้อยร้อยละ 22.3 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร หรือจำนวน 1.22 ล้านคน หรือประมาณ 245,000 ครอบครัว (โดยไม่รวมผู้ที่พักตามห้องแถวเช่าหรือบ้านเช่าราคาถูก หรือพักตามหอพักและการอาศัยร่วมกับคนอื่น) และประมาณการว่าหากรวมเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานครจำนวนประชากรจะเพิ่มขึ้นเป็น 400,000 ครอบครัว (เอกสารคนจนเมืองในกระบวนการพัฒนาเมือง, 2530, หน้า 1)

ฐานคิดดังกล่าวนี้ได้พัฒนาโดย NGO และหน่วยงานซึ่งให้ความสนใจกับงานข้อมูล เช่น สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง(พชม.) ได้ให้ความหมายของคนจนในเมืองว่า คือบุคคลที่มีรายได้น้อยและอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด หรือบุคคลที่มีรายได้น้อยอื่นๆ ในเมือง (สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง, 2540)

ระดับของความยากจนในเกณฑ์ของหน่วยงานด้านชุมชนแออัดได้ใช้เกณฑ์ค่าใช้จ่ายในการจ่ายค่าอุปโภคที่จำเป็น และระดับความสามารถในการมีที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีพของคนในเมือง คนจนเมืองในความหมายดังกล่าวนี้จึงได้แก่ ผู้ที่มีรายได้อยู่ในระดับสามารถที่จะจ่ายเฉพาะค่าอุปโภคที่จำเป็นหรือต่ำกว่า จนถึงผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายค่าอุปโภคที่จำเป็นและสามารถซื้อ/เช่าที่อยู่อาศัยในราคาถูกได้

เกณฑ์ในการพิจารณาคนจนในเมืองของ พชม. จึงประกอบไปด้วย 4 ประการคือ

1. อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพไม่มั่นคง ทำงานงานหนัก ค่าแรงน้อย มักเป็นอาชีพที่ไม่เป็นทางการ
2. รายได้น้อย ไม่นั่นนอน โดยใช้ฐานการหาค่าใช้จ่ายมาตรฐานต่ำสุดของคนจนในกรุงเทพมหานคร เพื่อหาระดับความยากจน (การเคหะแห่งชาติ, 2535) ในปี 2540 ได้ใช้เกณฑ์ในปี 2535 ปรับโดยเพิ่มร้อยละ 10 ของทุกปี กำหนดเกณฑ์รายได้ระดับความยากจนไว้ที่ 11,000 บาท (หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นรายได้นั้น เส้นความยากจน) โดยได้จัดปริมาณระดับของความยากจนตามลักษณะรายจ่ายไว้ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงระดับความยากจนของคนจนเมือง

ระดับความยากจน	ระดับรายได้ (บาท)	ปริมาณ (ร้อยละ)
ระดับที่ 1 จ่ายเฉพาะค่าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น	4,000-5,000	6.1
ระดับที่ 2 จ่ายค่าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นมีที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่าหรือห้องเช่าในชุมชนแออัด	7,000-8,000	30.6
ระดับที่ 3 จ่ายค่าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นสามารถซื้อ/เช่าที่อยู่อาศัยราคาถูกในตลาดได้	9,000 ขึ้นไป	63.3

ที่มา : สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง, 2541. (เอกสารภายในยังไม่เผยแพร่)

3. สภาพการอยู่อาศัยทรุดโทรมแออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มั่นคง

4. ได้รับการบริการทางสังคมน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป (สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง, 2540)

จากเกณฑ์ดังกล่าวทำให้สามารถประมาณการคนจนในเมืองในปี 2540 ได้คือ มีจำนวนผู้ที่อยู่อาศัยในประเภทต่างๆ ทั้งในชุมชนแออัดและนอกชุมชนแออัด ได้จำนวนคนจนทั่วประเทศ 3.4 ล้านคน มีคนจนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดจำนวนราว 2 ล้านคน หรือร้อยละ 58 และนอกชุมชนแออัดราว 1.4 ล้านคน หรือร้อยละ 1.4 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนชุมชนแออัดและประชากรทั่วประเทศ

เขตพื้นที่	จำนวนชุมชน	จำนวนบ้าน	จำนวนครัวเรือน	ประชากร (คน)	หมายเหตุ
กรุงเทพมหานคร	843	145,943	207,948	1,164,500	ก ค ช . ส ำ ร วจ ร ่วม กั บ กรุงเทพมหานคร
ปริมณฑล	452	53,284	77,425	387,125	ก ค ช . และ พ ช ม . ส ำ ร วจ เปี ่ ม ี 2538 (เฉพาะชุมชนที่มีขนาด 15 หลังคาเรือนขึ้นไป)
ภาคกลาง	113	15,585	20,125	82,433	ปรับจากฐานข้อมูลของเทศบาล
ภาคเหนือ	119	13,802	16,175	64,688	ปรับจากฐานข้อมูลของเทศบาล
ภาคใต้	126	24,044	29,165	127,093	ปรับจากฐานข้อมูลของเทศบาล
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	149	28,044	34,115	163,078	ก ค ช . และ พ ช ม . ส ำ ร วจ เปี ่ ม ี 2540
รวม	1,802	280,702	384,953	1,988,917	

หมายเหตุ : ไม่รวมชุมชนบุกรุกริมคลองและชุมชนใต้สะพาน  
ที่มา : สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง, 2541 (เอกสารยังไม่ตีพิมพ์)

การวิเคราะห์เส้นความยากจนมีวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายด้านสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือคนจนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541, หน้า 1) แต่ปัญหาของการคำนวณปริมาณคนยากจนเมืองดังกล่าวมีข้ออ่อนคือ ไม่ได้ใช้ฐานเรื่องความสามารถในการมีที่อยู่อาศัยของคนที่อยู่ในเขตเมือง เพราะการกำหนดรายจ่ายด้านที่อยู่อาศัยรวมอยู่กับการอุปโภคด้านอื่นๆ ทั้งหมดที่คิดเพียงร้อยละ 40 รายจ่ายในระดับนี้ทำให้ไม่สามารถใช้จ่ายสำหรับที่อยู่อาศัยได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของคนจนเมือง

เส้นความยากจนเก่าในเขตเมืองของเมธี (2540) คือ 10,382 บาทต่อคนต่อปี เฉลี่ยเดือนละ 865 บาทต่อคนต่อเดือน เฉลี่ยเดือนละ 3,460 บาทต่อครัวเรือน (ดูรายละเอียดในบทความ กนกศักดิ์) ส่วนเส้นความยากจนของ Nanak and Medhi (1998) ซึ่งได้คำนวณให้เห็นในส่วนต้นว่า สำหรับครอบครัวที่มีสมาชิก 5 คนคือ 888 บาท ในขณะที่พชม. ส ำ ร วจ ข้อมูล เปี ่ ม ี 2541 พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวในชุมชนแออัดร้อยละ 37.0 อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มีเพียงร้อยละ 24.3 ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งก็หมายความว่า ส่วนใหญ่พ้นเส้นความยากจนไปแล้ว

ในปี 2535 เส้นความยากจนในเมืองของเมธี (2540) คือ 6,996 บาทต่อคนต่อปี หรือ 583 บาทต่อคนต่อเดือน หรือเฉลี่ย 2,332 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน (คิดเฉลี่ย 4 คนต่อครอบครัว) ในขณะที่รายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่ของคนจนในชุมชนแออัดมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,493 บาท (การเคหะแห่งชาติ, 2535, หน้า 15) นั่นก็หมายความว่า คนในชุมชนแออัดพ้นเส้นความยากจนไปทั้งหมดแล้ว

ในปี 2531 เส้นความยากจนในเมืองคือ 6,203 บาทต่อคนต่อปี หรือ 517 บาทต่อคนต่อเดือน หรือ 2,068 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน (คิดเฉลี่ย 4 คนต่อครอบครัว) ในขณะที่ มานพ ประทุมทอง (2531) พบว่า ผู้ที่มีลมหายใจได้ด้วยการมีชีวิตรอดอยู่บนกองขยะ มีอาชีพค้าขาย ยังมีรายได้เฉลี่ยเดือนละประมาณ 1,500 - 3,000 บาทต่อครัวเรือน

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เกณฑ์ดังกล่าวทำให้คนในชุมชนแออัดส่วนใหญ่ คนได้ สะพาน ฯลฯ ได้พ้นเส้นความยากจนไปแล้ว และไม่ได้เป็นคนจนเมืองตามเกณฑ์หรือนิยาม ความยากจนของเส้นความยากจน

สำหรับเกณฑ์เส้นความยากจนของทางราชการที่กำหนด จะให้ความสำคัญ กับคุณภาพชีวิตด้านสารอาหารเท่านั้น โดยกำหนดค่าใช้จ่ายด้านอื่นเพียงร้อยละ 40 ทำให้ ไม่สอดคล้องกับคนที่อยู่อาศัยในเขตเมืองซึ่งเรื่องที่อยู่อาศัยเป็นเรื่องสำคัญ เกณฑ์ของทาง ราชการจึงทำให้คนได้สะพานเกือบทั้งหมดพ้นเส้นความยากจน

ดังนั้นเกณฑ์ความยากจนที่ใช้นิยามคนจนเมืองของพชม. จึงน่าจะครอบคลุม กว่า เพราะแม้จะตั้งอยู่บนความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีพ แต่ได้คำนึงถึงปัจจัยสำคัญ อย่างน้อย 4 ปัจจัยดังที่กล่าวมาในตอนต้น การพิจารณารายได้คำนึงถึงความสามารถที่จะมีที่ อยู่อาศัยเป็นของตัวเองได้ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของคนในเมือง นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงคุณ ภาพชีวิตที่พิจารณาจากลักษณะอาชีพ สภาพที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงบริการจากรัฐ โดย เปรียบเทียบกับคนกลุ่มอื่นในสังคม

การมองว่า อะไรคือปัญหาและสาเหตุของคนจนเมืองจำเป็นต้องพิจารณาจาก นิยามความหมายของแต่ละฐานคิด งานเขียนส่วนใหญ่กล่าวถึงคนกลุ่มเดียวคือ คนในชุมชน แออัด ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะส่วนนิยามของ "สลัม" หรือ "ชุมชนแออัด" ได้มีงานศึกษา ต่างๆ กำหนดความแตกต่างออกไปใน 3 กระแสดังนี้คือ

### 1. กระแสดูที่มองคนสลัมเป็น "มะเร็งร้าย" หรือ "บาดแผล" ของสังคม

ม.ร.ว.อดิน ระพีพัฒน์ ได้ชี้ให้เห็นว่า ทศวรรษหนึ่งมองว่า สลัมหรือชุมชนแออัด เป็นสิ่งเลวร้าย คล้ายมะเร็งที่จำเป็นต้องกำจัดโดยด่วน สลัมเป็นท้องที่ที่สกปรกรกรุงรัง นา ละอายเมื่อคนต่างชาติมาพบเห็น สลัมเป็นแหล่งอาชญากรรม สลัมเป็นบ่อเกิดของเชื้อโรค และอันตรายต่างๆ เช่น เพลิงไหม้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนเมือง, 2541, ใบพ หน้า) สลัมจึงเป็นสิ่งผิดปกติของสังคม เป็น "บาดแผลของสังคม" เป็นบริเวณที่เสื่อมโทรมถึง ที่สุดจนยากที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นในสภาพเดิม เว้นแต่จะทำการรื้อถอนหรือโยกย้ายอาคารและ ผู้คนออกไปแล้วจัดโครงการปฏิรูปและปลูกสร้างขึ้นมาใหม่

กระแสดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีวัฒนธรรมความยากจน ซึ่งแนวคิดดัง กล่าวนี้มองว่า สลัมมีวัฒนธรรมพิเศษที่เรียกว่า "วัฒนธรรมความยากจน" กล่าวคือ เป็นวัฒนธรรม พิเศษที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ แนวคิดนี้เห็นว่า คนสลัม ยากจนเพราะความประพฤติดของตัวเอง โดยความประพฤติดังกล่าวนี้ทำให้ไม่สามารถพัฒนา ตัวเองให้หลุดพ้นความยากจนได้

การให้ความหมายสลัมภายใต้นิยามที่มองสลัมเป็นมะเร็งร้ายของสังคมเป็น ฐานสำคัญของวิธีปฏิบัติต่อคนจนเมืองด้วยการไล่อหรือสร้างแฟลตหรือตึกสูงให้ชาวสลัม และการมองว่าสลัมและคนสลัมมีวัฒนธรรมความยากจน นำมาสู่การช่วยเหลือด้วยงานสังคม สงเคราะห์ การอบรมคนสลัมให้รู้จักใช้จ่าย รู้จักอดออม รู้จักดูแลสุขภาพอนามัย ฯลฯ และนำ มาสู่การแก้ปัญหาแบบสังคมสงเคราะห์ แก้ปัญหาเฉพาะหน้า

### 2. แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง

สำหรับแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองว่า ต้องมองสลัมเป็นส่วนหนึ่งของเมือง การเกิดสลัม การเปลี่ยนแปลงในสลัม เป็นผลมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเมือง สลัม เป็นที่ซึ่งคนจนเมืองใช้เป็นที่อยู่อาศัยและใช้เป็นเงื่อนไขในการปรับตัวทางเศรษฐกิจและ สังคมท่ามกลางการพัฒนาของเมือง เช่น งานของ สมพงษ์ พัดปุย และ Korff (2527) ที่ได้ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสลัมกับเศรษฐกิจในกรุงเทพมหานคร โดยได้สรุปว่า กรรมกรที่อยู่ในสลัมพึ่งพิงตลาดแรงงานที่กรุงเทพฯ ในทำนองกลับกัน ตลาดในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะตลาดสินค้าบริโภค ก็พึ่งพิงกรรมกรในสลัมด้วย ดังนั้น เมื่อมองบทบาทของแรง งานในระบบเศรษฐกิจ จึงเห็นได้ว่า สลัมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผลิตทางสังคม

ดังนั้น วิถีชีวิตเศรษฐกิจของสลัมแม้จะเป็นเศรษฐกิจนอกระบบ รายได้ไม่มั่นคง ขาดแรงงานเล็กๆน้อยๆ แต่ก็เป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนแรงงานราคาถูกให้กับเศรษฐกิจใน ระบบ สลัมเป็นแหล่งพึ่งพิงอาศัยของแรงงานอพยพชั่วคราวจากชนบท เป็นโรงเรียนฝึก อาชีพโดยรัฐไม่ต้องลงทุน



นอกจากนี้ ยังชี้ให้เห็นว่า สลัมมีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจเมืองที่เห็นชัดใน 2 ประการคือ ประการแรก ผลิตรุ่นใหม่ที่จะมาพยุงระบบเศรษฐกิจเมืองให้คงอยู่ต่อไป เพราะแรงงานจากสลัมมีราคาถูก มีจำนวนมาก เรียกหาได้ง่าย และสามารถทำงานได้สารพัด สามารถทำงานขั้นต่ำที่ได้ค่าแรงต่ำ ประการที่สองคือ การผลิตและร่วมในกระบวนการผลิตสินค้าและบริการสำหรับคนเมือง เพื่อรองรับประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นคนยากจนในเมือง เช่น หาบเร่ แผงลอย สามล้อ แท็กซี่ ฯลฯ

แนวเศรษฐศาสตร์การเมืองจึงมองสาเหตุของการเกิดขึ้นของสลัมผูกติดกับกระบวนการกลายเป็นเมือง โดยชี้ให้เห็นว่า ในความเป็นเมืองนั้นมีคนกลุ่มหนึ่งที่สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่รัฐเป็นผู้จัดจำหน่ายแจก แต่คนอีกส่วนหนึ่งกลับมีชีวิตอย่างยากลำบาก และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามาตรฐาน โดยสังคมของคนเหล่านี้เรียกว่า "สลัมหรือชุมชนแออัด" (อรรถจักร์, อ้างแล้ว) ดังจะพบได้อย่างชัดเจนว่า เมื่อมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและการเติบโตของเมือง แทนที่สลัมจะลดลง แต่กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา

แนวเศรษฐศาสตร์การเมืองพยายามชี้ให้เห็นว่า ความเป็นความตายของสลัมเป็นความเป็นความตายของระบบเศรษฐกิจของเมืองด้วย และเสนอว่าปัญหาสลัมเป็นปัญหาที่สังคมจะต้องรับผิดชอบ ไม่ใช่มองว่าปัญหาเกิดจากความไม่ขยัน ไม่พัฒนาตัวเอง มัวเมาอยู่ในอบายมุข มุ่งให้แก่ที่ดินตอของปัญหา ซึ่งเป็นการมองจากฐานคิดแบบปัจเจกนิยม

### 3. แนวคิดมานุษยวิทยา

งานศึกษาทางมานุษยวิทยาที่สำคัญในการศึกษาสลัมในสังคมไทยก็คือ งานของ ม.ร.ว.อคิน ระพีพัฒน์ ที่มองสลัมว่าเป็นหน่วยของสังคมที่มี "หน้าที่" ดังที่ชี้ให้เห็นว่า "สลัมมีหลายสิ่งหลายอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อผู้มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในชุมชน ชุมชนแออัดช่วยในการปรับตัวของผู้ที่อพยพมาจากชนบท สังคมของชุมชนแออัดให้ความอบอุ่นแก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้อพยพในการเผชิญกับชีวิตในเมือง มีส่วนช่วยเหลืออนุเคราะห์ในการติดต่อ และมีส่วนช่วยในด้านโอกาสในการแสวงหางานแก่ผู้เสียเปรียบในการหางานทำ ฯลฯ" (อคิน, 2525)

แนวมานุษยวิทยาถือว่าสลัมเป็น "บ้าน" และคนในสลัมคือ "คน" ที่มีความผูกพันระหว่างคนกับบ้าน คนกับงาน ซึ่งทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมแบบเฉพาะขึ้นมา (อรรถ, 2531, หน้า 16) โดยมองว่าสลัมก็คือ ชุมชนที่มีศักยภาพ และศักยภาพที่สำคัญก็คือ ความคิดและพลังของกลุ่มคนในสลัมเอง การแก้ไขปัญหาสลัมก็คือ แทนที่จะทำงานสังคมสงเคราะห์ จำเป็นต้องทำงานพัฒนา คือ การสร้างความคิดความเข้าใจเตรียมความพร้อมให้กับชาวบ้านในชุมชน กระตุ้นให้กลไกหรือองค์กรที่มีอยู่แล้วปฏิบัติการค้นหาพลังชุมชนและศักยภาพของชาวบ้าน (จันงค์, 2538, หน้า 61 และ 73)

วิธีการแก้ปัญหาคนจนเมือง สิ่งที่ได้เห็นได้อย่างชัดเจนก็คือ มีหน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญแก่กลุ่มชุมชนแออัด ซึ่งผ่านการต่อสู้กันมาอย่างยาวนานกว่าเรื่องราวของชุมชนแออัด จนได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสังคม ในขณะที่คนจนเมืองกลุ่มอื่น (เช่น คนเร่ร่อนจรจัด คนมีรายได้น้อยที่อาศัยตามห้องเช่า คนงานในสถานที่ก่อสร้าง ฯลฯ) อยู่ในสภาพที่ต่อสู้อย่างโดดเดี่ยว

ในระยะหลัง มีบางหน่วยงานได้เข้าไปทำงานกับคนจนเมืองที่มีใช้คนในชุมชนแออัด เช่น มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) ได้เข้าไปทำงานกับคนจนเมืองบางกลุ่มจนทำให้ถูกยกขึ้นมาเป็นปัญหาสังคม และทำให้หน่วยงานรัฐหยิบยกมาเป็นประเด็นในเชิงนโยบายคือ คนจนที่อยู่ในชุมชนได้สะพาน และชุมชนบุกรุกกรรมคลอง

การแสวงหาทางออกของคนจนเมือง อาจแบ่งการแสวงหาทางออกได้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคลหรือครอบครัวของคนจนเมือง และระดับกลุ่มหรือองค์กร

#### 1) ระดับบุคคลหรือครอบครัว

คนจนเมือง โดยเฉพาะในชุมชนแออัด เป็นกลุ่มบุคคลซึ่งถูกมองว่ามีวัฒนธรรมความยากจน ชี้เกียจ เล่นการพนัน ดิดเหล้า เสพยาเสพติด ฯลฯ แต่งานวิจัยอีกด้านหนึ่งกลับพบว่า คนสลัมต่อสู้เพื่อความอยู่รอดตลอดเวลา ด้วยการแสวงหาอาชีพซึ่งไม่มีคนกลุ่มใดในสังคมทำได้ กล่าวคือ เป็นอาชีพซึ่งต้องใช้แรงงานหนักและมีความเสี่ยงสูงแต่มีค่าจ้างแรงงานต่ำมาก เช่น กรรมกรก่อสร้าง การแบกหามของในตลาดท่าเรือ สถานีรถไฟ หาบเร่

ชายของ รถเข็น พนักงานเสิร์ฟ งานวิจัยของมานพ ประทุมทอง (2531) พบว่า คนในสลัม  
อ่อนนุชอยู่ได้ด้วยอาชีพบนกองขยะ

ดังนั้น โดยโครงสร้างแล้ว สมพงษ์ และ Korff (2527) จึงชี้ให้เห็นว่า คนสลัม  
อยู่ภายใต้กระบวนการสร้างความจำเจตนาทางเศรษฐกิจ โดยเป็นภาคเศรษฐกิจนอก  
ระบบซึ่งคอยหล่อเลี้ยงกระบวนการผลิตเศรษฐกิจในระบบ ดังที่เขาชี้ให้เห็นว่า สลัมที่เกิดขึ้น  
ระหว่างปี 2493-2513 เกิดขึ้นเพราะคนอพยพมาจากชนบท แต่สลัมหลังจากนั้นยังคงเกิด  
และดำรงอยู่ ปัญหาการดำรงอยู่ของสลัมจึงมาจากความสัมพันธ์ทางอำนาจทางเศรษฐกิจใน  
เมือง เช่นเดียวกับงานของ อรรถจักร์ (อ้างแล้ว) ที่ชี้ให้เห็นว่า สลัมในเมืองเชียงใหม่คือชุมชน  
ชนดั้งเดิมที่ดำรงอยู่รอบวัด ซึ่งมักจะไม่มีความสามารถในการเขยิบสถานะทางสังคมให้ก้าว  
ข้ามพื้นที่ทางสังคมเดิมได้

กล่าวโดยสรุป การแสวงหาทางออกในระดับบุคคลหรือครอบครัวของคนจน  
เมืองในชุมชนแออัดจึงอยู่ภายใต้ความจำกัดในเชิงโครงสร้าง เพราะคนสลัมอยู่ในส่วนของ  
สังคมซึ่งถูกขูดรีดโดยโครงสร้างให้พวกเขาได้เพียงลมหายใจอยู่ในมหานครได้เท่านั้น ทาง  
ออกในระดับบุคคล/ครอบครัวจึงไม่สามารถทำให้พวกเขาได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจที่  
จะมีที่อยู่อาศัยเป็นของตัวเองหรือหนีไปจากสภาพความยากจนได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า คนจน  
เมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนสลัมจึงต้องแสวงหาทางออกในระดับกลุ่มหรือองค์กร ดังจะ  
กล่าวรวมในส่วนทางออกโดยการหนุนเสริมจากภายนอก

## 2) ทางออกโดยการหนุนช่วยจากภายนอก

ปัญหาสลัมมีหน่วยงาน/องค์กรที่เข้าไปเกี่ยวข้องในการร่วมแสวงหาทางออก  
ของปัญหาคนจนกลุ่มนี้ ซึ่งมีแนวคิดในการทำงานหรือทิศทางที่แตกต่างกันออกไป  
ท่ามกลางพัฒนาการในบริบทเศรษฐกิจการเมืองช่วงต่างๆ พอจะสรุปให้เห็นดังต่อไปนี้

→ ทิศทางการแบบ "สังคมสงเคราะห์"

ทิศทางการแบบ "สังคมสงเคราะห์" คือฐานคิดในการมองปัญหาสลัมว่า เป็น  
แหล่งเสื่อมโทรม มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัย ฯลฯ แนวงานพัฒนา  
ของรัฐในทศวรรษที่ 2510 ด้านหนึ่งจึงเป็นการพัฒนาความเป็นอยู่ของชุมชนในเรื่องของสุข  
ภาพอนามัย ซึ่งได้แก่ (อคิน, 2541, อ้างแล้ว) งานด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยก็เป็นไปในทิศ  
ทางการรื้อย้ายสลัมและสร้างแฟลตเพื่อให้คนสลัมพ้นจากสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม  
ซึ่งก็คือแนวงานของการเคหะแห่งชาติยุคต้น

ภายใต้ทิศทางหรือแนวงานแบบสังคมสงเคราะห์ได้มีการสร้างกลุ่มหรือองค์  
กรด้วยเช่นกัน หากแต่เป็นการสร้างกลุ่ม/องค์กรหรือการทำกิจกรรมในลักษณะกลุ่ม/องค์กรที่  
ไม่ได้มีเป้าหมายในการสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชน แต่มุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือ  
กับรัฐ มุ่งให้คนสลัมได้เรียนรู้วิธีการในการที่จะประสานงานกับหน่วยงานบริการ

→ ทิศทางการพัฒนาแบบหนุนเสริมศักยภาพองค์กรชาวบ้าน

NGO ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 2520 ได้มีแนวคิดใหม่ว่า คนในสลัมมีพลัง  
การรวมตัว คนในสลัมมีพลังการรวมกลุ่ม และปัญหาของคนสลัมจะต้องถูกแก้ไขด้วยคนสลัม  
เอง การเริ่มต้นคือ ให้เกิดการรวมกลุ่มกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันถกเถียง และร่วมกันปฏิบัติ โดย  
ใช้องค์กรชุมชนเป็นศูนย์กลางหรือกลไกในการจัดการกิจกรรมที่สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมใน  
การแก้ปัญหาของตนเอง (เพ็งอ้าง) เช่นเดียว มพศ. (2541) ได้ชี้ให้เห็นพัฒนาการแนว  
คิด NGO ด้านงานเมืองในช่วงต้นทศวรรษ 2530 ว่า ในยุคเศรษฐกิจรุ่งเรือง มีการขยายตัว  
ของธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ยังผลให้มีการไล่รื้อ รุกรานชีวิตของคนสลัมจากนโยบายรัฐต่างๆ  
ทำให้ NGO ต้องหันมาสู่งานด้านการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรชุมชนซึ่งจะกล่าวต่อไป

ปัจจุบันการหนุนเสริมองค์กรประชาชนอาจแบ่งให้เห็นตามความแตกต่างในรูป  
แบบและกิจกรรมขององค์กรชุมชนที่เกิดขึ้นดังนี้

แนวงานหนุนเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการงาน ซึ่งได้แก่ งานของพ  
ชม.ในปัจจุบัน ที่มุ่งไปที่กิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนผ่านเครือข่ายขบวนการ  
การออมทรัพย์และสินเชื่อของชุมชน สร้างความเข้มแข็งองค์กรชุมชนโดยใช้สินเชื่อแบบ  
ผสมผสานเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชน ใช้กลไกการเงินเพื่อสร้างศักยภาพ  
ความสามารถในการจัดการ สร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน



## 2.8.4 แนวโน้มของปัญหาคนจนเมือง

### ด้านขนาดและปริมาณคนจนเมือง

พจน.คาดการณ์ว่า ปี 2551 สัดส่วนประชากรที่อยู่อาศัยในเมืองจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 46.3 ซึ่งคาดว่าจะมีผลให้คนจนในเมืองเพิ่มขึ้นจาก 2.7 ล้านคน เป็น 6.2 ล้านคน โดยเห็นว่ากรุงเทพมหานครและปริมณฑล และอีสเทิร์นซีบอร์ดจะเป็นเมืองที่ต่อเนื่องกัน (สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง, 2541) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ก่อนวิกฤตการณ์เศรษฐกิจ แต่หลังวิกฤตตกต่ำจะทำให้แนวโน้มดังกล่าวนี้เปลี่ยนแปลงไป การอพยพของคนจนเข้าสู่กรุงเทพฯ จะชะลอตัวลง แต่จะเพิ่มขึ้นในเขตปริมณฑลและเมืองหลักในภูมิภาค ซึ่งจะทำให้ปัญหาคนจนเพิ่มขึ้นในเขตปริมณฑลและเมืองในภูมิภาค

อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์ (อ้างแล้ว) ได้ชี้ให้เห็นกรณีของสลัมในเชียงใหม่ เนื่องจากการเกิดขึ้นมาจากความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ระหว่างชาวบ้านท้องถิ่นกับคนกลุ่มที่อยู่ในภาคการผลิตสมัยใหม่ และเกิดจากการขยายตัวของเทศบาลที่ขยายอำนาจและบทบาทไปบนพื้นที่อย่างกว้างขวาง แต่ไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด ซึ่งจะทำให้ชุมชนดั้งเดิมทั้งที่อยู่ในเมืองและแถบชานเมืองกลายเป็นชุมชนแออัดอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าจะขยายมากกว่าเท่าหนึ่งในช่วงสองถึงสามปีข้างหน้า ด้วยเหตุผลว่า ชุมชนเดิมที่อยู่รอบๆ วัดเกือบทุกวัดในเขตเมืองและรอบนอกใกล้เมืองเชียงใหม่ ขณะนี้ล้นแล้วแต่มีความหนาแน่นเพิ่มขึ้น

### ด้านปัญหา

ปัญหาที่คนจนเมืองจะเผชิญสำหรับคนในชุมชนแออัดคือ ปัญหาการไล่อื้อชุมชนแออัดยังเผชิญปัญหาการไล่อื้ออย่างรุนแรง ศูนย์หอทไลน์ เข้าชิง มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย ได้สรุปสถานการณ์การไล่อื้อทั่วประเทศ (ถึง ก.ค. 2541) พบว่า ชุมชนที่กำลังจะถูกไล่อื้อทั่วประเทศมีจำนวน 43 ชุมชน 3,677 หลังคาเรือน โดยมีชุมชนแออัดในภาคอีสานอยู่ในสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด กล่าวคือ มีจำนวน 21 ชุมชน 2,279 หลังคาเรือน นอกจากนี้ ในกทม.ยังมีชุมชนบุกรุกริมคูคลองจำนวน 217 ชุมชน 13,196 หลังคาเรือน 16,593 ครอบครัว และจำนวนประชากร 61,463 คน ที่อยู่ในสถานการณ์การไล่อื้อ มพศ. สรุปสถานการณ์การไล่อื้อว่า มาจากกระแส 3 ด้าน กล่าวคือ

1. กระแสเมืองนำอยู่และกระแสสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นนโยบายของทีมผู้ว่ากทม. ปัจจุบัน ผนวกกับกระแสสากลเรื่องเมืองนำอยู่ของ UNDP ที่เข้ามาพร้อมกันเงินช่วยเหลือภายใต้การพัฒนาเมืองนำอยู่ ทำให้เกิดปัญหาในชุมชนแออัดบนที่ดินของกทม. ที่สาธารณะที่ริมคลอง และที่ดินของเทศบาล ดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในการไล่อื้อเพื่อนำที่ดินไปสร้างสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ ลานคนเมือง บ่อบำบัดน้ำเสีย

2. กระแสเมืองท่องเที่ยว ซึ่งเกิดปัญหาในที่ดินของจังหวัดท่องเที่ยว เชียงใหม่ เชียงราย ภูเก็ต การไล่อื้อเกิดขึ้นเพื่อการสร้างอุทยานนคร ปรับปรุงคูคลอง ฯลฯ

3. กระแสการใช้ประโยชน์ที่ดินของรัฐเชิงพาณิชย์ เช่น การรถไฟ เทศบาล อบต. ฯลฯ เช่น ให้เอกชนเช่าทำที่ก่จัดขยะ ฯลฯ

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนชุมชนและครอบครัวที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ถูกไล่อื้อ

พื้นที่	จำนวนชุมชน	หลังคาเรือน
กรุงเทพมหานคร	12	578
ปริมณฑล -	6	625
ภาคอีสาน	21	2,279
ภาคเหนือ	2	153
ภาคใต้	2	42
รวม	43	3,677

ที่มา : ฐานข้อมูลจากสำนักงานเขตและสำนักการระบายน้ำ ปี 2540.

ตารางที่ 13 แสดงลักษณะชุมชนที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ถูกไล่รื้อ

ลักษณะชุมชน	จำนวนชุมชน	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร
1.ชุมชนแออัด	43	3677	18,385
2.ชุมชนบุกรุกริมคลอง	217	13,196	61,463
รวม	260	16,873	78,848

ที่มา : ฐานข้อมูลจากมพศ. และฐานข้อมูลจากสำนักงานเขตและสำนักงานการระบายน้ำ ปี 2540.

ขนาดและปริมาณของคนจนเมืองในปัจจุบัน มีความแตกต่างกันอย่างมาก ระหว่างการใช้เส้นความยากจนของทางราชการ กับหน่วยงานที่ทำงานด้านชุมชนแออัดโดยตรง การใช้เส้นความยากจน พบว่า ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลมีคนจนเพียง 51,659 คน ในขณะที่การใช้เกณฑ์ของสำนักพัฒนาชุมชนเมือง การเคหะแห่งชาติ พบว่า มีคนจนเมืองจำนวน 3,462,621 คน

หน่วยงานที่ทำงานด้านชุมชนแออัดโดยตรงพบว่า สถานการณ์ของคนจนเมืองมีแนวโน้มในด้านปริมาณที่สูงขึ้นในทุกปี ยิ่งพัฒนาปัญหาคนจนเมืองยิ่งสะสมซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เกณฑ์เส้นความยากจนของทางราชการกลับพบว่า คนจนเมืองมีปริมาณลดลง และชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาเศรษฐกิจตามแนวทางที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตคนจนดีขึ้น

ปัญหาที่คนจนเมืองเผชิญรุนแรงยิ่งขึ้นหลังวิกฤตการณ์เศรษฐกิจ และมีผลกระทบทั้งทางด้านค่าครองชีพและความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับคนในชุมชนแออัด แม้ความต้องการนำที่ดินไปประกอบการทางธุรกิจลดลงอย่างมาก แต่ยังคงเผชิญกับปัญหาการไล่รื้อที่มากับแนวคิดเรื่อง "เมืองน่าอยู่" และดูเหมือนจะยิ่งรุนแรงมากขึ้น

การแสวงหาทางออกของคนจนเมืองในระดับปัจเจกบุคคลมีความจำกัดโดยโครงสร้าง คุณภาพชีวิตของคนจนเมืองจำเป็นต้องการความช่วยเหลือและการหนุนเสริมจากองค์กรภายนอก ปัจจุบัน ในชุมชนแออัดมีหน่วยงานทั้งของรัฐและเข้าไปทำงานในลักษณะต่างๆ แต่กลุ่มคนจนนอกชุมชนแออัดยังไม่ค่อยมีหน่วยงานให้ความสนใจ

องค์กรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาและทางออกของคนจนเมือง โดยเฉพาะคนในชุมชนแออัด มีหลายแนวทางเช่น แนวสังคมสงเคราะห์ แนวการหนุนเสริมองค์กรชุมชน ซึ่งก็ยังคงมีความแตกต่างออกเป็น 2 แนวทาง คือ การเน้นการเสริมสร้างองค์กรชุมชนให้มีความสามารถในการบริหารจัดการ ผ่านเครือข่ายขบวนการอสมทรีพี้ กับแนวการเสริมสร้างอำนาจองค์กร/เครือข่ายชุมชนที่มุ่งเคลื่อนไหวต่อรอง กัดดันรัฐให้มีนโยบายซึ่งเอื้อกับคนจนเมือง

การต่อสู้ของคนจนเมืองในทศวรรษใหม่เป็นการต่อสู้โดยวิธีการสร้างอำนาจด้วยการขยายเครือข่าย สร้างพันธมิตรร่วมในขบวนการประชาสังคม เพื่อเคลื่อนไหวต่อสู้ด้วยการกดดัน ต่อรองรัฐให้แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ให้รัฐกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆที่เอื้อแก่คนจนเมือง รับรองสิทธิของความเป็นมนุษย์ที่ถูกทำลายโดยกระบวนการพัฒนา ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องให้รัฐต้องตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านต่างๆ เช่น การผลักดัน พ.ร.บ. สลัม ฯลฯ นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวของคนจนเมืองยังมุ่งไปสู่การสร้างพื้นที่ทางการให้มีที่ทางแก่คนจนในเวทีการเมืองผ่านบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ

### 2.8.5 กรรมกรกับเส้นความยากจน

เส้นความยากจนเส้นที่สองของเมธีประกอบด้วยสองเส้น โดยจำแนกตามเขตเมืองและชนบท กล่าวคือ ในปี 2535 เส้นความยากจนในเขตเมืองเป็น 12,764 บาทต่อคนต่อปี และในเขตชนบทเป็น 8,336 บาทต่อคนต่อปี (กนกศักดิ์ หน้า 7) แตกต่างจากเส้นความยากจนเส้นที่สาม ซึ่งเมธีและนาคได้จำแนกเส้นความยากจนอย่างละเอียดรอบคอบมากที่สุดเท่าที่ได้เคยมีการศึกษามาในประเทศไทย โดยถือว่าความต้องการอุปโภคและบริโภคขั้นพื้นฐานของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ เขตและภูมิภาคที่อยู่อาศัย ดังนั้นเมธีและนาคจึงได้กำหนดเส้นความยากจนอย่างหลากหลายถึง 150 เส้น ดังจะได้แสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างบางส่วนเฉพาะในเขตเทศบาลของกรุงเทพมหานครและปริมณฑลใน

ตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความต้องการขั้นต่ำของบุคคล (หรือเส้นความยากจน) ในเขตเทศบาล กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ณ เดือนพฤศจิกายน 2540 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541: 10)

(หน่วย: บาทต่อคนต่อเดือน)

อายุ (ปี)	ชาย	หญิง
16 - 19	1,153	889
20 - 29	1,339	969
30 - 59	1,329	997
60 ขึ้นไป	946	839

เมื่อนำเส้นความยากจนเส้นใหม่สุดของเมธีและน่านีมาใช้วัดกับกลุ่มอาชีพ กรรมกร ซึ่งเป็นผู้มีอาชีพขายแรงงานภายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลแล้วจะพบว่า คงเกือบจะไม่มีกรรมกรคนใดเลยที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ดังจะเห็นว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำอันเป็นค่าจ้างที่กฎหมายให้การคุ้มครอง<sup>1</sup> มีมูลค่าสูงกว่าเส้นความยากจนถึง 3 เท่าตัว ในกรณีของเพศชาย และ 3.5 เท่าตัวในกรณีของเพศหญิง ข้อมูลของเมธีและน่านีเองก็บ่งชี้ไปในลักษณะเดียวกันนี้ ดังที่ผลการศึกษาของเขาพบว่า ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีคนจนเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น ในขณะที่มีคนจนหนาแน่นมากที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงร้อยละ 19.4 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2541 หน้า 4)

การยอมรับหลักเกณฑ์ "เส้นความยากจน" ได้ทำให้กลุ่มกรรมกรไม่อยู่ในฐานะที่ยากจน เนื่องจากค่าจ้างของกรรมกรสูงกว่าเส้นความยากจนมาก หากยอมรับตรรกะเช่นนี้ ซึ่งก็คือ ไม่ยอมรับว่ากรรมกรเป็นคนที่ยากจน ก็ย่อมจะไม่มีที่ว่างสำหรับการศึกษาถึงปัญหาความยากจนของพวกเขา

ในการค้นหาเส้นความยากจนเส้นใหม่ สำหรับสะท้อนถึงสภาพความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจของกรรมกร โดยยังคงผูกโยงกับค่านิยามของ "ความยากจน" ในลักษณะเดียวกับผลงานของเมธีและน่านี ซึ่งก็คือ การนิยามความยากจนจากการพิจารณาถึงความเพียงพอในปัจจุบันยังชีพขั้นพื้นฐานของกรรมกรว่าเพียงพอหรือไม่

อันที่จริงแล้วเส้นความยากจนสำหรับศึกษากรรมกรนั้นมืออยู่แล้ว เส้นดังกล่าวก็คือ "อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ" นั่นเอง อย่างไรก็ตาม ความหมายของ "ค่าจ้างขั้นต่ำ" ก็มีการถกเถียงกันมาก เช่น ค่านิยามขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งกำหนดว่า "ค่าจ้างขั้นต่ำ หมายถึง ค่าจ้างที่จะช่วยให้คนงานไร้ฝีมืออย่างชีพ อยู่ได้ตามอัตภาพ กับภรรยาและบุตรอีก 2 คน"

การนิยามค่าจ้างขั้นต่ำของรัฐบาลไทย ปรากฏครั้งแรกในประกาศกระทรวงมหาดไทยฉบับลงวันที่ 16 เมษายน 2515 ข้อที่ 6 ซึ่งกำหนดไว้ว่า "ให้คณะกรรมการมีหน้าที่พิจารณากำหนดค่าจ้างขั้นต่ำซึ่งลูกจ้างควรจะได้รับ โดยคำนึงถึงข้อเท็จจริงต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ลูกจ้างสามารถเลี้ยงดูตนเองและสมาชิกในครอบครัวอีก 2 คน ให้ดำรงชีพอยู่ได้ตามปกติวิสัยเช่นเดียวกับคนทั่วไปในสังคม" การนิยามเช่นนี้แสดงให้เห็นว่า นานาประเทศ รวมทั้งรัฐบาลไทย ต่างก็เคยยอมรับข้อเท็จจริงที่ว่า ตามปกติแล้วกรรมกรนอกจากต้องหาเลี้ยงตัวเองแล้ว ยังจะต้องมีภาระในการเลี้ยงดูครอบครัวอีกด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2519 รัฐบาลกลับแก้ประกาศกระทรวงมหาดไทยฉบับวันที่ 16 เมษายน 2515 ข้อ 6 เสีย โดยเปลี่ยนข้อความเป็นอย่างนี้ "ให้คณะกรรมการมีหน้าที่พิจารณาเสนอความเห็นเพื่อรัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายค่าจ้างของประเทศ และมีอำนาจหน้าที่กำหนดค่าจ้างขั้นต่ำ ซึ่งลูกจ้าง

<sup>1</sup> ค่าจ้างขั้นต่ำในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ปี 2540 เท่ากับ 157 บาท หรือเดือนละ 3,482 บาท (คิดจากค่าจ้างจากการทำงาน 26 วันต่อเดือน) ต่อมาค่าจ้างขั้นต่ำได้ปรับเป็น 162 บาท (หรือเดือนละ 4,212 บาท) โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2541 เป็นต้นไป

คนเดียวควรจะได้รับและสามารถดำรงชีพอยู่ได้"

การนิยามค่าจ้างขั้นต่ำของรัฐบาลดังกล่าวได้ก่อให้เกิดกระแสคัดค้านขึ้นใน ขบวนการกรรมกรมาเป็นเวลานาน โดยรัฐบาลมักจะอ้างว่า ที่กำหนดให้ค่าจ้างขั้นต่ำเป็น อัตราที่เพียงพอต่อการยังชีพของกรรมกรเพียงคนเดียว ก็เพราะถือว่าค่าจ้างขั้นต่ำเป็นอัตรา ค่าจ้างเบื้องต้น สำหรับคุ้มครองคนงานไร้ฝีมือที่เพิ่งจะเข้าสู่ตลาดแรงงานใหม่ๆ มิให้ถูกเอารัด เอาเปรียบจากนายจ้างมากเกินไป ซึ่งโดยทั่วไปแล้วกรรมกรประเภทนี้จะมีอายุน้อยและเป็น โสด แต่เมื่อเขามีอายุการทำงานมากขึ้น ความชำนาญงานของเขาก็จะพัฒนามากขึ้น และ นายจ้างก็จะปรับอัตราค่าจ้างของพวกเขาให้สูงขึ้นเองอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามปรากฏว่าใน ความเป็นจริงแล้วมีนายจ้างจำนวนมากไม่น้อยที่จ่ายค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ และมีนาย จ้างจำนวนมากที่ใช้ค่าจ้างขั้นต่ำเป็นเกณฑ์ในการปรับค่าจ้างประจำปี อันทำให้ค่าจ้างขั้นต่ำ กลายเป็นอัตราค่าจ้างขั้นสูงไปโดยอัตโนมัติ

ข้อถกเถียงประการต่อมาเกี่ยวกับค่าจ้างขั้นต่ำก็คือ ยังมีนายจ้างจำนวนมากที่ ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย รัฐบาลมักจะอ้างว่า มีสารวัตรแรงงานไม่เพียงพอและไม่สามารถตรวจ แรงงานได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ หากบังคับให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างขั้นต่ำอย่างจริงจังโดย ขาดความยืดหยุ่น ก็อาจจะทำให้นายจ้างบางรายไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้ นโยบาย ของรัฐก็คือ หากคนงานสมัครใจทำงานโดยได้รับค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ รัฐบาลก็จะไม่ แทรกแซง แต่ถ้าหากว่าเกิดข้อพิพาทขึ้นหรือมีการร้องเรียนเกิดขึ้น รัฐบาลก็จะเข้าไปบังคับ ให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างตามกฎหมาย ในขณะที่ฝ่ายขบวนการแรงงานก็มักจะเรียกร้องให้รัฐ บังคับใช้กฎหมายค่าจ้างขั้นต่ำอย่างจริงจังโดยไม่ผ่อนปรน เช่นในปี 2522 สภาองค์การลูก จ้างสภาแรงงานแห่งประเทศไทยได้เรียกร้องให้รัฐบาลแต่งตั้งและมอบหมายให้ผู้นำแรงงาน ทำหน้าที่ช่วยตรวจแรงงานด้วย แต่กรมแรงงานในสมัยนั้นไม่อนุญาต เนื่องจากเกรงว่าจะไม่ ได้รับความร่วมมือจากนายจ้างและอาจก่อให้เกิดการพิพาทกับนายจ้างอย่างรุนแรงได้ หรือ อย่างในปี 2532 กลุ่มสหภาพแรงงานย่านสุขสวัสดิ์ จังหวัดสมุทรปราการ ก็เคยมีการเคลื่อนไหว เพื่ออาสาสมัครทำหน้าที่ช่วยตรวจแรงงาน แต่ก็ถูกรัฐบาลปฏิเสธเช่นเคย

ข้อถกเถียงประการต่อมาก็คือ จะมีเกณฑ์อะไรบ้างในการกำหนดอัตราค่าจ้าง ขั้นต่ำ ซึ่งปรากฏว่าฝ่ายคนงานมักจะเสนอข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเงินเฟ้อ และความเพียงพอใน ปัจจุบันยังชีพ ส่วนฝ่ายนายจ้างมักจะอ้างถึงผลกระทบของการปรับค่าจ้างขั้นต่ำต่อภาวะการลง ทุน การเติบโตทางเศรษฐกิจ และบางครั้งก็มีการเสนอระบบค่าจ้างลอยตัว อย่างไรก็ตาม แม้ มีการถกเถียงกันค่อนข้างมากในประเด็นนี้ แต่ก็ปรากฏชัดเจนว่า ฐานในการปรับค่าจ้างขั้นต่ำ ของไทยส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของดัชนีราคาผู้บริโภคเป็นหลัก โดยที่ยังมิได้มีการ พิจารณาถึงการเพิ่มผลิตภาพแรงงานแต่ประการใด

สำหรับผลงานที่ศึกษาถึงการนิยามความยากจนจากค่าจ้างขั้นต่ำนั้น ยังไม่มี การศึกษาโดยตรง นอกจากจะมีผลงานที่กล่าวถึงเรื่องนี้เป็นประเด็นเสริมเท่านั้น เช่น กลุ่ม ศึกษาปัญหากรรมกรไทย (2524) บัณฑิตย ธรรมดรีรัตน์ (2532) สมศักดิ์ สามัคคีธรรม (2532)

การใช้เกณฑ์ค่าจ้างขั้นต่ำในฐานะเป็น "เส้นความยากจน" ทำให้สามารถบ่งชี้ ได้ว่า กรรมกรกลุ่มใดเป็นกลุ่มที่มีความยากจนที่สุด ซึ่งจากตารางข้างล่างนี้สามารถแสดง ภาพดังกล่าวที่ชัดเจน

ตารางที่ 15 สถานประกอบการที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องเรื่องค่าจ้างขั้นต่ำ ปี 2537

ขนาดของสถานประกอบการ	จำนวนการตรวจแรงงาน			จำนวนที่พบว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง		
	แห่ง	คน	ร้อยละ	แห่ง	คน	ร้อยละ
1-99 คน	44,131	581,362	36.79	16,223	86,523	14.88
100-299 คน	2,317	388,804	18.47	428	19,825	5.09
300-499 คน	563	213,235	9.23	52	3,879	1.81
500-999 คน	321	219,844	4.98	16	2,038	0.92
1,000 คนขึ้นไป	219	410,338	4.56	10	2,228	0.54
<b>รวม</b>	<b>47,551</b>	<b>1,813,583</b>	<b>35.18</b>	<b>16,729</b>	<b>114,493</b>	<b>6.31</b>

ที่มา: สกิดีแรงงาน ปี 2537

จากตารางที่ 15 พบว่าสถานประกอบการขนาดต่ำกว่า 100 คน มีการจ่ายค่าจ้างผิดกฎหมายถึงร้อยละ 36.79 ของโรงงานทั้งหมดที่ผ่านการตรวจในปี 2537 ในขณะที่โรงงานขนาด 100-299 คน มีการจ่ายค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำร้อยละ 18.47 ข้อมูลในตารางนี้ได้แสดงให้เห็นว่า โรงงานขนาดเล็กมีการจ่ายค่าจ้างต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำมากที่สุด ในขณะที่สถานประกอบการขนาดใหญ่มีปัญหาดังกล่าวนี้ไม่มากนัก เมื่อเป็นเช่นนี้จึงสามารถกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มกรรมกรยากจนก็คือ กลุ่มสถานประกอบการขนาดเล็ก ซึ่งเป็นสถานประกอบการที่มีทุนน้อย ใช้เครื่องจักรที่ไม่ค่อยทันสมัย และมักจะเป็นเครื่องจักรเก่า บริหารโดยระบบครอบครัว และใช้แรงงานไร้ฝีมือเป็นหลักในการผลิต โดยอาศัยความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบจากการจ่ายค่าจ้างในอัตราต่ำ และมีชั่วโมงการทำงานสูง คนงานขาดความมั่นคงในการทำงานและมีอัตราการเข้าออกสูงมาก นอกจากนี้ สถานประกอบการขนาดเล็กจำนวนมากมิได้มีการจดทะเบียนให้ถูกต้องตามกฎหมาย หลายแห่งมีการใช้แรงงานเด็กที่ไม่ถูกต้อง

ลักษณะที่น่าสนใจของสถานประกอบการขนาดเล็กก็คือ มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วมาก โรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรงงานทำขนม ทำลูกอม ลูกกวาด ทำรองเท้า ผลิตเหล็กเส้น ผลิตภาชนะประเภทโลหะ ดัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ทำเฟอร์นิเจอร์ โรงน้ำแข็ง โรงสีข้าว เจียรไนเพชรและพลอย เป็นต้น

ในโรงงานขนาดเล็ก โดยทั่วไปแล้วคนงานมีอาจใช้สิทธิตามกฎหมายแรงงานสัมพันธ์ได้ อันเนื่องมาจากกฎหมายแรงงานสัมพันธ์ของไทยได้ให้สิทธิในการเลิกจ้างเป็นเอกสิทธิของนายจ้างแต่เพียงผู้เดียว คนงานที่ยื่นข้อเรียกร้อง ก่อตั้งสหภาพ หรือดำเนินการเจรจาต่อรอง ก็มักจะถูกนายจ้างเลิกจ้างเสียเป็นส่วนใหญ่ ด้วยเหตุที่นายจ้างในโรงงานขนาดเล็กมักจะมีการต่อต้านสหภาพแรงงานอย่างรุนแรง ยังคงมีทัศนคติที่มองว่าคนงานเป็นทาสในเรือนเบี้ยของตนเท่านั้น เมื่อคนงานไม่มีสหภาพแรงงาน จึงทำให้สภาพการจ้างและเงื่อนไขการทำงานของคนงานในโรงงานขนาดเล็กมักจะถูกกำหนดโดยนายจ้างแต่เพียงฝ่ายเดียวเป็นส่วนใหญ่

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า สถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 100 คน มีจำนวน 256,371 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 96.36 ของสถานประกอบการทั่วประเทศ โดยมีการจ้างงานจำนวน 2,338,110 คน

รายจ่ายของคนงานทุกหมวดตามที่จ่ายจริง รายจ่ายเฉลี่ยต่อวันจะเพิ่มเป็น 191.58 บาท อันแสดงว่า รายจ่ายของคนงานไร้ฝีมือหนึ่งคนมีมูลค่ามากกว่าค่าจ้างขั้นต่ำถึงหนึ่งเท่าตัว

การศึกษาของสังคีตและกิตติครั้งที่สองในปี 2537 ซึ่งศึกษารายจ่าย 9 หมวด (โดยนับรวมค่าเช่าที่อยู่อาศัย ค่ารักษาพยาบาล ค่าท่องเที่ยว และค่ารักษาสถานภาพทางสังคม เข้าไปด้วย) พบว่า ในปี 2537 ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นของลูกจ้างเท่ากับ 141.27 บาท เมื่อเทียบกับค่าจ้างขั้นต่ำในขณะนั้น (วันละ 125 บาท) จึงกล่าวได้ว่า รายจ่ายของลูกจ้างมีมูลค่าต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ 16.27 บาทต่อวัน

เมื่อค่าจ้างไม่เพียงพอต่อการครองชีพตามปกติวิสัย จึงส่งผลให้คนงานส่วนใหญ่ตกอยู่ในสภาวะหนี้สินเรื้อรัง มีการกู้หนี้ยืมสินนอกระบบกันอย่างแพร่หลายทั่วไป และอัตราดอกเบี้ยสูงถึงร้อยละ 10-25 ต่อเดือน ผลการศึกษาของผู้เขียนเอง พบว่า คนงานมักจะเล่นแชร์กันมาก ซึ่งการเล่นแชร์ของคนงานส่วนใหญ่ถือเป็นการกู้หนี้ยืมสินประเภทหนึ่ง โดยการเบียดเบียนเป็นมือแรกๆ จากนั้นค่อยส่งดอก เมื่อสูดดอกไม่ไหวก็จะเล่นแชร์มือใหม่เพื่อเบียดเบียนมาส่งดอกมือแรก มีบางรายที่เป็นหนี้แชร์หลายๆมือ จนกระทั่งหมดความสามารถที่จะส่งดอกก็จะลาออกจากงานไปเลย การเล่นแชร์ในโรงงานจึงเต็มไปด้วยความเสี่ยงและมีดอกเบี้ยสูงมาก

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การซื้อหวยใต้ดินเป็นหมวดรายจ่ายที่ค่อนข้างสูงของคนงาน อย่างไรก็ตาม นักวิจัยไม่ควรมองข้ามรายจ่ายในหมวดนี้ เนื่องจากพฤติกรรมการซื้อหวยใต้ดินสามารถสะท้อนให้เห็นในทางอ้อมได้ว่า คนงานผู้ตกอยู่ในวังวนของความยากจนอย่างมีอาจถอนตัวให้หลุดออกมาได้นั้น มิใช่ว่าพวกเขาจะปราศจากความฝันที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้น ตรงกันข้าม พวกเขามีความหวังอยู่ตลอดเวลา และมีหนทางเดียวเท่านั้นที่จะทำฝันให้เป็นจริง ซึ่งก็คือการซื้อหวยนั่นเอง

การศึกษาค่าจ้างขั้นต่ำของ สังคีต พิริยะรังสรรค์ ได้เสนอว่า แม้คนงานจะเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการเพิ่มผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ แต่ค่าจ้างและสวัสดิการของคนงานได้รับการปรับในอัตราที่ต่ำมาก ซึ่งสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เกิดขึ้นจากสภาพของการเป็น "ทุนนิยมแบบพึ่งพา" (dependent capitalism) ของไทย อันประกอบด้วย การพึ่งพิงเทคโนโลยี การพึ่งพิงการส่งออก การพึ่งพิงการนำเข้า และการพึ่งพิงการเงินจากต่างประเทศ

การที่กรรมกรส่วนใหญ่ของไทยได้รับค่าจ้างที่ต่ำมาก เกิดจาก

1. ตำแหน่งแห่งที่ของประเทศไทยในระบบเศรษฐกิจโลก ซึ่งไทยต้องนำเข้าวัตถุดิบ สินค้าขั้นกลาง และเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อทำการผลิตสินค้าสำหรับส่งออกสู่ตลาดต่างประเทศ โดยอาศัยความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบจากการมีแรงงานราคาถูกจำนวนมาก แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่อพยพมาจากชนบท การศึกษาต่ำ เป็นแรงงานไร้ฝีมือ และมีเป็นจำนวนมากที่เป็นแรงงานหญิงและเด็ก

2. โครงสร้างการผลิตภายในประเทศที่ขยายตัวสูง ได้แก่ โรงงานขนาดเล็ก และภาคการผลิตนอกระบบ (informal sector) ซึ่งมีการกดขี่แรงงานสูง

3. สหภาพแรงงานในประเทศไทยขาดความเข้มแข็ง จึงไม่สามารถให้ความคุ้มครองและปรับปรุงสภาพการจ้างที่เป็นธรรมได้

หากตั้งเป้าหมายสำหรับการศึกษาเรื่องความยากจนโดยโยงเข้ากับการพัฒนาคุณภาพและคุณภาพชีวิตแล้ว การนิยามความยากจนไม่สามารถใช้ในลักษณะทั่วไปได้ เช่น ความยากจนในภาคเกษตรกรรม อาจจะเป็นเรื่องของกรรมกรมีปัจจัยดำรงชีพที่เพียงพอ แต่สำหรับในกลุ่มกรรมกรแล้ว การมีค่าจ้างที่พอเพียงก็ยังไม่สามารถถือว่าคนงานมีคุณภาพในชีวิตที่ดีได้ ถ้าหากว่ายังคงทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่สุ่มเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยอยู่ หรือการขาดความมั่นคงในอาชีพ เป็นต้น

ดังนั้นเพื่อความหมายของ "ความยากจนในกลุ่มกรรมกร" มีความครอบคลุม ควรรวมถึงปัจจัยอย่างน้อยที่สุด 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1. มีปัจจัยการดำรงชีพที่เพียงพอแก่ตนเองและครอบครัว
2. มีความมั่นคงในอาชีพและรายได้พอสมควร
3. มีสภาพการทำงานที่ไม่สุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัย

#### 4. เป็นผู้ซึ่งไม่ยากไร้ซึ่งอำนาจในการต่อรอง

เกณฑ์ในการชี้วัดความยากจนในกลุ่มกรรมกรก็ควรจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มและภูมิภาค เนื่องจากกรรมกรต้องพึ่งพิงรายได้ที่เป็นตัวเงินเกือบทั้งหมด ดังนั้น การกำหนดเส้นความยากจนสำหรับกรรมกรจะต้องสูงกว่าชาววนาที่สามารถพึ่งพิงแหล่งอาหารจากธรรมชาติได้มากกว่า และเส้นความยากจนของกรรมกรในกรุงเทพฯที่มีค่าครองชีพสูงก็ควรจะสูงกว่ากรรมกรในจังหวัดขอนแก่น

#### 2.8.6 คนจนในชนบท

##### เกณฑ์เส้นความยากจน

งานบุกเบิกชิ้นสำคัญ 2 ชิ้น คือ เมธีและจินตนา ในปี 2518 ที่มุ่งหาเส้นความยากจนสัมบูรณ์ ด้วยการชี้ฟังก์ชันการบริโภค การใช้ความต้องการอาหารขั้นต่ำหรือความพอเพียงทางด้านอาหาร เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยสรุปออกมาเป็นรายได้ที่เพียงพอที่จะซื้ออาหารและสินค้าหรือบริการอื่นที่จำเป็นในการดำรงชีพขั้นต่ำ ในที่นี้คนจนก็คือคนที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ระดับความยากจน วิธีการนี้ได้รับความนิยมเพราะสามารถใช้ดัชนีราคาปรับเส้นความยากจนในเวลาต่อมาได้สะดวก อีกทั้งข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งทำขึ้นทุก 2 ปีนับตั้งแต่ปี 2531 จะสอดคล้องกับวิธีการนี้ (รายละเอียดในบทความกนกศักดิ์)

ชนบทยังคงเป็นภูมิภาคที่คนยากจนอาศัยอยู่มากที่สุดถึงประมาณร้อยละ 80 ของคนจนทั้งหมดโดยในปี พ.ศ.2544 มีคนจนอยู่ในชนบท 7.1 ล้านคน จากจำนวนคนจนทั้งหมด จำนวน 8.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.57 ของประชากรในชนบท ลดลงจากปี พ.ศ. 2543 ที่มีคนจนอยู่ในชนบทประมาณ 8.16 ล้านคน หรือร้อยละ 19.1 ของประชากรในชนบท (ข้อมูลจากเอกสารการสัมมนาเรื่องยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาคความยากจนของ สศช.มย.2545)

#### 2.8.7 เกณฑ์พื้นที่ความยากจน

การพัฒนาชนบทเริ่มต้นดำเนินการตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับรายได้ของคนยากจนในชนบท และกระจายผลการพัฒนาไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่ยังด้อยโอกาสให้ทั่วถึง โดยมุ่งยกระดับความสามารถของคนชนบท ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน สภาพพัฒนา ได้มอบหมายให้กรมการพัฒนามชน จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานรายได้ระดับหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า กชช.2ค. ตั้งแต่ปี 2525 โดยดำเนินการจัดเก็บทุก 2 ปีข้อมูล กชช.2ค. เป็นข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน ที่ทำให้สามารถรู้สภาพปัญหาของหมู่บ้าน ซึ่งจะนำไปวางแผนแก้ไขปัญหให้แก่หมู่บ้าน ตำบล ของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง หรือกลุ่ม/องค์กรประชาชน วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้นำท้องถิ่นในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ออกไปใช้ในการวางแผนพัฒนาตำบล แผนพัฒนาอำเภอ และแผนพัฒนาจังหวัด

ข้อมูล กชช.2ค. ได้มีการปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยล่าสุดปี 2544 ตัวชี้วัด มี 6 กลุ่ม 31 ตัวชี้วัด

1. กลุ่มสภาพพื้นฐาน ได้แก่ เอกสารสิทธิ ไฟฟ้า คมนาคม สิทธิที่ดินทำกิน

2. กลุ่มผลผลิต รายได้ และการมีงานทำ เช่น การประกอบธุรกิจหมู่บ้าน การประกอบอาชีพและการมีงานทำ อัตราค่าจ้าง ผลผลิตจากการทำนา ผลผลิตจากการทำไร่ การประกอบอาชีพอื่นๆ การอพยพหางานทำ การรวมตัวของเกษตรกร การทำการเกษตรฤดูแล้ง

3. กลุ่มสาธารณสุขและการอนามัย ได้แก่ การได้รับการคุ้มครองการบริโภคด้านยา การป้องกันโรคติดต่อ สุขภาพจิต การอนามัยสิ่งแวดล้อม การอาชีวอนามัย การมีส่วนร่วมด้านสุขภาพอนามัย

4. กลุ่มแหล่งน้ำ ได้แก่ น้ำสะอาด น้ำใช้ น้ำเพื่อการเกษตร

5. กลุ่มความรู้ การศึกษา และวัฒนธรรม ได้แก่ ระดับการศึกษาของประชาชน อัตราการเรียนต่อของประชาชน การให้ความรู้ของรัฐ สถานที่ให้ความรู้สำหรับหมู่บ้าน สถานที่ให้บริการด้านข่าวสารข้อมูล กิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมและกีฬา



6. กลุ่มทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปลูกป่าหรือไม้ยืนต้น การใช้ประโยชน์ที่ดิน คุณภาพของแหล่งน้ำ

ข้อมูล กชช. 2 ค ปี 2544 เป็นข้อมูลที่เสนอดัชนีต่างๆ ที่สะท้อนถึงภาวะความยากจนในชนบทซึ่งครอบคลุมมิติต่างๆ ทั้งด้านคุณภาพชีวิต โอกาสเข้าถึงบริการทางสังคมและบริการพื้นฐาน การกำหนดพื้นที่เป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนโดยคัดเลือกเฉพาะหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนาอันดับ 1 (ล่างหลัง ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดที่มีปัญหามาก(ต่ำกว่าเกณฑ์)11-31 ข้อ และหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนาอันดับ 2(ปานกลาง) ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่มีปัญหามาก (ต่ำกว่าเกณฑ์) 6-10 ข้อ โดยพบว่า พื้นที่ชนบททั่วประเทศ 75 จังหวัด มีหมู่บ้านเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนทั้งสิ้น 16,735 หมู่บ้าน (ร้อยละ 23.0 ของหมู่บ้านทั้งหมด) กระจายอยู่ใน 4,636 ตำบล(จาก 7,255 ตำบล) และอยู่ใน 846 อำเภอ (จาก 876 อำเภอ) ดังนี้

พื้นที่เป้าหมาย	หมู่บ้าน	% เป้าหมาย	ตำบล	% เป้าหมาย	อำเภอ	จังหวัด	พื้นที่เป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนระดับหมู่บ้านรายจังหวัด (เรียงตามลำดับจากจังหวัดที่มีพื้นที่เป้าหมายยากจนมากที่สุด)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,676	39.9	1,928	41.6	320	19	บุรีรัมย์, นครราชสีมา, อุบลราชธานี, ศรีสะเกษ, ร้อยเอ็ด, สุรินทร์, ชัยภูมิ, ขอนแก่น, อุดรธานี, กาฬสินธุ์หนองคาย, เลย, สกลนคร, มหาสารคาม, นครพนม, นครพนม, หนองบัวลำภู, ยโสธร, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร
ภาคเหนือ	5,806	34.7	1,235	26.6	193	17	เชียงราย, เชียงใหม่, เพชรบูรณ์, นครสวรรค์, น่าน, กำแพงเพชร, พิจิตร, แม่ฮ่องสอน, พิษณุโลก, ตาก, สุโขทัย, ลำปาง, พะเยา, อุตรดิตถ์, แพร่, อุทัยธานี, ลำพูน
ภาคกลาง	3,012	18.0	941	20.3	195	25	กาญจนบุรี, ลพบุรี, สระแก้ว, ฉะเชิงเทรา, สุพรรณบุรี, พระนครศรีอยุธยา, ราชบุรี, จันทบุรี, ชลบุรี, นครนายก, ชัยนาท, เพชรบูรณ์, นครปฐม, ประจวบคีรีขันธ์, อ่างทอง, สมุทรปราการ, ระยอง, สิงห์บุรี, ปทุมธานี, สมุทรสาคร, ตราด, สมุทรสงคราม, นนทบุรี
ภาคใต้	1,241	7.4	532	11.5	138	14	นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ปัตตานี, ชุมพร, สงขลา, พัทลุง, นราธิวาส, ยะลา, ตรัง, กระบี่, พังงา, ระนอง, สตูล, ภูเก็ต
ทั่วประเทศ	16,735	100.0	4,636	100.0	846	75	

จังหวัดที่มีจำนวนหมู่บ้านเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาความยากจนมากที่สุด 10 อันดับแรก คือ บุรีรัมย์(802 หมู่บ้าน) นครราชสีมา (765 หมู่บ้าน) เชียงใหม่ (689 หมู่บ้าน) อุบลราชธานี (641 หมู่บ้าน) เชียงราย (624 หมู่บ้าน) ศรีสะเกษ (580 หมู่บ้าน) เพชรบูรณ์ (542 หมู่บ้าน) นครสวรรค์ (491 หมู่บ้าน) น่าน (456 หมู่บ้าน) ร้อยเอ็ด (449 หมู่บ้าน)

**เกณฑ์กระแสเศรษฐกิจศาสตร์การเมือง**

หากพิจารณาตามนิยามของกระแสคิดเศรษฐกิจศาสตร์การเมือง ที่ใช้เกณฑ์สำคัญคือ การเข้าถึงและครอบครองปัจจัยการผลิต และการมีอำนาจในการต่อรองเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยการผลิตซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญในระบบเศรษฐกิจ คนจนในทศวรรษที่ 2530-40 ภายใต้อาณานิคมในแนวทางเช่นนี้ก็คือ เกษตรกรรายย่อยซึ่งผลิตอยู่ภายใต้ระบบเศรษฐกิจการตลาด ที่มีปัญหาทั้งในด้านการมีที่ดินทำกิน และการครอบครองและใช้ประโยชน์ในที่ดินอย่างมั่นคง เงินทุนที่ใช้ในการผลิต ดังตัวเลขของ ที.ดี.อาร์.ไอ. ที่ระบุว่า มีคนอาศัยอยู่ในเขตป่าที่มีปัญหาดังกล่าวนี้จำนวน 1.2 ล้านครอบครัว หรือราว 10 ล้านคน (ซึ่งตัวเลขดังกล่าวนี้มากกว่าเกณฑ์เส้นความยากจนที่ปรับใหม่)

ถ้ามองจากปัญหาเรื่อง "ทุน" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการผลิต สามารถพิจารณาได้จากเกษตรกรทั่วประเทศที่มีจำนวน 5.7 ล้านครอบครัว จำนวน 20-30 ล้านคน ซึ่งมีเกษตรกรจำนวน 4.7 ล้านครอบครัวเป็นหนี้สิน โดยมีปริมาณหนี้สินเกษตรกรรวมกันราว 3 แสนล้านบาท โดยเป็นหนี้ในระบบ (ธกส.) จำนวน 1 แสนล้านบาท และหนี้สินนอกระบบอีกจำนวน 2 แสนล้านบาท ส่วนที่เหลืออีก 1 ล้านครอบครัวไม่เป็นหนี้สินเนื่องจากไม่มีหลัก



ทรัพย์สินในการค้าประกันเงินกู้ได้ (ข้อมูลจากการพูดคุยกับ คุณวีระพล โสภกา เลขานุการ คปอ.)

คนจนเหล่านี้ส่วนหนึ่งสามารถระบุได้จากเกษตรกรซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มเกษตรกร และสหกรณ์การเกษตร นอกจากนี้ สามารถระบุกลุ่มคนจนดังกล่าวนี้จากการเคลื่อนไหวของเกษตรกรรายย่อยที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงปี 2535 ภายใต้ชื่อ "สมัชชาเกษตรกรรายย่อย (สกย.)" ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสกย.อ. (เดิมคำว่า "อีสาน") และในปัจจุบันได้แยกออกเป็นกลุ่มต่างๆ ในอีสานราว 10 กลุ่ม จำนวนสมาชิกรวมกันราว 2 แสนครัวเรือน (ในประภาส, 2541) ดังจะเห็นได้จากข้อเรียกร้องสำคัญของเกษตรกรรายย่อยที่เกี่ยวกับปัญหาหนี้สิน ปัญหาปัจจัยการผลิต รวมทั้งปัญหาจากโครงการส่งเสริมการเกษตรของรัฐที่ล้มเหลว นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของกลุ่มเกษตรกรรายย่อยดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เป็นการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัจจัยการผลิตของกลุ่มเกษตรกรดังกล่าว ซึ่งต้องแย่งชิงกับธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่ที่กลายเป็นทิศทางและนโยบายรัฐในการพัฒนาและการส่งเสริมการเกษตรในทศวรรษนี้

#### แนวการมองทางด้านรัฐศาสตร์และสังคมวิทยา

กระแสนี้เน้นการนิยามความยากจนว่าเป็นเรื่องของ การจนอำนาจ จนโอกาส โดยเชื่อมโยงถึงบริบททางเศรษฐกิจการเมืองที่สืบเนื่องมาจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจตั้งแต่ทศวรรษ 2520 รัฐได้เปลี่ยนยุทธศาสตร์ในการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาที่เรียกว่า "อุตสาหกรรมนำการส่งออก" (EXPORT-LED GROWTH) ผลพวงจากกลยุทธ์ดังกล่าวนี้ทำให้รัฐกับภาคธุรกิจรุกเข้าไปในชนบทเพื่อใช้ทรัพยากร ดิน น้ำ ป่า ในชนบท ซึ่งนำมาสู่กระแสความขัดแย้งในการใช้ทรัพยากรในชนบทอย่างกว้างขวาง เนื่องจากสภาพดำรงชีพของชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นเหล่านี้ต้องพึ่งพิง

เราสามารถประมาณการได้จากขนาดและจำนวนของคนจนเหล่านี้ ซึ่งล้วนแต่อยู่ในชายขอบของสังคม ได้จากปริมาณการเดินขบวนชุมนุมประท้วงที่เกิดขึ้น และสามารถระบุกลุ่มเหล่านี้ได้จากภาพของสมัชชาคนจนและเครือข่ายต่างๆ ที่อยู่ภายในสมัชชาคนจน (ประภาส, 2541)

หัวใจสำคัญของกลุ่มแนวคิดด้านรัฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง และทางสังคมวิทยา ก็คือ สัมพันธภาพทางอำนาจของกลุ่มต่างๆ ในสังคมอย่างไม่เท่าเทียมกัน การกำหนดว่าอะไรคือการ "พัฒนา" หรืออะไรคือ "ความยากจน" ถูกผูกขาดโดยรัฐและชนชั้นนำของสังคม เมื่อนโยบายการพัฒนาของรัฐสร้างปัญหาแก่ประชาชนอย่างหนักหน่วง ประชาชนเองก็มีความอ่อนแอ หรือต้องอำนาจในการกำหนดเป้าหมายและวิถีทางการพัฒนาของตนเอง ประชาชนชายขอบไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของสังคมได้ และถูกปิดกั้นมันทอนภูมิปัญญาของตนเอง จึงทำให้ชุมชนเกิดความอ่อนแอ ตกอยู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจในแนวตั้ง ขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ความยากลำบากในการดำรงชีพทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในเชิงประจักษ์หากวัดจากเกณฑ์เรื่องรายได้ พวกเขาเป็นคน "คนยากจน" ซึ่งนัยที่แท้จริง คือ จนอำนาจ จนโอกาส ขาดพลังทางการเมืองในการปกป้องตนเอง

### 2.8.8 พัฒนาการปัญหาที่สร้างภาวะยากจนแก่คนชนบท

ยุคปรับระบบเศรษฐกิจดั้งเดิมสู่เศรษฐกิจการค้า ปฏิวัติเกี่ยวกับทุนนิยม

ค่าเช่า

การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจการเมืองระดับโลกได้ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างจริงจังเมื่อมีการเปิดประเทศและเริ่มมีความสัมพันธ์ทางการค้ากับตะวันตก ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และครั้งที่สองในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนมาถึงการเริ่มแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 ในปี 2504 อันเป็นช่วงที่การเมืองไทยอยู่ในยุคเผด็จการทหารของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ รูปธรรมที่กระทบต่อภาคชนบทไทย ก็คือ การสัมปทานไม้ก่อนหน้านั้นในภาคเหนือและขยายสู่ภาคอื่นๆ นโยบายปฏิวัติเขียวที่เข้ารีอทำลายระบบเกษตรดั้งเดิมของชุมชนที่เน้นการยังชีพซึ่งมีความหลากหลายไปตามระบบนิเวศและวัฒนธรรม เช่น ระบบไร่หมุนเวียนในภาคเหนือ ระบบสวนสมรมในภาคใต้ ไปสู่เกษตรแผนใหม่ในเชิงพาณิชย์และอุตสาหกรรม อันมีการนำเข้าเทคโนโลยีการผลิตแบบใหม่ ใช้ระบบเกษตรเชิงเดี่ยวปลูกพืช

พาณิชย์ ใช้ทั้งปุ๋ยเคมี ยาปราบศัตรูพืช เครื่องจักรกลการเกษตร และการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานขึ้นรองรับ เช่น เขื่อน ถนน เป็นต้น (เจมส์คัต, 2534)

ผลกระทบจากนโยบายหรือถอนเกษตรดั้งเดิมและสร้างระบบเกษตรเชิงเดี่ยวรองรับ ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อทรัพยากรธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นที่อาศัยฐานทรัพยากร ในด้านหนึ่งพื้นที่ป่าลดลงอย่างรวดเร็วจากการสัมปทานไม้และการขยายตัวของพืชพาณิชย์ (เจมส์คัต, อ้างแล้ว) พันธุ์พืชพื้นบ้านสูญพันธุ์อย่างรวดเร็วเพราะถูกแทนที่ด้วยพืชมหัศจรรย์ที่ตอบสนองตลาดโลก เช่น ข้าว มันสำปะหลัง ปอ ข้าวโพด เป็นต้น (วิฑูรย์, 2535) และขณะเดียวกันก็ทำให้ระบบเศรษฐกิจที่มีเสถียรภาพของชุมชนผนวกเข้าสู่กลไกตลาด ชุมชนท้องถิ่นสูญเสียความสามารถในการจัดการผลิต เพราะต้องอาศัยเทคโนโลยีและวัตถุดิบจากภายนอกเป็นส่วนใหญ่ อันนำมาสู่ความล้มเหลวของเกษตรกรในการผลิต และตามมาด้วยปัญหาหนี้สินและการเคลื่อนย้ายแรงงานไปบุกเบิกที่ทำกินใหม่ในที่อื่นๆ เช่น แรงงานจากอีสานบุกไปทำกินในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

ความล้มเหลวในการผลิตของเกษตรกร ผนวกกับการขยายตัวของกลไกตลาด ได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อโครงสร้างความสัมพันธ์ในท้องถิ่น ระบบทุนนิยมค่าเช่าได้ขยายตัวเข้ายึดกุมระบบการผลิตของเกษตรกร นายทุนท้องถิ่นปล่อยรูปแบบมีพันธะสัญญาแก่ชาวบ้านที่ประสบปัญหาการผลิต โดยมีข้อผูกมัดในเรื่องการรับซื้อผลผลิตและดอกเบี้ยราคาสูง ทั้งนี้เพื่ออาศัยชาวบ้านเป็นแรงงานในการผลิตและให้แบกรับภาระความเสี่ยง ทั้งจากกลไกตลาดที่ผันผวน ความผันแปรของธรรมชาติ และความล้มเหลวของเทคโนโลยี ระบบทุนนิยมค่าเช่าดังกล่าวได้สร้างความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์ที่ครอบงำชุมชน เจ้าพ่อท้องถิ่นจำนวนมากเติบโตด้วยทุนนิยมค่าเช่า ขณะที่เกษตรกรถูกขูดรีดจากระบบ แปรสภาพตนเองเป็นแรงงานรับจ้างบนผืนนาตนเอง ต้องขายที่นา หรือไม่ก็เปลี่ยนเป็นอาชีพนอกภาคเกษตร อพยพเข้าเมือง ดังเช่นการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ครอบครัวเกษตรกรที่พึ่งรายได้จากการรับจ้างอย่างเดียวนั้นมากกว่าครึ่ง อีกราวร้อยละ 30 ต้องหารายได้จากการทำงานนอกภาคเกษตรเพิ่มเติมจากการเกษตร และอีกร้อยละ 10 ประกอบกิจการของตัวเอง เหลือครัวเรือนที่ทำเกษตรอย่างเดียวเพียงไม่ถึงร้อยละ 5 เท่านั้นเอง (RITCHIE อ้างในอนันท์, 2538, หน้า 158)

ในส่วนของโครงการพัฒนาจากรัฐเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน ก็ได้สร้างปัญหาต่อชาวบ้านโดยตรง โครงการสร้างเขื่อนขนาดใหญ่ ได้อพยพผู้คนออกจากถิ่นฐานบ้านเกิดจำนวนมาก โดยชาวบ้านที่ถูกอพยพไม่ได้รับค่าชดเชยหรือดูแล เช่น ชาวบ้านจากเขื่อนสิรินธร เขื่อนน้ำพรม และอื่นๆ จำนวนมาก ที่ถูกอพยพหรือถอนปล่อยไปตามยถากรรม

จุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งในยุคเริ่มการพัฒนาสมัยใหม่ ก็คือ การก่อกำเนิดเครือข่ายของภาคธุรกิจ ได้แก่ สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม และสมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย ในช่วงสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ อันนำมาซึ่งการเติบโตของคนชั้นกลางในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ซึ่งจะเป็นพลังสำคัญที่โยงใยกับอำนาจรัฐเป็นทุนนิยมอภิสิทธิ์หรือทุนอุปถัมภ์ที่สืบทอดมาจากภาคชนบทเข้าสู่เมือง เป็นนโยบายที่สำคัญในการสร้างความเติบโตแก่ภาคอุตสาหกรรมและเมือง แต่ไปลดทอนปิดกั้นภาคชนบท เช่น การยกเลิกประกาศคณะปฏิวัติว่าด้วยการจำกัดการถือครองที่ดิน เพื่อเปิดโอกาสให้เอกชนเข้าจับจองที่ดินของประชาชนได้ หรือนโยบายการส่งเสริมการลงทุนภาคอุตสาหกรรม ขณะที่เก็บค่าพรีเมียมข้าวแก่เกษตรกร

ผลกระทบจากนโยบายการพัฒนาที่สร้างภาวะยากจนแก่ประชาชนชนบท ผนวกกับอำนาจทางการเมืองที่รวมศูนย์อยู่ที่รัฐบาลเผด็จการทหารมายาวนาน โดยที่ประชาชนขาดอำนาจทางการเมืองในการกำหนดทิศทางของตนเอง และความโน้มเอียงของรัฐบาลที่สนับสนุนภาคทุนอย่างเด่นชัด จึงเป็นพื้นฐานให้เกิดการรวมกลุ่มของ ชาวนาชาวนาไรเป็นเครือข่ายในนาม "สหพันธ์ชาวนาชาวนาไรแห่งประเทศไทย" ในปี 2517 ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ที่พลังนักศึกษา ชาวนา กรรมกร และคนชั้นกลาง โค่นล้มเผด็จการทหารลงได้ สหพันธ์ชาวนาชาวนาไรฯเกิดมาจากนโยบายของรัฐและทุนที่ขูดรีดชาวนาชาวนาไร โดย

เฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่ท่ากิน ปัญหาค่าเช่านา ปัญหาราคาพืชผลตกต่ำ ปัญหาการถูกอพยพจากเขื่อน ชาวนาชาวไร่จึงรวมตัวกันขึ้นเพื่อกดดันรัฐบาลให้มีการเจรจาแก้ปัญหาแก่เกษตรกร รูปธรรมเช่น รัฐบาลตั้งคณะกรรมการสอบสวนปัญหาหนี้สินของชาวนาชาวไร่ (กสส.) มีการออกพร.ค่าเช่านา และพร.ปฏิรูปที่ดินฯ ในปี 2518 แต่ต่อมาก็ได้ยุติบทบาทลงภายหลังเหตุการณ์ 6 ต.ค.19 (ประภาส, 2541) กรณีตัวอย่างของสหพันธ์ชาวนาชาวไร่ ถือเป็นเครื่องชี้วัดความล้มเหลวของนโยบายรัฐที่สร้างภาวะยากจนให้แก่เกษตรกร และการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญบางประการก็เกิดจากพลังผลักดันของเกษตรกรเอง

**ยุคการเติบโตอุตสาหกรรม การแย่งชิงทรัพยากรธรรมชาติและสังคมจากชนบท**

ช่วงทศวรรษที่ 2520 วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อเนื่องจากวิกฤตการณ์ราคาน้ำมันครั้งที่ 2 ของโลก ในปี 2522-3 รัฐบาลพลเอกเปรม ติลสุลานนท์ ได้แก้ไขปัญหาวิกฤตการณ์เศรษฐกิจโดยเลือกการรับเงินช่วยเหลือจาก IMF ใช้นโยบายร่วมมือกับทุนเน้นบทบาทและความร่วมมือของภาคเอกชนในการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจในสาขาการเกษตร อุตสาหกรรม การพัฒนาพลังงาน และการส่งออก ผลของนโยบายดังกล่าวได้ทำให้รัฐและการพัฒนาขยายเข้าไปสู่ชนบท ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เรียกว่า "อุตสาหกรรมส่งออกนำความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ" (EXPORT-LED GROWTH)

เมื่อรัฐเน้นอุตสาหกรรมส่งออกนำหน้า และเร่งรัดการปฏิรูปภาคเกษตร การสร้างงานในชนบท เพราะปัญหาการว่างงานเริ่มขยายตัวมากขึ้นทุกขณะ ขณะเดียวกัน ปัญหาช่องว่างการกระจายรายได้ก็ยิ่งขยายวงกว้างออกไปทุกที คนจนกลับยิ่งจนลง การกระจายรายได้ในระหว่างภูมิภาคจะกระจุกตัวในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะกรุงเทพฯ ในปี 2528 ภาคอุตสาหกรรม มีส่วนแบ่งผลผลิตประชาชาติสูงถึงร้อยละ 22 แต่กลับมีสัดส่วนแรงงานในภาคนี้เพียงร้อยละ 9 ขณะที่ภาคเกษตรมีส่วนแบ่งผลผลิตประชาชาติเพียงร้อยละ 16 แต่ต้องรองรับแรงงานกว่า 2 ใน 3 ของแรงงานทั้งหมด เมื่อพิจารณาอัตราการเติบโตพบว่า ภาคเกษตรกรรมลดลงอย่างชัดเจน (วิฑูรย์, 2534 หน้า 102) เกษตรกรที่ล้มเหลวจากการผลิต ทางหนึ่งมุ่งสู่ตลาดแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ขณะที่ทางหนึ่งเข้าจับจองพื้นที่ป่าสงวน ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 10 ล้านคน

**ยุคเศรษฐกิจฟองสบู่ การเก็งกำไร และการเติบโตของทุนนิยมไทย**

ขณะที่เศรษฐกิจไทยกำลังทะยานขึ้นด้วยต้นทุนของภาคเกษตรที่หนุนการเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและเมือง ขณะที่เศรษฐกิจภายนอกกำลังซบเซา แหล่งทุนจากต่างประเทศจึงไหลเข้ามาสู่เมืองไทย เศรษฐกิจฟองสบู่เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2529 รัฐเริ่มชูนโยบายให้ประเทศไทยเป็น NICs หรือเสือตัวที่ห้าแห่งเอเชีย ด้วยฐานทางอุตสาหกรรม ขณะเดียวกันรัฐบาลก็วางแผนที่จะลดจำนวนประชากรในภาคเกษตรลง จากแผนพัฒนาฉบับที่ 7 ที่ตั้งเป้าลดประชากรภาคเกษตรจากร้อยละ 65 ในช่วงสิ้นแผนฯ 6 ให้เหลือร้อยละ 40 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 7 (วิฑูรย์, อ้างแล้ว)

ด้วยการเติบโตของภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ ทั้งด้านการท่องเที่ยว การขยายนิคมอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดการกว้านซื้อที่ดินเก็งกำไรกันอย่างกว้างขวาง และเบียดขับให้ชาวบ้านที่ไร้ที่ท่ากินต้องขยายเข้าไปในเขตป่า ในอีกทางหนึ่ง รัฐบาลก็ยังให้สัมปทานไม้ภาคเอกชน ส่งผลให้พื้นที่ป่าลดลงอย่างรวดเร็ว จนเมื่อปี 2528 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายป่าไม้แห่งชาติ แบ่งป่าออกเป็นป่าอนุรักษ์และป่าเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังให้เอกชนสัมปทานไม้แล้ว รัฐยังเปิดโอกาสให้เข้าพื้นที่ปลูกป่าพาณิชย์ ทำให้ที่ดินสาธารณะของชุมชนถูกแย่งชิง จนเกิดปัญหาความขัดแย้ง โดยเฉพาะในภาคอีสาน ภาคเหนือ ในที่สุดก็ได้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวของชาวบ้านในการคัดค้านสัมปทานไม้ จนยกเลิกไปในปี 2531

แต่ภายใต้กรอบนโยบายป่าไม้แห่งชาติ รัฐก็มีแผนการที่จะอพยพคนกว่า 10 ล้านคนออกจากป่า ในโครงการจัดที่ท่ากินแก่ราษฎรผู้ยากไร้ในพื้นที่ป่าสงวนเสื่อมโทรม (ค.จ.) จนเกิดการชุมนุมประท้วงของประชาชนในภาคอีสานครั้งยิ่งใหญ่ในปี 2535 จนยุติโครงการไปในที่สุด นอกจากนี้ก็มีการเคลื่อนไหวของชาวบ้านในการคัดค้านโครงการขนาดใหญ่ของรัฐ เช่น เขื่อน โรงไฟฟ้า อีกหลายจุด ที่ต้องอพยพชุมชนและทำลายฐานทรัพยากรของ

## ยุคโลกาภิวัตน์ รัฐและทุนเบียดประชาชนนดกขอบในนามการพัฒนา และการอนุรักษ์

ระบบเศรษฐกิจไทยตลอดหลายสมัยที่ผ่านมา แม้ได้รับฉันทิพลแนวคิดการพัฒนาเพื่อความทันสมัยจากประเทศตะวันตก แต่กระบวนการดูดซับผลผลิต มูลค่าส่วนเกินจากภาคชนบท ก็ยังอยู่ที่ระบบรัฐและทุนภายในที่เติบโตมาในยุคเผด็จการ หรือที่เรียกว่า "ทุนนิยมอุปถัมภ์" ในระบบศักดินา (รังสรรค์, 2540 หน้า 100) แต่จุดเริ่มต้นของการโยงระบบเศรษฐกิจโลกหรือระบบเศรษฐกิจเสรี เด่นชัดตั้งแต่การเข้ารับความช่วยเหลือจาก IMF ในสมัยรัฐบาลเปรม และจุดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่ทำให้ประเทศไทยถูกผนวกเข้ากับตลาดเสรีในกระแสโลกาภิวัตน์อย่างยากจะถอนตัวคือ การเปิดนโยบายการเงินเสรี (BIBF) ในสมัยรัฐบาลอานันท์ (เสนห์, 2541 หน้า 8)

ผลกระทบจากการถูกผนวกเข้ากับทุนนิยมโลก ก็เป็นเช่นเดียวกับเกษตรกรจากที่เคยยังชีพถูกผนวกเข้าสู่กลไกตลาดโดยไม่ได้สร้างระยะห่าง บทบาทของภาคธุรกิจอุตสาหกรรม ภาคการเงิน เติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้รายได้ประชาชาติโดยภาพรวมเพิ่มขึ้นสูง ตัวเลขที่แสดงภาวะยากจนในแบบสัมบูรณ์ดูดีขึ้น เมื่อรายได้ต่อหัวของประชากรสูงมากขึ้น แต่ความยากจนสัมพัทธ์กลับมีปัญหารุนแรง เมื่อช่องว่างของรายได้กระเียบห่างมากทุกขณะ สัดส่วนรายได้ทั้งประเทศเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคล/ครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายได้สูงสุดร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็นลำดับจากร้อยละ 49.3 ในช่วงปี พ.ศ. 2518/19 เป็นร้อยละ 54.9 ในช่วงปี 2530/31 และร้อยละ 59 ในปี 2535 ในขณะที่กลุ่มบุคคล/ครัวเรือนสัดส่วนรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 สัดส่วนรายได้กลับลดน้อยถอยลงไปตามลำดับ จากร้อยละ 6.1 เป็นร้อยละ 4.6 และร้อยละ 3.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 อ้างในเสนห์, 2541) ความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่สร้างปัญหาความยากจนให้แก่ประชาชนชนบทเช่นนี้ ทำให้ปัญหาการว่างงาน การอพยพเข้าเมือง การขายที่ดิน รวมถึงปัญหาสังคม ยาเสพติด โสเภณี โรคเอดส์ อาชญากรรมเป็นไปอย่างรุนแรง จากคนจนในชนบท หนีเข้าไปเป็นคนจนเมือง ทั้งที่อยู่ชุมชนแออัด ขอบตาดูรเร่รอน ชุมชนใต้สะพาน ขณะที่นักธุรกิจใหญ่ของไทยติดอันดับเศรษฐีที่ร่ำรวยที่สุดของโลก

ในอีกกระแสความเคลื่อนไหวหนึ่งก็คือ การเติบโตของกระแสสิ่งแวดล้อมนิยมของคนชั้นกลาง ในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา ที่เริ่มเปลี่ยนมโนทัศน์เรื่อง "ป่า" จากความป่าเถื่อนสู่ดินแดนอันศักดิ์สิทธิ์ ความบริสุทธิ์ตามแนวธรรมชาตินิยม อันมีที่มาจากการเติบโตของวัฒนธรรมท่องเที่ยวของคนชั้นกลางในกระแสโลกาภิวัตน์ และความโกลาหลไร้ระเบียบของเมืองที่เคยถูกขนานนามว่า "ศิวิไลซ์" การกลับขั้วดังกล่าวส่งผลต่อวิธีคิดเรื่องป่าและธรรมชาติของคนชั้นกลาง ได้ลดทอนความซับซ้อนหลากหลายของชาวชนบท ชนพื้นเมืองที่อยู่อาศัยกับป่า หรือกลุ่มที่มีโลกทัศน์ต่อป่าต่างกันไป และรัฐที่เคยจัดการป่าในฐานะสินค้าไม้ก็เปลี่ยนมาเป็นการขยายอำนาจรัฐเข้าควบคุมพื้นที่ในนามของการอนุรักษ์ มีการประกาศเขตป่าอนุรักษ์ครอบหับป่าชุมชน ที่ทำกิน ที่อยู่อาศัยของชาวบ้าน โดยเฉพาะชนพื้นเมืองในภาคเหนือ มีการจัดชั้นคุณภาพลุ่มน้ำด้วยฐานคิดเรื่องของการจัดการ ได้ปริมาณน้ำสูงสุดมาป้อนสู่ภาคกลาง ในภาวะดังกล่าว ชุมชนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตป่าอนุรักษ์ ป่าต้นน้ำ ได้ถูกปิดล้อมและกีดกันด้วยกระแสอนุรักษ์ให้อพยพออกจากพื้นที่ป่า ดังเช่นกรณีผาห่อ คลองลาน จ. กำแพงเพชร และล่าสุดกรณีบ้านปางแดงและจอมทอง จ. เชียงใหม่ ที่รัฐร่วมมือกับองค์กรชนชั้นสูงด้านสิ่งแวดล้อม กีดกันให้ชาวเขาอพยพลงมาด้วยข้อหาทำลายป่าต้นน้ำ การเพิ่มขึ้นของประชากรและบริโภคนิยม (มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ, 2541) ขณะเดียวกันรัฐกลับปล่อยปละละเลยคนทำยาสูบ ให้ใช้ทรัพยากรอย่างไม่จำกัด และสนับสนุนการเติบโตของเมือง ซึ่งเท่ากับว่า ใส่แอกสิ่งแวดล้อมให้แก่คนชายขอบ แต่ไม่ดึงคนส่วนใหญ่มาร่วมรับผิดชอบด้วยความลึกลับทางนโยบายสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาเช่นนี้เป็นชนวนให้ชุมชนชายขอบผู้ประสบชะตากรรมทั้งกระแสการพัฒนาและกระแสอนุรักษ์รวมตัวเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายเกษตรกรภาคเหนือ (คกน.) เครือข่ายเกษตรกรทางเลือก สมัชชาชาวนาชาวไร่อีสาน สมาพันธ์ประมงพื้นบ้านภาคใต้ และสานความร่วมมือข้ามภาค ข้ามปัญหา ข้ามวัฒนธรรม ก่อ

กำเนิดเป็น "สมัชชาคนจน" ในปี 2539 เพื่อผลักดันให้รัฐบาลยอมรับ "สิทธิชุมชน" ต่อทรัพยากรและภูมิปัญญาของท้องถิ่น และเคลื่อนไหวให้เกิดการปรับสัมพันธภาพทางอำนาจขยายพื้นที่ทางสังคมแก่คนยากจน คนชายขอบ ในมิติเช่นว่านี้ "ความยากจน" มิใช่แค่เรื่องไร้เงินทองเพียงประการเดียว แต่เป็นการจวนสิทธิ์ จนอำนาจ ในการกำหนดวิถีตนเอง ทั้งใน ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ความยากจนในทัศนะเช่นว่านี้แก้ไขไม่ได้ด้วยเพียงการกระจายรายได้ แต่ต้องปรับโครงสร้างใหม่ให้เกิดความสมดุลและมีความหลากหลาย

สถานการณ์ที่ทำลายต่อคนจนในช่วงต่อไปจะมีความซับซ้อนขึ้น โดยเฉพาะบทบาทของบรรษัทข้ามชาติที่เข้ามาแย่งชิงทรัพยากรและควบคุมเศรษฐกิจการเมืองไทย กรณีการแย่งชิงทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เริ่มเป็นปัญหามากขึ้น เช่น ข้าวหอมมะลิ มะระขี้นก เปล้าน้อย และอื่นๆ ภายใต้แนวคิดทรัพยากรไร้พรมแดน (COMMON HERITAGE OF MANKIND) และระบบสิทธิบัตรการค้า กลไกทางการค้าระดับโลก ที่ผนวกเอา กระแสสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน จะกดดันต่อประเทศโลกที่สาม รัฐเองเริ่มสูญเสียบทบาทในการจัดการ ภาคทุนไทยผสมกับทุนข้ามชาติ จะยังเป็นปัญหาต่อคนจนมากยิ่งขึ้นในอนาคต

# บทที่ 3

## มาตรวัดที่ใช้คัดกรองความยากจน

บทนี้นำเสนอผลการศึกษามาตรวัดที่ใช้คัดกรองครัวเรือนยากจนซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ การวินิจฉัยว่าครัวเรือนใดยากจนหรือไม่ ยังยึดตามข้อมูลที่สำรวจพบในชุมชน นั่นคือจากสังคมช่วยชี้นำกับผู้สัมภาษณ์พิจารณาจากสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและความเป็นอยู่ของครัวเรือน มาตรวัดที่การวิจัยนี้พัฒนาเพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความยากจนในชุมชนแบบง่าย ประกอบด้วยคำถามรวม 26 ข้อใน 5 กลุ่ม ดอนแรกของบทนี้นำเสนอผลการทำนายความยากจนของแต่ละตัวแปรของคำถามเพื่อคัดเลือกให้เหลือตัวแปรที่สำคัญ จากนั้นจึงนำค่าคะแนนรวมจากตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือก มาจัดตัดที่เหมาะสมในการวินิจฉัยว่าเป็นครัวเรือนยากจนหรือไม่

### 3.1 ตัวแปรที่ใช้วัดความยากจน

#### 3.1.1 การทำนายความยากจนด้วยตัวแปรเริ่มต้น

ในการสร้างมาตรวัดสำหรับคัดกรองความยากจน การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยตัวแปรเริ่มต้นทุกตัวตามกรอบแนวคิดในบทที่หนึ่ง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อย (POOR1x – POOR5x) โดยมีคำถามรวมทั้งสิ้นจำนวน 26 ข้อ (ตารางที่ 3.1) คำถามทุกข้ออาศัยการตอบในลักษณะ “ยอมรับว่าใช่” หรือ “ปฏิเสธว่าไม่ใช่” ดังนั้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ถูกจัดกลุ่มด้วยดัชนีตามวิธีสังคมช่วยชี้นำ มีฐานะยากจนควรตอบคำถามว่า “ใช่ (รหัส 1)” และในกลุ่มที่ไม่ยากจนควรตอบ “ไม่ใช่ (รหัส 0)” สำหรับตัวแปรทุกตัว ยกเว้น ในคำถามข้อที่ 22 (“ไม่มีหนี้หรือมีน้อย”) ซึ่งก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ได้ทำการกลับรหัสของตัวแปรใหม่ (POOR22R) ให้มีทิศทางที่ตรงกันข้ามกับคำตอบของตัวแปรเดิม (POOR22) เนื่องจากผู้ที่มีฐานะยากจนควรตอบว่า “ไม่ใช่” และผู้ที่ไม่ยากจนควรตอบว่า “ใช่”

ตารางที่ 3.1 ตัวแปรเริ่มต้นที่ใช้ทำนายความยากจน

ความหมาย	ตัวแปร	ความหมาย	ตัวแปร
ไม่มีกิน/ไม่พอกิน	POOR11	หาเข้ากินค่า	POOR31
รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว	POOR12	อาชีพรับจ้าง	POOR32
รายได้ไม่สม่ำเสมอหรือรายได้ไม่แน่นอน	POOR13	ดกงาน	POOR33
คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย	POOR14	ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม	POOR34
ค่าใช้จ่ายสูง	POOR15	อายุมาก ไม่มีลูกหลาน(แก่ชรา)	POOR35
มีหนี้สิน	POOR21	ป่วย สุขภาพไม่ดี พักการ	POOR36
ไม่มีหนี้หรือมีน้อย	POOR22	ครอบครัวใหญ่ มีลูกมาก	POOR41
หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ	POOR23	มีภาระลูกหลาน	POOR42
ไม่สามารถใช้หนี้/ลดหนี้ได้	POOR24	มีภาระคนป่วยในครอบครัว	POOR43
ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้	POOR25	ไม่พยายามดิ้นรนเพื่ออุปรอด	POOR51
ไม่มีที่ทำกิน	POOR26	บริโภคเกินตัว วัตถุนิยม	POOR52
ไม่มีทรัพย์สิน	POOR27	เล่นหวยกินเหล้าเกียจคร้าน	POOR53
ขาดสาธารณูปโภค หรือต้องจ่ายในราคาแพง	POOR28	แยกตัวไม่เข้ากลุ่มหรือสังคม	POOR54

คำถามทั้ง 26 ข้อ ใช้เป็นตัวแปรทำนายความยากจน 2 กลุ่มตามที่ถูกระบุโดยดัชนีที่ใช้แบ่งความยากจนในการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มครัวเรือนที่ยากจน (ระบุด้วยตัวแปร INDEX ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3 คือ ผู้ป่วยซึ่งพบจากการรับการส่งเคราะห์ที่โรงพยาบาล หรือมีค่า

เท่ากับ 1 คือ ครว้เรือนยากจนจากวิธีสังคมช่วยชีพและผู้สัมภาษณ์เห็นพ้อง) และกลุ่มครว้เรือนที่ไม่ยากจน (INDEX มีค่าเท่ากับ 2 จากวิธีสังคมช่วยชีพและผู้สัมภาษณ์เห็นพ้อง)

สำหรับตัวแบบทำนายความยากจน การวิจัยนี้ใช้สมการถดถอยลอจิสติก (logistic regression) ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับหาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัวที่ใช้ทำนาย (predictor) กับตัวแปรตามที่เป็นแบบ 2 ค่า (binary dependent variable) ซึ่งได้จากการ recode ตัวแปร INDEX เสียใหม่ให้เป็นตัวแปรที่มีค่า "ยากจน (รหัส 1)" และ "ไม่ยากจน (รหัส 0)"

การวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ใช้ข้อมูลรวมของตัวอย่างครว้เรือนจากทั้งสี่จังหวัด (N=2,030 ครว้เรือน) ร่วมกับการวิเคราะห์กลุ่มย่อยของครว้เรือนในแต่ละจังหวัด (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 จำนวนครว้เรือนของผู้ตอบคำถามที่ถูกจัดกลุ่มตามดัชนีความยากจน จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	กลุ่มไม่ยากจน (ครว้เรือน)	กลุ่มยากจน (ครว้เรือน)	ผู้ตอบคำถามทั้งหมด (ครว้เรือน)
สุโขทัย	234	271	505
สมุทรสาคร	234	268	502
อุบลราชธานี	244	285	529
กรุงเทพมหานคร	225	269	494
รวม	937	1,093	2,030

ในการวิเคราะห์ขั้นต้น ขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสำหรับคำถามทั้งหมดกับการถูกจัดอยู่ในกลุ่มยากจนและไม่ยากจนตามดัชนีการสำรวจ แสดงด้วย odds ratio (OR) และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P value) (ตารางที่ 3.3)

ในการทำนายความยากจนของครว้เรือนโดยใช้ข้อมูลรวมจากทั้งสี่จังหวัด ค่า OR ที่ได้สำหรับตัวแปรของคำถามแต่ละข้อ เป็นค่าซึ่งได้รับการปรับ (adjusted OR) สำหรับความแตกต่างระหว่างจังหวัดทั้งสี่ซึ่งอาจมีอยู่แต่ไม่ได้ถูกวัดหรือระบุในการวิจัยนี้ ทั้งนี้ โดยใช้ตัวแปรประเภท indicator variable ที่ระบุจังหวัดของผู้ตอบคำถาม

ตารางที่ 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัว กับการถูกจัดอยู่ในกลุ่มยากจน: ข้อมูลรวม (N=2,026)

ตัวแปร	Adjusted odds ratio	P value
POOR11	1.79	0.042
POOR12	3.57	< 0.001
POOR13	1.84	0.003
POOR14	3.23	< 0.001
POOR15	1.93	0.001
POOR21	1.55	0.029
POOR22R	0.53	0.001
POOR23	2.39	0.003
POOR24	1.90	0.086
POOR25	2.26	0.008
POOR26	1.43	0.136
POOR27	4.19	< 0.001
POOR28	0.92	0.701
POOR31	3.15	< 0.001
POOR32	1.60	0.014
POOR33	1.78	0.053
POOR34	2.61	< 0.001
POOR35	1.68	0.091



ตัวแปร	Adjusted odds ratio	P value
POOR36	1.57	0.126
POOR41	0.85	0.525
POOR42	2.74	< 0.001
POOR43	1.72	0.074
POOR51	0.97	0.962
POOR52	2.14	0.104
POOR53	1.56	0.159
POOR54	0.68	0.477

### 3.1.2 การคัดเลือกตัวแปรทำนายความยากจน

การคัดเลือกตัวแปรที่เหมาะสมสำหรับทำนายความยากจนของครัวเรือนในขั้นต่อไป พิจารณาจากความสามารถของตัวแปรในการทำนายและแยกแยะความยากจนออกเป็น 2 กลุ่ม (ยากจนกับไม่ยากจน) ตามดัชนีการสำรวจ ในผู้ตอบคำถามแต่ละราย โดยตัวแปรของคำถามที่ให้ค่า OR มากกว่า 2.0<sup>1</sup> จะถูกคัดเลือกไปใช้ในการสร้างมาตรวัดรวม (composite scale) เพื่อการคัดกรองความยากจนในขั้นต่อไป

ผลการวิเคราะห์ในขั้นนี้ พบว่า ตัวแปรที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกด้วยค่า OR เป็นของคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว (POOR12) คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย (POOR14) หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (POOR23) ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยอกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ (POOR25) ไม่มีทรัพย์สิน (POOR27) หาเข้ากินค่า (POOR31) ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม (POOR34) มีภาระลูกหลาน (POOR42) และ บริโภคเกินตัว วัตถุนิยม (POOR52)

สำหรับตัวแปร POOR52 พบว่า ค่า OR ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.104$ ) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อยของตัวอย่างครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปร POOR52 ให้ค่า OR ที่มีทิศทางตรงข้ามกับที่ควรจะเป็น ( $OR=0.097, P=0.032$ )<sup>2</sup> ซึ่งมีความแตกต่างจากตัวแปรของคำถามอื่นๆ อีก 8 ข้อที่ถูกคัดเลือกในรอบแรกนี้เป็นอย่างมาก กล่าวคือ ตัวแปรทั้ง 8 ตัวที่เหลือมีทิศทางของความสัมพันธ์กับความยากจนในลักษณะที่ควรจะเป็นในตนเองเดียวกัน ( $OR>1.0$ ) ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลรวมและข้อมูลรายจังหวัดในทุกจังหวัด นอกจากนี้ สำหรับตัวแปรที่เป็นคำถามในกลุ่มที่ 5 ทุกข้อ ต้องใช้วิธีการชักถามจากเพื่อนบ้าน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้ตัดตัวแปร POOR52 ออกจากการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

สำหรับตัวแปรที่เหลือ 8 ตัว เมื่อนำไปใช้ทำนายการถูกดัชนีการสำรวจระบุว่า มีฐานะยากจน โดยใช้ logistic regression ในข้อมูลตัวอย่างรวมจากทั้งสี่จังหวัด และกลุ่มย่อยรายจังหวัด พบว่า ทุกตัวแปรให้ค่า OR ในทิศทางที่ควรจะเป็น ( $OR>1.0$ ) และเกือบทั้งหมดถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3.4)

<sup>1</sup> หมายความว่า ผู้ที่ตอบยอมรับต่อคำถามในข้อนั้น มีโอกาสถูกระบุตามดัชนีการสำรวจให้อยู่ในกลุ่มยากจน มากกว่าผู้ที่ตอบปฏิเสธเกินสองเท่า เมื่อบุคคลทั้งสองตอบคำถามในข้ออื่นๆ ด้วยคำตอบในตนเองเดียวกัน

<sup>2</sup> อาจเป็นเพราะ คำถามข้อนี้ใช้การตีความจากเพื่อนบ้าน สังคมในกรุงเทพฯ เพื่อนบ้านไม่รู้จักกันดีนัก รวมทั้งพฤติกรรมและวัฒนธรรมไทยมักไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา ทำให้คำตอบที่ได้ไม่มีความเชื่อมั่นและไม่สอดคล้องกับที่ควรจะเป็น



ตารางที่ 3.4 Odds ratio แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ถูกคัดเลือกกับการถูกจัดในกลุ่มครัวเรือนยากจน

ตัวแปร	4 จังหวัด (N=2,028)	สุโขทัย (N=505)	สมุทรสาคร (N=502)	อุบลราชธานี (N=529)	กรุงเทพ มหานคร (N=492)
POOR12	6.01	16.19*	3.74	12.69	5.32
POOR14	4.18	9.93	3.44	6.90	3.92
POOR23	3.25	47.76	1.93*	8.45	2.29*
POOR25	3.14	5.33*	3.82	2.59*	2.16*
POOR27	4.69	0.50*	4.02	21.20	5.92
POOR31	4.66	3.03*	4.94	14.60	2.46
POOR34	3.78	96.27	1.06*	9.88	6.31
POOR42	3.12	72.01	2.21	6.91	2.57

\*P>0.05; สำหรับตัวแปรอื่นๆ ค่า OR ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) โดยเฉพาะค่า OR ของตัวแปรทุกตัวในข้อมูลรวม P<0.001

OR สำหรับข้อมูลรวม ได้ปรับสำหรับความแตกต่างระหว่างจังหวัด ด้วย indicator variables ที่ใช้ระบุจังหวัดแล้ว

เมื่อใช้ข้อมูลรวมของทั้งสี่จังหวัด (N=2,030) ตัวแปรที่มีขนาดความสัมพันธ์มากที่สุดกับการถูกระบุว่ามีฐานะยากจนตามดัชนีการสำรวจ คือ POOR12 กล่าวคือ ในบรรดาผู้ที่ตอบคำถามอื่นๆ อีก 7 ข้อด้วยคำตอบทำนองเดียวกัน ผู้ที่ตอบยอมรับว่ามีรายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว มีโอกาสที่จะถูกจัดในกลุ่มครัวเรือนยากจนสูงกว่าผู้อื่นประมาณ 6 เท่า (OR=6.01, P<0.001) ตัวแปรที่มีขนาดความสัมพันธ์รองลงไป คือ POOR27 (การไม่มีทรัพย์สิน, OR=4.69) ซึ่งให้ค่า OR ที่ใกล้เคียงกับ POOR31 (การหาเช่ากินค่า, OR=4.66) และ POOR14 (การที่คนหารายได้ในครอบครัวมีจำนวนน้อย, OR=4.18)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายจังหวัด ความโดดเด่นของคำถามแต่ละข้อในการแยกแยะความยากจนมีขนาดที่แตกต่างกันไป ผู้ที่อาศัยในจังหวัดสุโขทัยซึ่งตอบยอมรับว่าขาดความรู้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม (POOR34) มีโอกาสที่จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มครัวเรือนยากจนสูงกว่าผู้อื่นซึ่งตอบปฏิเสธถึง 96 เท่า (OR=96.27, P<0.01) ในขณะที่การไม่มีทรัพย์สิน (POOR27) เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถใช้ระบุความยากจนของผู้ตอบคำถามในจังหวัดสุโขทัย

สำหรับจังหวัดสมุทรสาคร การหาเช่ากินค่า (POOR31) และการไม่มีทรัพย์สิน (POOR27) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการถูกจัดว่าเป็นครัวเรือนยากจนด้วยความโดดเด่นใกล้เคียงกัน (OR=4.94 และ 4.02 ตามลำดับ) ในขณะที่จังหวัดอุบลราชธานีและกรุงเทพมหานคร ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นครัวเรือนยากจนมากที่สุด คือ การไม่มีทรัพย์สิน (POOR27) (OR=21.20) และการขาดความรู้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม (POOR34) (OR=6.31) ตามลำดับ

## 3.2 มาตรฐานสำหรับคัดกรองความยากจน

### 3.2.1 คะแนนรวมแบบ interval scale

ตัวแปรสำหรับคำถามทั้ง 8 ข้อที่ได้รับการคัดเลือกในขั้นสุดท้าย ซึ่งมีค่าตอบที่เป็นไปได้ในแต่ละข้อแบบ 2 ค่า คือ 0 หรือ 1 ถูกนำค่าคะแนนมาบวกกันเพื่อสร้างมาตรฐานรวม (composite scale) สำหรับคัดกรองความยากจนในลักษณะคะแนนรวมแบบ interval scale

ค่าสถิติเชิงพรรณนา (ค่าต่ำสุด-สูงสุด มัชฌิมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนนรวมจากมาตรฐานรวม 8 ข้อ ในผู้ตอบคำถามทั้ง 2 กลุ่มครัวเรือนจำแนกตามดัชนีจำแนกความยากจน แสดงในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าคะแนนรวมจากมาตรฐานรวม 8 ข้อ จำแนกตามกลุ่มความยากจนของครัวเรือน

	4 จังหวัด (N=2,028)	สุโขทัย (N=505)	สมุทรสาคร (N=502)	อุบลราชธานี (N=529)	กรุงเทพมหานคร (N=492)
กลุ่มไม่ยากจน	0 - 7 0.9 ± 1.2	0 - 4 0.4 ± 0.6	0 - 7 1.3 ± 1.6	0 - 5 0.7 ± 0.8	0 - 6 1.1 ± 1.2
กลุ่มยากจน	0 - 8 4.9 ± 1.8	0 - 8 6.5 ± 1.3	0 - 8 5.0 ± 1.7	0 - 8 3.9 ± 1.6	0 - 8 4.3 ± 1.6

คะแนนเฉลี่ย (mean) ของมาตรฐานรวม 8 ข้อ ในผู้ตอบคำถามซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ดัชนีการสำรวจระบุว่าเป็นครัวเรือนยากจน มีค่าสูงกว่าในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่ยากจนอย่างชัดเจนสำหรับข้อมูลในทุกๆ จังหวัด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างจังหวัดทั้งสี่ พบว่า ในกลุ่มครัวเรือนที่ยากจน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมในจังหวัดสุโขทัยมีค่าสูงที่สุด ( $6.5 \pm 1.3$ ) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร กรุงเทพมหานคร และอุบลราชธานี ตามลำดับ ในขณะที่ในกลุ่มครัวเรือนที่ไม่ยากจน คะแนนเฉลี่ยของจังหวัดสุโขทัยก็มีค่าต่ำที่สุด ( $0.4 \pm 0.6$ ) ดังนั้นมาตรฐานรวมความยากจนในลักษณะของคะแนนรวม 8 ข้อ น่าจะใช้จำแนกครัวเรือนยากจนในกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดสุโขทัยได้ดีที่สุด โดยสังเกตได้จากคะแนนของมาตรฐานรวมโดยเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มยากจน (6.5) กับกลุ่มไม่ยากจน (0.4) ซึ่งมีความแตกต่างกันสูงที่สุด

เมื่อใช้ค่าคะแนนรวมจากมาตรฐานรวมทั้ง 8 ข้อ (แบบ interval scale ซึ่งมีความเป็นไปได้ตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน) ในการทำนายโอกาสที่ผู้ตอบคำถามจะถูกดัชนีการสำรวจจัดอยู่ในกลุ่มครัวเรือนยากจน ด้วย logistic regression จากข้อมูลรวมของทั้งสี่จังหวัด พบว่า ค่าคะแนนรวม (interval scale) ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้มีโอกาสถูกจัดเป็นครัวเรือนยากจนเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า (adjusted OR=4.30, P<0.001)

ความแม่นยำในการทำนายครัวเรือนว่ายากจนหรือไม่ยากจน ด้วยตัวแปรที่เป็นค่าคะแนนรวมของมาตรฐานรวม 8 ข้อดังกล่าว เมื่อพิจารณาด้วยค่าพื้นที่ใต้เส้น receiver operating characteristic (ROC)<sup>3</sup> จากการใช้ logistic regression ในข้อมูลรวมสี่จังหวัด พบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง (96.1%)

<sup>3</sup> พื้นที่ใต้เส้น ROC แสดงถึงความสามารถของตัวแปรทำนาย (predictor) จากสมการ logistic regression ว่ามีความแม่นยำเพียงใด เมื่อพิจารณาในด้านความไว (sensitivity) ของการทำนายถูกว่า "ยากจน (true positive)" และความจำเพาะ (specificity) ของการทำนายถูกว่า "ไม่ยากจน (true negative)" ในขณะที่เส้น ROC เป็นกราฟที่ใช้แสดงคู่ความสัมพันธ์ระหว่าง sensitivity (หรือ true positive rate) บนแกนตั้ง กับ false positive rate (หรือ 1 - specificity) บนแกนนอน ซึ่งผันแปรไปตามค่าคะแนนรวมของมาตรฐานรวมที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ายากจนหรือไม่ยากจน ดังนั้น ค่าพื้นที่ใต้เส้น ROC ที่เข้าใกล้ 100% แสดงว่า logistic regression ของ predictor ที่ใช้มีความแม่นยำในการทำนายสูง ซึ่งเกิด

เมื่อวิเคราะห์ logistic regression ของมาตรฐานรวม จากข้อมูลรายจังหวัด พบว่า OR ของความเป็นครัวเรือนยากจนสำหรับค่าคะแนนรวมที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีค่าตั้งแต่ 2.94 (สมุทรสาคร) 3.82 (กรุงเทพมหานคร) 7.37 (สุโขทัย) จนถึง 8.76 (อุบลราชธานี)

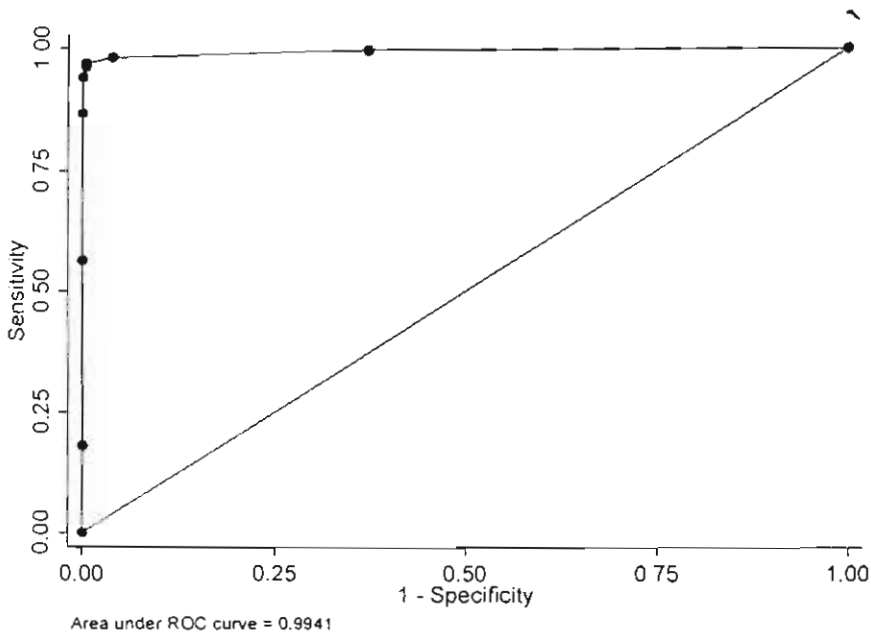
สำหรับความแม่นยำในการทำนายความยากจนด้วยมาตรฐาน 8 ข้อดังกล่าว พื้นที่ใต้เส้น ROC จากสมการ logistic regression ในข้อมูลแต่ละจังหวัดมีค่าอยู่ระหว่าง 92.7% (สมุทรสาคร) 93.1% (กรุงเทพมหานคร) 96.3% (อุบลราชธานี) ถึง 99.4% (สุโขทัย) (ภาพที่ 1)

---

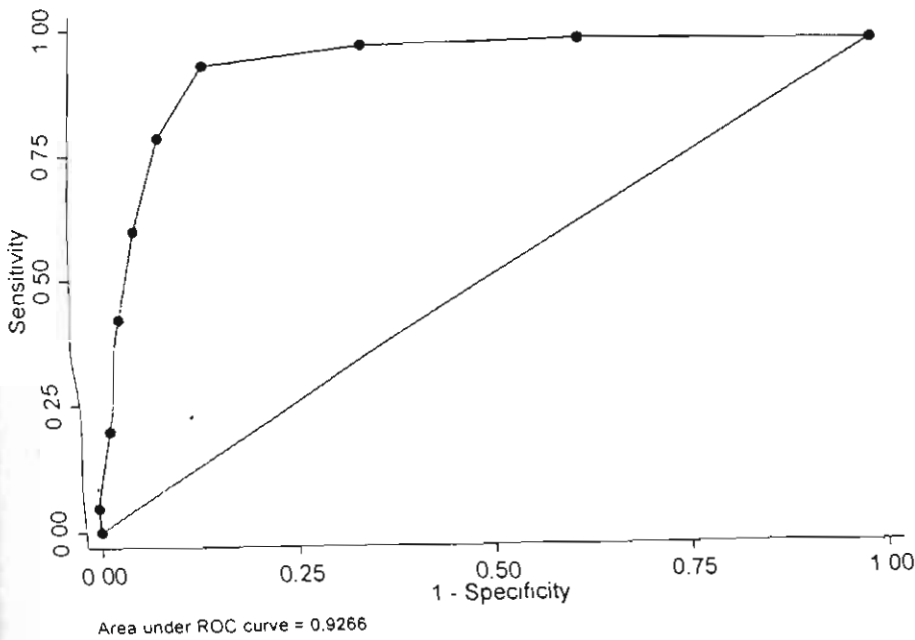
จากค่าคะแนนของมาตรฐาน ที่ใช้เป็นเกณฑ์จุดตัด (cut-off point) ซึ่งทำให้เส้น ROC ถูกโยงไปบริเวณมุมบนซ้ายของกราฟ เนื่องจาก sensitivity เข้าใกล้ 1.0 (จุดบนสุด) และ false positive rate เข้าใกล้ 0 (หรือ specificity เข้าใกล้ 1.0) (จุดซ้ายสุด) ในขณะที่หากไม่มีความแม่นยำ เส้น ROC จะถูกโยงเข้าหาเส้นทแยงมุมที่เชื่อมระหว่างจุดล่างสุด (sensitivity เข้าใกล้ 0) และจุดขวาสุด (specificity เข้าใกล้ 0) หรือมุมล่างซ้ายและมุมบนขวาของภาพ ทำให้พื้นที่ใต้เส้นมีค่าเข้าใกล้ 50%

ภาพที่ 1 เส้น ROC จากสมการทำนายความยากจนของครัวเรือนด้วยค่าคะแนนรวม แบบ interval scale

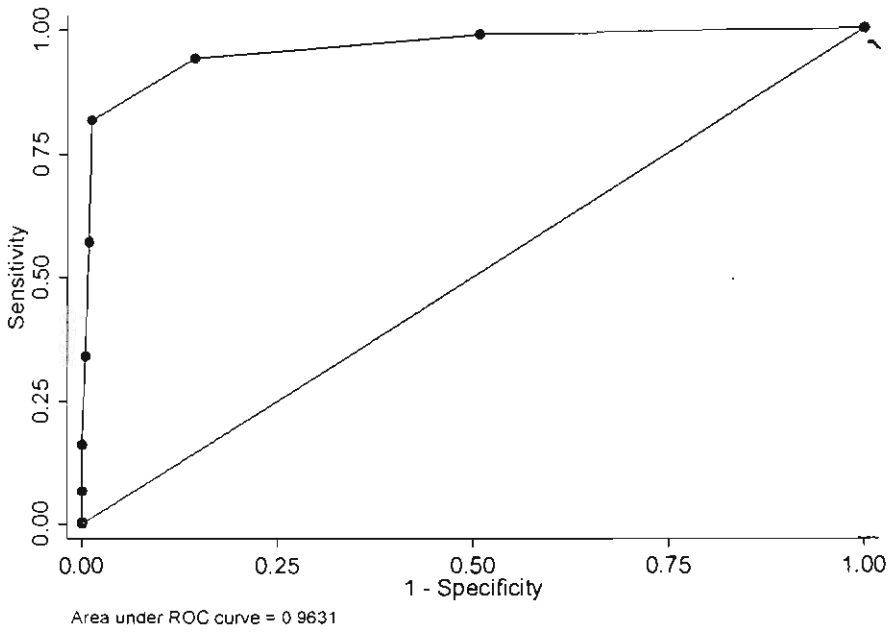
สโชนัย



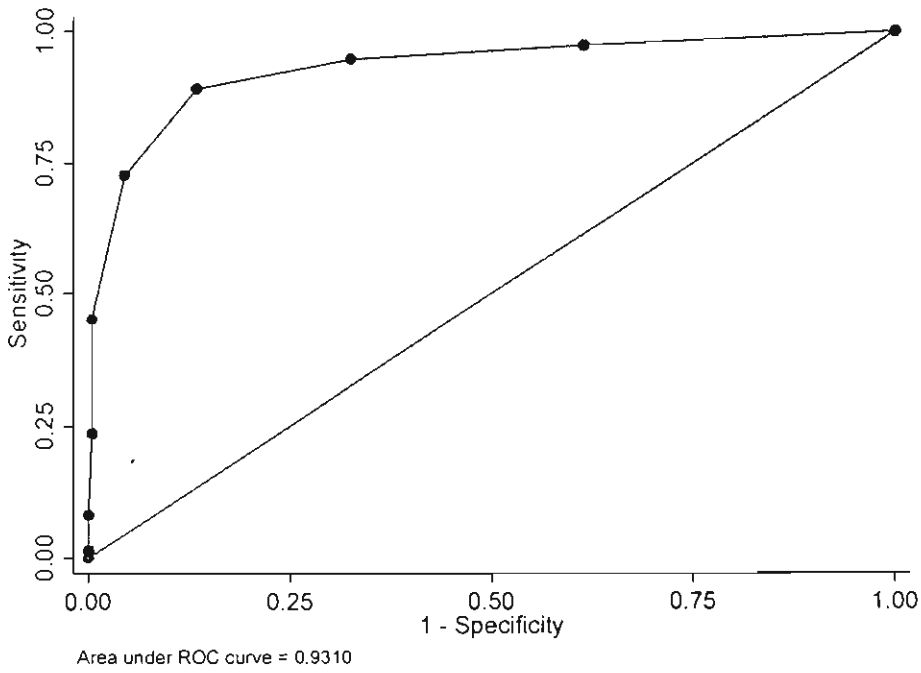
สมทรสาคร



### อบลราชธานี



### กรุงเทพมหานคร



### 3.2.2 เกณฑ์จุดตัดสำหรับคะแนนรวมแบบ binary

นอกจากการใช้มาตรวัดความยากจนในลักษณะของค่าคะแนนรวมแบบ interval scale แล้ว เราอาจแบ่งครัวเรือนเป็น 2 กลุ่มระหว่างที่ยากจนกับที่ไม่ยากจนโดยใช้เกณฑ์จุดตัด (cut-off point) ในค่าคะแนนรวมดังกล่าว เช่น กำหนดให้ผู้ตอบคำถามทั้ง 8 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 3 ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของเส้น ROC จากสมการทำนายในข้อมูลแต่ละจังหวัด จะเห็นได้ว่า หากกำหนดจุดตัดของเกณฑ์ความยากจนที่ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ขึ้นไป จะทำให้ผู้ตอบคำถามทุกราย (รวมทั้งผู้ที่ตอบปฏิเสธต่อคำถามทั้ง 8 ข้อ) ถูกจัดอยู่ในกลุ่มยากจน ดังนั้น ค่าความไว (sensitivity) ตามเกณฑ์ดังกล่าวจึงมีค่าเท่ากับ 1.0 ในขณะเดียวกัน ก็ทำให้ไม่สามารถระบุครัวเรือนที่ไม่ยากจนได้ ดังนั้น ความจำเพาะ (specificity) ของมาตรวัดตามเกณฑ์ดังกล่าวจึงมีค่า 0 (ค่า false positive rate หรือ  $1 - \text{specificity}$  เท่ากับ 1.0) ดังปรากฏเป็นจุดที่มุมขวาด้านบนสุดในภาพที่ 1

ในทางตรงกันข้าม หากกำหนดจุดตัดของเกณฑ์ความยากจนที่ค่าคะแนนรวมเท่ากับคะแนนเต็ม 8 ก็จะทำให้มีเฉพาะผู้ที่ตอบยอมรับต่อคำถามทุกข้อเท่านั้น ที่จะถูกจัดอยู่ในครัวเรือนที่ยากจน ดังนั้น แม้ว่า specificity ของมาตรวัดที่ใช้จุดตัดดังกล่าวจะมีค่าสูงเข้าใกล้ 1.0 แต่ sensitivity จากการใช้เกณฑ์จุดตัดดังกล่าวจะมีค่าต่ำเข้าใกล้ 0 (false negative rate เข้าใกล้ 1.0) ดังปรากฏเป็นจุดที่มุมซ้ายด้านล่างสุดในภาพที่ 1

สำหรับจุดตัดเกณฑ์ความยากจนที่ค่าคะแนนตั้งแต่ 2, 3, 4, หรือ 5 ขึ้นไป จะเห็นว่า มีลักษณะเข้าใกล้มุมซ้ายด้านล่างสุดของภาพที่ 1 ซึ่งเป็นจุดที่ทำให้พื้นที่ใต้เส้น ROC เข้าใกล้ 100% ซึ่งเป็นค่ามากที่สุดที่เป็นไปได้ หรือทำให้ค่า sensitivity และ specificity ของมาตรวัดในการทำนายความยากจนเข้าใกล้ 1.0 (ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำในการทำนาย) ดังนั้น จุดตัดที่คะแนนรวมทั้งสี่ค่าดังกล่าวสมควรได้รับการวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดกรองความยากจนที่เหมาะสมในขั้นสุดท้ายต่อไป

สัดส่วนของจำนวนครัวเรือนยากจนจากการใช้เกณฑ์คะแนนรวมด้วยจุดตัดตั้งแต่ค่าคะแนน 2 ถึง 5 ขึ้นไป เมื่อเทียบกับจำนวนครัวเรือนทั้งหมดที่ถูกจัดกลุ่มความยากจนตามดัชนีการสำรวจ แสดงในตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 สัดส่วนของจำนวนครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์จุดตัดค่าคะแนนรวมต่างๆ เทียบกับที่จำแนกความยากจนตามดัชนีการสำรวจ

เกณฑ์ความยากจนตามค่าคะแนนรวม	สุโขทัย		สมุทรสาคร		อุบลราชธานี		กรุงเทพมหานคร	
	ไม่ยากจน (N=234)	ยากจน (N=271)	ไม่ยากจน (N=234)	ยากจน (N=268)	ไม่ยากจน (N=244)	ยากจน (N=285)	ไม่ยากจน (N=225)	ยากจน (N=267)
ตั้งแต่คะแนน 2 ขึ้นไป	3.8%	98.2%	35.0%	97.8%	14.3%	94.4%	32.4%	94.8%
ตั้งแต่คะแนน 3 ขึ้นไป	0.4%	97.0%	15.0%	93.3%	1.2%	81.8%	13.3%	89.1%
ตั้งแต่คะแนน 4 ขึ้นไป	0.4%	96.3%	9.4%	78.7%	0.8%	57.2%	4.4%	72.7%
ตั้งแต่คะแนน 5 ขึ้นไป	0.0%	94.1%	6.4%	60.1%	0.4%	34.0%	0.4%	44.9%

หมายเหตุ ร้อยละในแต่ละสดมภ์ หมายถึง สัดส่วนของครัวเรือนที่เมื่อใช้เกณฑ์จุดตัดตามค่าคะแนนในแต่ละแถวแล้ว ถือว่ามีฐานะยากจน ดังนั้น ในกลุ่มที่ไม่ยากจนตามดัชนีการสำรวจ (สดมภ์ซ้ายมือของแต่ละจังหวัด) ตัวเลขร้อยละแสดงถึง false positive rate ซึ่งจะมีค่าลดลงเมื่อใช้เกณฑ์จุดตัดที่ค่าคะแนนสูงขึ้น ในขณะที่ในกลุ่มที่ยากจน (สดมภ์ขวามือของแต่ละจังหวัด) ตัวเลขร้อยละแสดงถึง sensitivity ซึ่งจะมีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อใช้เกณฑ์จุดตัดที่ค่าคะแนนสูงขึ้น

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่า เมื่อใช้เกณฑ์จุดตัดความยากจนที่ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 2 ขึ้นไป จะทำให้เกิดความผิดพลาดของการทำนายว่ายากจนในกลุ่มครัวเรือนที่ถูกจัดตามดัชนีการสำรวจว่ามีฐานะไม่ยากจน (false positive rate) ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร (35.0%) และกรุงเทพมหานคร (32.4%) ดังนั้น ความจำเพาะ

(specificity) ของการใช้จุดตัดที่คะแนนรวม 2 ขึ้นไป จึงมีค่าค่อนข้างต่ำ (ประมาณ 65-68% ในจังหวัดสมุทรสาครและกรุงเทพมหานคร) แม้ว่าจะทำให้ความไว (sensitivity) ของการทำนายว่ายากจนในกลุ่มครัวเรือนที่ถูกจัดตามดัชนีว่ามีฐานะยากจน (true positive) มีค่าค่อนข้างสูง (มากกว่า 94% ในทั้งสี่จังหวัด)

เมื่อเพิ่มค่าคะแนนของเกณฑ์ความยากจนเป็น 3 ขึ้นไป ค่า specificity จะเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ 85.0% ในจังหวัดสมุทรสาคร จนถึง 99.6% ในจังหวัดสุโขทัย ในขณะที่ sensitivity ลดลงไม่มากนัก (82-97%) และหากเปลี่ยนเป็นจุดตัดที่คะแนนรวมตั้งแต่ 4 ขึ้นไป แม้ว่าจะทำให้ specificity ดีขึ้นบ้าง แต่พบว่าจะทำให้ sensitivity ลดลงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัด อุบลราชธานี (57%) กรุงเทพมหานคร (73%) และสมุทรสาคร (79%) ดังนั้น จุดตัดของมาตรฐานที่ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป น่าจะมีความเหมาะสมที่สุดในการใช้คัดกรองความยากจนของครัวเรือน

การศึกษานี้ จึงได้แปลงค่าคะแนนในลักษณะของ interval scale 0-8 ให้เป็นตัวแปรแบบ binary variable โดยใช้จุดตัดที่ค่าคะแนน 3 ขึ้นไป ดังนั้น ผู้ที่ตอบคำถามทั้ง 8 ข้อโดยได้คะแนนตั้งแต่ 3 ถึง 8 (นั่นคือ ตอบยอมรับต่อคำถามตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป) จะถูกจัดในครัวเรือนที่มีฐานะยากจน และผู้ที่ได้คะแนน 0 ถึง 2 (นั่นคือ ตอบปฏิเสธตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป) จัดเป็นครัวเรือนที่ไม่ยากจน

เมื่อนำมาตรวัดแบบ binary ดังกล่าวไปใช้ทำนายการถูกจัดกลุ่มความยากจนตามดัชนีการสำรวจโดยใช้ข้อมูลรวมจากทั้งสี่จังหวัด ด้วย logistic regression แล้วเปรียบเทียบกับแปลงเป็นมาตรวัดแบบ binary ด้วยเกณฑ์จุดตัดที่ค่าคะแนนอื่นๆ พบว่า จุดตัดที่ค่าคะแนน 3 สามารถทำนายความยากจนตามดัชนีการสำรวจ ได้แม่นยำที่สุด (พื้นที่ใต้เส้น ROC เท่ากับ 93.6%<sup>4</sup>) (ตารางที่ 3.7) โดยผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไปมีโอกาสอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 3 ถึง 157 เท่า ซึ่งสูงกว่าการใช้เกณฑ์จุดตัดที่ค่าคะแนน 2, 4 หรือ 5)

ตารางที่ 3.7 ค่า OR และพื้นที่ใต้เส้น ROC จากสมการทำนายความยากจนด้วยมาตรวัดรวมแบบ binary ตามเกณฑ์จุดตัดต่างๆ: ข้อมูลรวมสี่จังหวัด

	คะแนน 2 ขึ้นไป	คะแนน 3 ขึ้นไป	คะแนน 4 ขึ้นไป	คะแนน 5 ขึ้นไป
Adjusted OR	129.58	157.09	117.19	154.94
พื้นที่ใต้เส้น ROC	90.7%	93.6%	89.8%	84.0%

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรวมและกลุ่มย่อยรายจังหวัดที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ผู้ที่ตอบยอมรับ ("ใช่") ต่อคำถามอย่างน้อย 3 ข้อ ใน 8 ข้อ ต่อไปนี้ ได้แก่ มีรายได้ไม่น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย มีหนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยากลกู้ เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ ไม่มีทรัพย์สิน หาเข้ากินค่า ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม และมีภาระลูกหลาน น่าจะถูกจัดเป็นผู้ที่ครัวเรือนมีฐานะยากจน มาตรวัดรวมดังกล่าว มีความแม่นยำในระดับสูงในการทำนายความยากจนจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ จึงควรนำไปใช้เป็นทางเลือกในการคัดกรองผู้ที่มีฐานะยากจนต่อไป

<sup>4</sup> มีค่าน้อยกว่าการใช้ predictor ในลักษณะค่าคะแนนรวมแบบ interval scale เนื่องจาก predictor ที่เป็นมาตรวัดแบบ binary นี้ มีค่าที่เป็นไปได้เพียง 2 ค่า คือ 0 และ 1 ในขณะที่ predictor ที่เป็นมาตรวัดคะแนนรวมแบบ interval มีค่าที่เป็นไปได้ถึง 9 ค่า คือ 0, 1, 2, ..., 8

# บทที่ 4

## ผลกระทบของนโยบายต่อคนจน

### ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วยครัวเรือนทั้งสิ้นจำนวน 2,077 ครัวเรือน จำแนกเป็นจังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 522 524 529 และ 502 ครัวเรือน ตามลำดับ สมาชิกครัวเรือนทั้งหมดเท่ากับ 8,332 คน จำแนกเป็นรายจังหวัดได้แก่ จังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1,848 2,150 2,257 และ 2,077 คน ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกต่อครัวเรือน ทุกจังหวัดเท่ากับ 4.0 คน จังหวัดสุโขทัยเท่ากับ 3.5 จังหวัดสมุทรสาครเท่ากับ 4.1 จังหวัดอุบลราชธานีเท่ากับ 4.3 และจังหวัดกรุงเทพมหานครเท่ากับ 4.1

ร้อยละคนจนจากสังคมช่วยชี้ เท่ากับ 52 โดยกรุงเทพมหานครมีร้อยละคนจนสูงที่สุดเท่ากับร้อยละ 58 สมุทรสาครรองลงมาเท่ากับร้อยละ 54 ที่เหลือได้แก่จังหวัดอุบลราชธานีและสุโขทัย มีร้อยละคนจนเท่ากับ 52 และ 51 ตามลำดับ สรุปจำนวนคนที่เปลี่ยนกลุ่มไปเท่ากับ 662 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.7

สำหรับคนจนที่ใช้จุดตัดเกณฑ์ความยากจนที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไปในตัวแปรที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกด้วยค่า OR เป็นข้อคำถาม ทั้ง 8 ข้อ (ต่อไปจะใช้เรียกว่าเกณฑ์มาตรฐาน) ได้แก่ รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว(POOR12) คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย(POOR14) หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ(POOR23) ไม่มีคนให้กู้/ไม่อยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้(POOR25) ไม่มีทรัพย์สิน(POOR27) หาเข้ากินค่า(POOR31) ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม(POOR34) และ มีภาระลูกหลาน(POOR42) (รายละเอียดในบทที่ 3) มีร้อยละคนยากจนเท่ากับ 52 โดยกรุงเทพฯและสมุทรสาครมีร้อยละคนจนสูงที่สุดเท่ากับ 58 รองมาได้แก่สุโขทัยและอุบลราชธานี เท่ากับ ร้อยละ 50 และ 44 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลครัวเรือนและสมาชิกครัวเรือนยากจน จำแนกตามจังหวัด

	สุโขทัย	สมุทรสาคร	อุบลราชธานี	กรุงเทพฯ	รวม
จำนวนครัวเรือน(คน)	522	524	529	502	2,077
จำนวนสมาชิกครัวเรือน(ครัวเรือน)	1,848	2,150	2,257	2,077	8,332
จำนวนสมาชิกต่อครัวเรือน (คนต่อครัวเรือน)	3.5	4.1	4.3	4.1	4.0
คนไม่จนจากสังคมช่วยชี้(Index=0)	899	984	1,085	867	3,835
คนจนจากสังคมช่วยชี้(Index=1)	949	1,166	1,172	1,210	4,497
ร้อยละคนจนจากสังคมช่วยชี้	51	54	52	58	54
ร้อยละคนจนตามเกณฑ์มาตรฐาน	50	58	44	58	52

ประชากรตัวอย่างร้อยละ 65 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล โดยมีกลุ่มอายุ 0-14 59 ปีสูงสุด รองมาได้แก่ กลุ่มอายุ 30-44 ปี 15-29 ปี 45-59 ปี และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ พบประชากร เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ค่าเฉลี่ยอายุประชากรเท่ากับ 33 ปี มีฐานะ



อายุเท่ากับ 32 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษา ไม่ได้ศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีและอนุปริญญา ตามลำดับ

ปัจจัยด้านเขตการปกครอง กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ในเขตเทศบาล กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีคนจนมากกว่าคนไม่จน ไม่มีระดับการศึกษาและการศึกษาภาคบังคับในระดับประถมศึกษามีคนจนมากกว่าคนไม่จน ในระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป อนุปริญญา และปริญญาตรี พบคนจนน้อยกว่าคนไม่จนในลักษณะตรงกันข้าม

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสพบว่า หม้าย หย่า แยกกันอยู่และคนโสด เป็นคนจนมากกว่าคนไม่จน คนจนมีอัตราส่วนการเป็นภาระต่อผู้อยู่ในวัยทำงานสูงกว่าคนไม่จน ค่าเฉลี่ยอายุและค่ามัธยฐานอายุคนจนน้อยกว่าคนไม่จน การไม่มีอาชีพพบมากในคนจน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเกณฑ์ความยากจน

	จน N=4,351	ไม่จน N=3,965	รวม N=8,316	X <sup>2</sup>	P-value
<b>1. เขตการปกครอง</b>				41.307	<0.001
1.1 ในเขตเทศบาล(%)	57	43	2,891(35)		
1.2 นอกเขตเทศบาล(%)	50	50	5,425(65)		
<b>2. กลุ่มอายุ</b>				59.615	<0.001
2.1 0-14 ปี(%)	59	41	2,058(25)		
2.2 15-29 ปี(%)	50	50	1,832(22)		
2.3 30-44 ปี(%)	51	49	1,951(23)		
2.4 45-59 ปี(%)	47	53	1,402(17)		
2.5 60 ปี ขึ้นไป(%)	52	48	1,073(13)		
2.6 ค่าเฉลี่ยอายุ(ปี)	32	34	33		
2.7 มัธยฐานอายุ(ปี)	30	33	32		
<b>3. เพศ</b>				2.163	.339
3.1 ชาย(%)	53	47	3,865(46)		
3.2 หญิง (%)	52	48	4,449(54)		
<b>4. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				51.509	<0.001
4.1 ไม่ได้ศึกษา(%)	66	34	1,380(17)		
4.2 ประถมศึกษา(%)	54	46	4,881(59)		
4.3 มัธยมศึกษา(%)	43	57	1,585(19)		
4.4 อนุปริญญา(%)	31	69	182(2)		
4.5 ปริญญาตรี(%)	18	82	275(3)		
<b>6. สถานภาพสมรส</b>				84.596	<0.001
6.1 โสด(%)	52	48	2,028(24)		
6.2 สมรส(%)	50	50	1,407(17)		
6.3 หม้าย(%)	53	47	2,820(34)		
6.4 หย่า(%)	54	46	1,845(22)		
6.5 แยกกันอยู่(%)	54	46	214(3)		
<b>7. อาชีพ</b>				559.357	<0.001
7.1 ทำงาน(%)	50	50	3,711(45)		
7.2 ไม่ทำงาน(%)	59	41	4,605(55)		
7.5 อัตราส่วนการเป็นภาระต่อผู้ อยู่ในวัยทำงาน(%)	80	57	68		

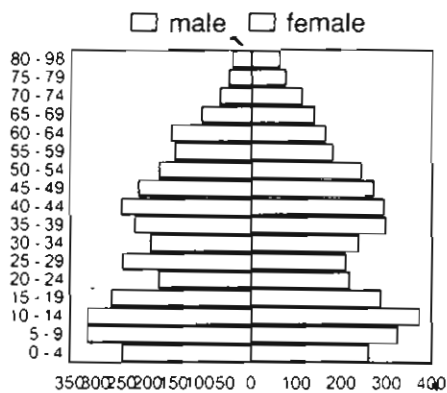
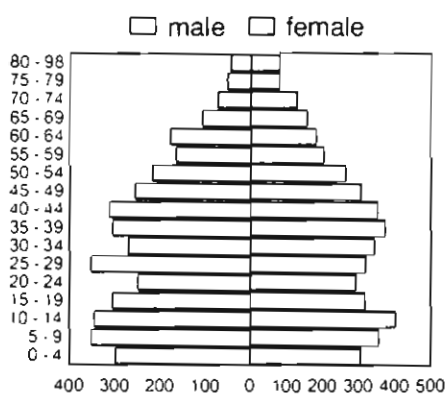
## 4.2 หลักประกันสุขภาพ

รายละเอียดโครงสร้างปิรามิดประชากรใน 4 จังหวัดที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาใกล้เคียงกับโครงสร้างปิรามิดประชากรทั่วประเทศ เมื่อจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ พบว่าโครงสร้างปิรามิดประชากรในแต่ละจังหวัดมีลักษณะใกล้เคียงกันยกเว้นในจังหวัดสมุทรสาครและกรุงเทพมหานครที่มีบัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาทน้อยกว่าจังหวัดอื่นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งเป็นไปได้ว่ามีส่วนแบ่งจากประชากรในสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสังคมหรือในเขตกรุงเทพมหานครอาจขยายฐานไปยังกลุ่มผู้ใช้แรงงานไม่เต็มที่เนื่องจากเพิ่งเริ่มดำเนินการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรคไม่นาน รายละเอียดแสดงในภาพที่ 4.1-4.5

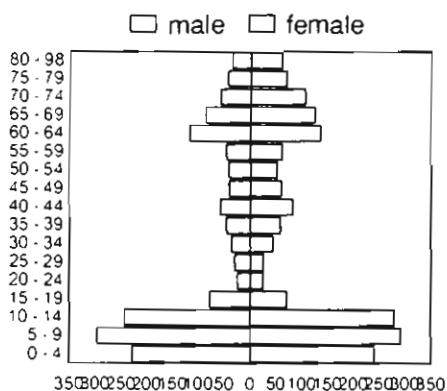
ปิรามิดประชากรของบัตรทองมีลักษณะคล้ายกับประชากรทั้งหมดของกลุ่มประชากรตัวอย่างเนื่องจากเป็นฐานประชากรที่มากที่สุด บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท มีประชากรเด็กและผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยทำงาน บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท มีประชากรวัยทำงานมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีประชากรผู้สูงอายุและวัยทำงานมากมีเด็กเพียงเล็กน้อย ประกันสังคมมีประชากรที่อยู่ในวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่

สำหรับโครงสร้างปิรามิดประชากรคนจนจากสังคมช่วยชีพและคนจนจากเกณฑ์มาตรฐานมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ดูภาพที่ 4.6-4.7ตามลำดับ

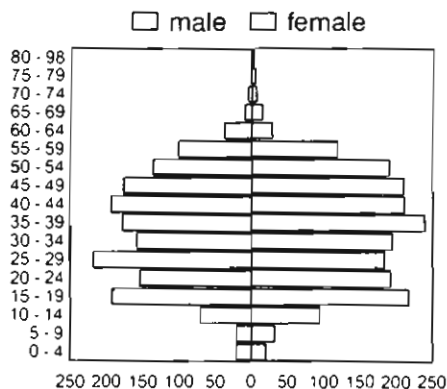
**ภาพที่ 4.1 โครงสร้างปิรามิดประชากรใน 4 จังหวัด  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม**



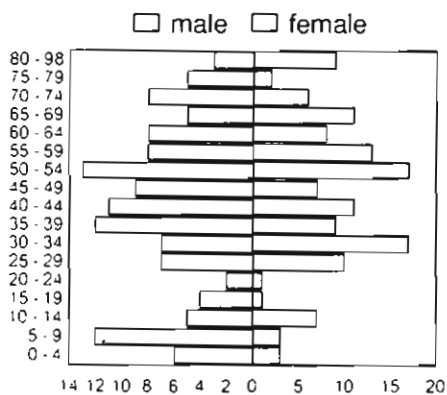
**บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท**



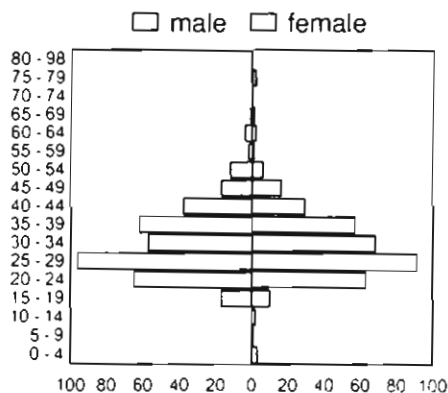
**บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท**



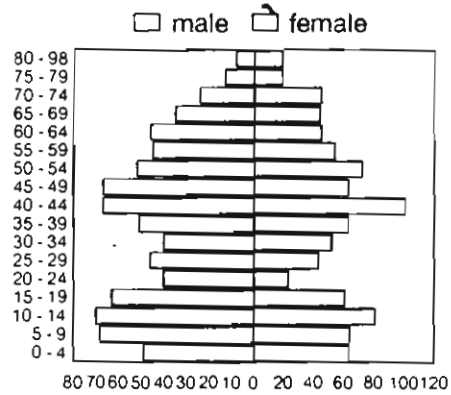
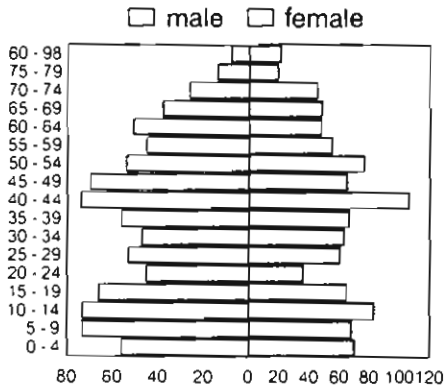
**ข้าราชการ**



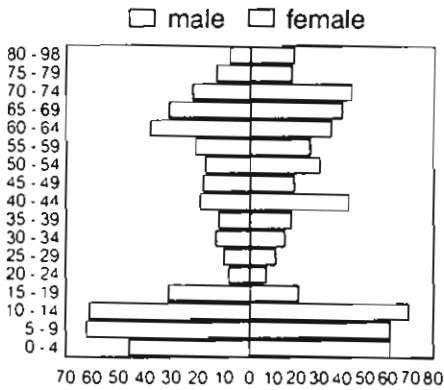
**ประกันสังคม**



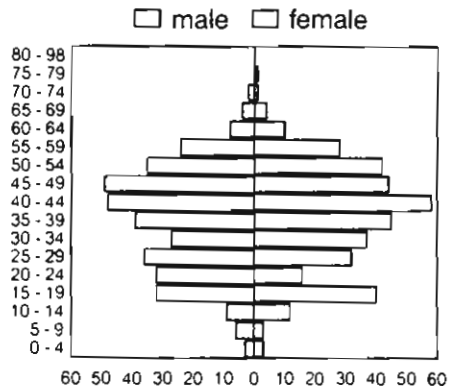
ภาพที่ 4.2 โครงสร้างปิรามิดประชากรจังหวัดสุโขทัย  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม



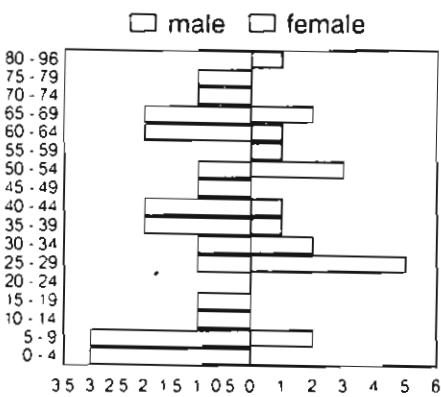
บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท



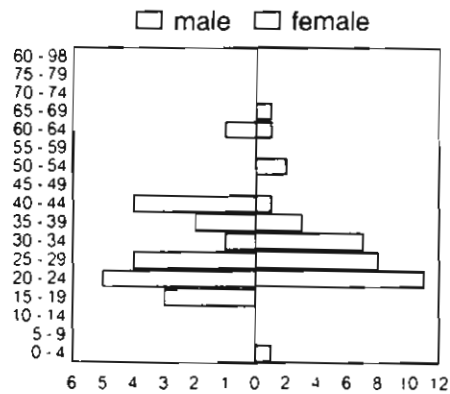
บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท



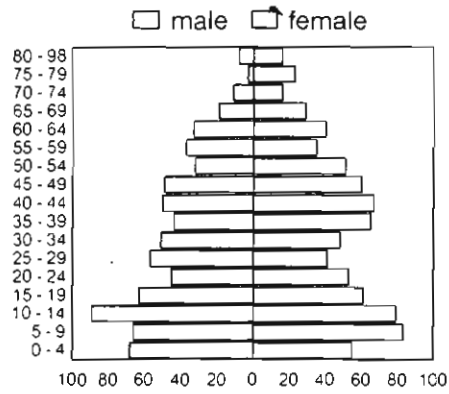
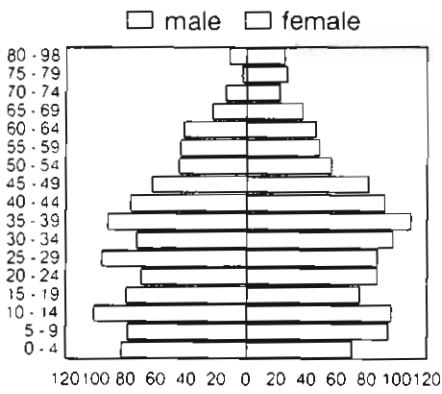
ข้าราชการ



ประกันสังคม

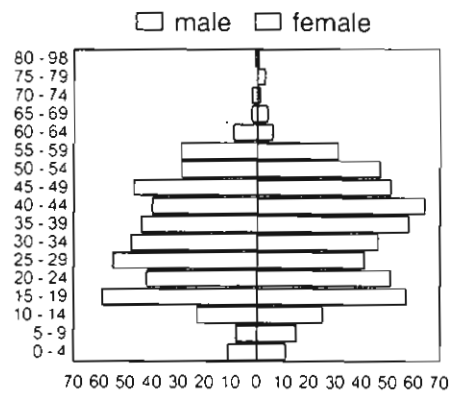
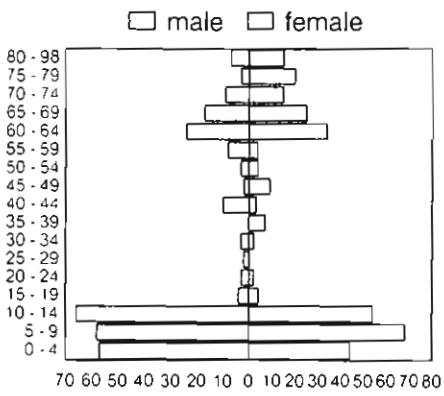


ภาพที่ 4.3 โครงสร้างปิรามิดประชากรจังหวัดสมุทรสาคร  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม



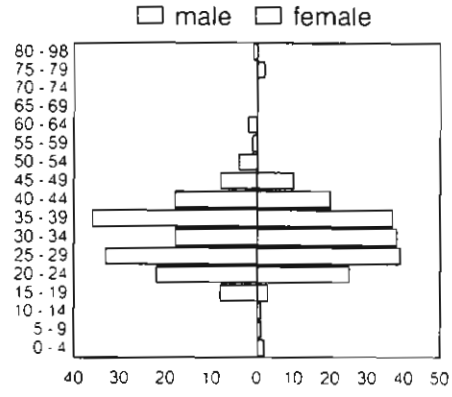
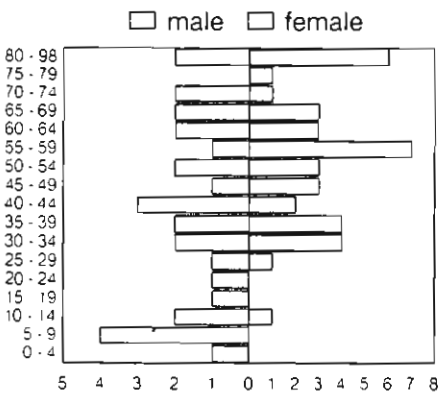
บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท

บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท



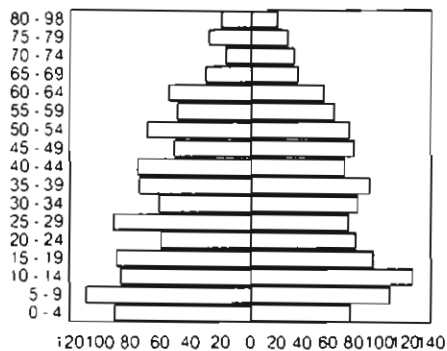
ข้าราชการ

ประกันสังคม



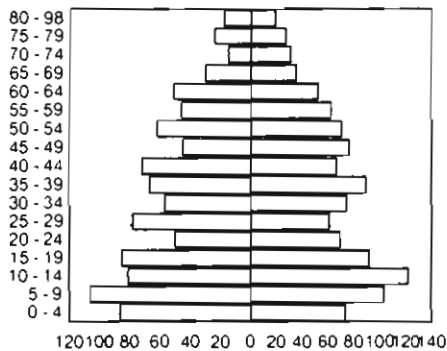
### ภาพที่ 4.4 โครงสร้างประชากรจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มอายุทุกกลุ่ม

□ male □ female



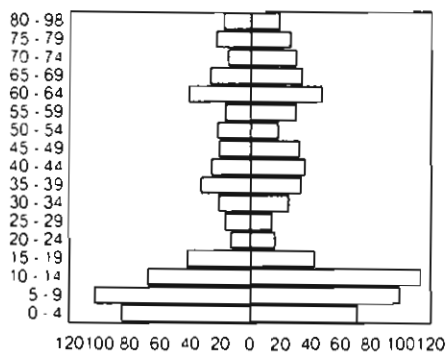
บัตรทอง

□ male □ female



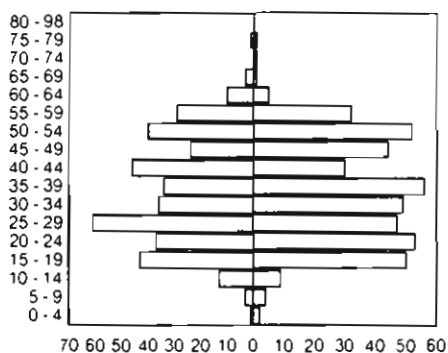
บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท

□ male □ female



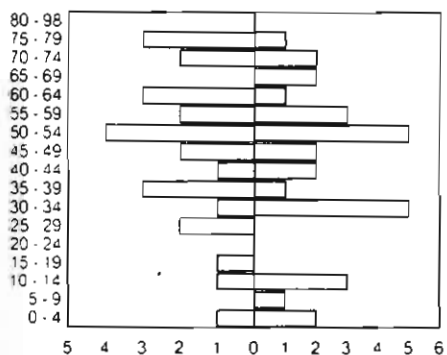
บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท

□ male □ female



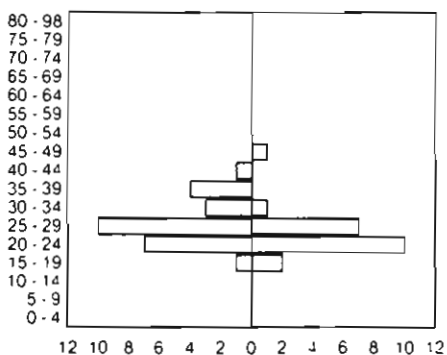
ข้าราชการ

□ male □ female



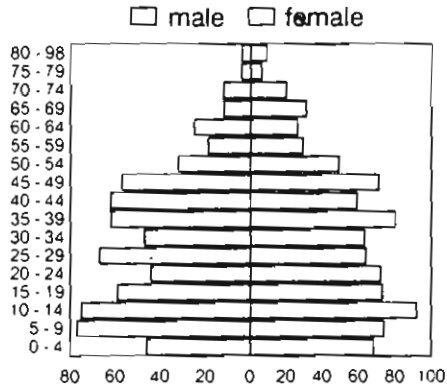
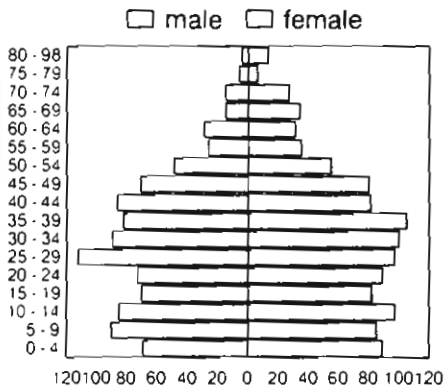
ประกันสังคม

□ male □ female



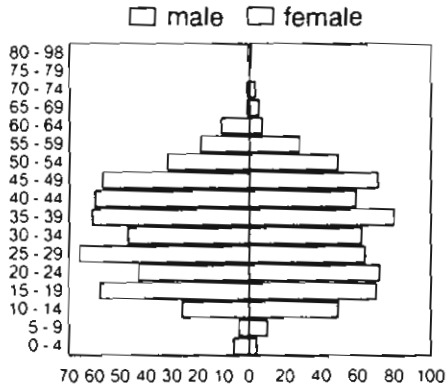
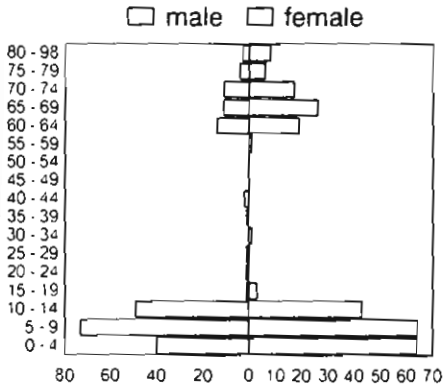
ภาพที่ 4.5 โครงสร้างปิรามิดประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม

บัตรทอง



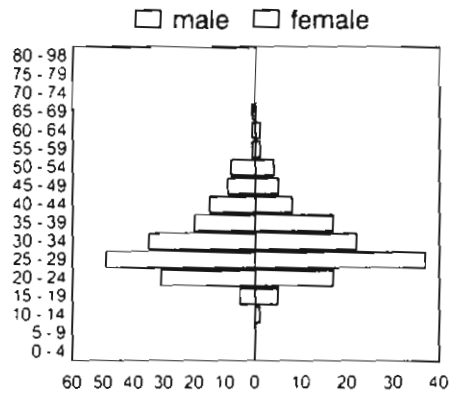
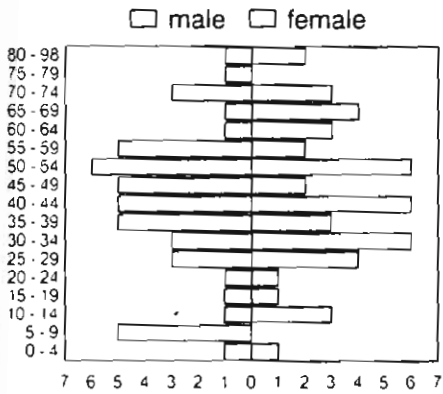
บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท

บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท

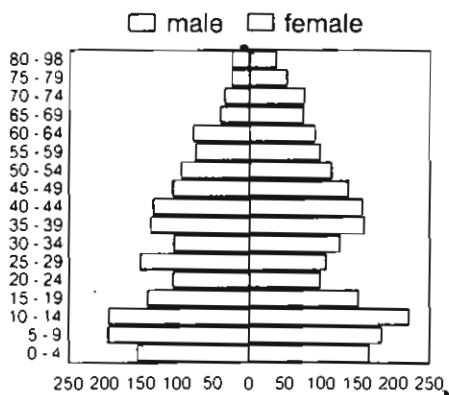
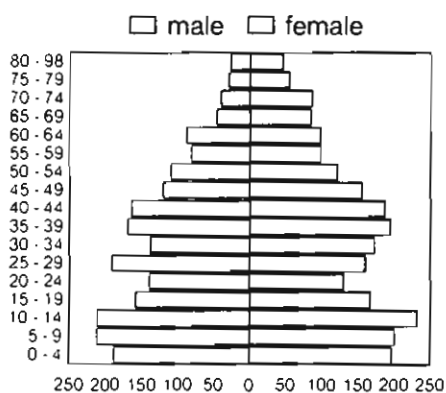


ข้าราชการ

ประกันสังคม

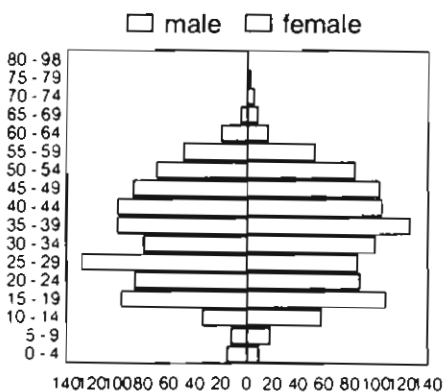
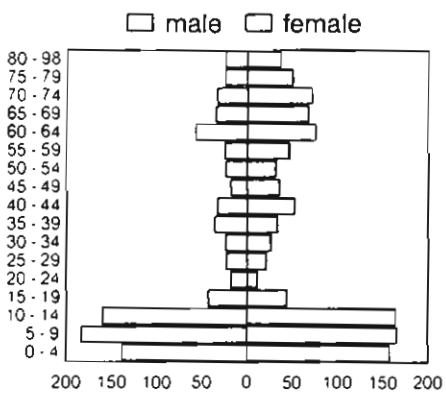


ภาพที่ 4.6 โครงสร้างพีรามิดประชากรคนจนจากสังคมช่วยชีวิต ใน 4 จังหวัด  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม



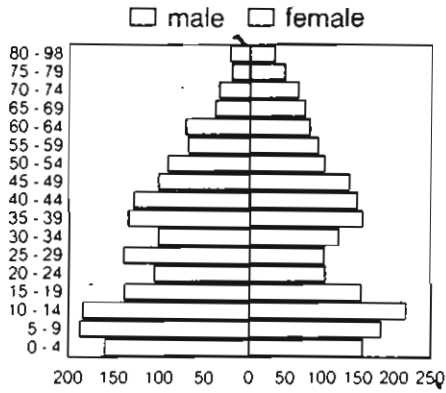
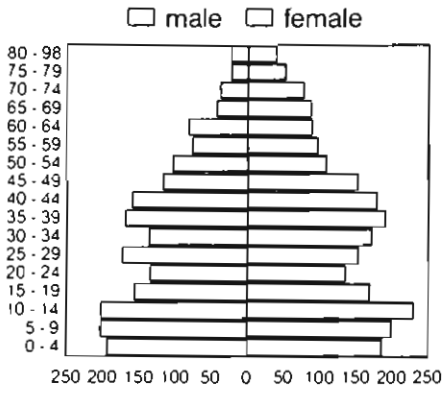
บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท

บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท





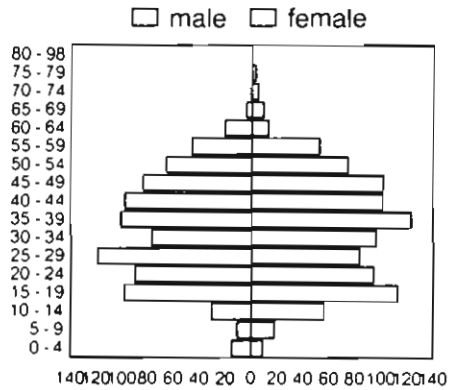
ภาพที่ 4.7 พีรามิดประชากรคนจนจากเกณฑ์มาตรฐานใน 4 จังหวัด  
กลุ่มอายุทุกกลุ่ม



บัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาท



บัตรทองต้องจ่าย 30 บาท



ปัจจัยการมีหลักประกันสุขภาพและสาเหตุการไม่มีบัตรทอง มีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน กล่าวคือ การไม่มีหลักประกันสุขภาพพบในคนจนมากกว่าคนไม่จน พบว่าคนจนมีหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวมากกว่า สำหรับการมีหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ 2 สิทธิขึ้นไปพบในคนจนน้อยกว่าคนไม่จน

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมพบในคนจนน้อยกว่า บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบในคนจนมากกว่า โดยบัตรทองไม่ต้องจ่าย 30 บาทพบในคนจนมากกว่า บัตรทองต้องจ่าย 30 บาทพบในคนจนน้อยกว่า

สาเหตุไม่มีบัตรทองในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่พบคือ ได้รับคำชี้แจงว่าไม่ต้องมีบัตรก็สามารถรับบริการได้ รองมาคือ ไม่สนใจจะได้ ไม่รู้เรื่อง ไม่มีทะเบียนบ้าน ไม่มีบัตรประชาชน โดยพบในคนจนมากกว่าคนไม่จน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 หลักประกันสุขภาพและสาเหตุการไม่มีบัตรทองจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน

	จน(%)	ไม่จน(%)	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
1. ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	61	39	552(6)	21.065	<0.001
2. สิทธิหลักประกันสุขภาพ					
2.1 มีหลักประกันสุขภาพเพียงสิทธิ์เดียว	52	48	7,620(92)		
2.2 มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ 2 สิทธิ	43	57	141(2)		
2.3 มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ 3 สิทธิ	0	100	1		
	4,351	3,963	8,314		
3. ประเภทหลักประกันสุขภาพ					
3.1 สวัสดิการข้าราชการ	15	85	260(3.29)		
3.2 ประกันสังคม	46	54	721(9.12)		
3.3 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	54	46	6,924(87.59)		
3.3.1 ไม่ต้องจ่าย 30 บาท	57	43	3,290(41.62)		
3.3.2 จ่าย 30 บาท	50	50	3,634(45.97)		
4. ไม่มีบัตรทองสาเหตุเนื่องจาก				48.555	<0.001
4.1 ไม่มีทะเบียนบ้าน	79	21	57(12)		
4.2 ไม่มีบัตรประชาชน	93	7	30(6)		
4.3 ไม่สนใจจะได้	54	46	133(28)		
4.4 ไม่รู้เรื่อง	63	37	87(19)		
4.5 ได้รับคำชี้แจงว่าไม่ต้องมีบัตรก็สามารถรับบริการได้	56	44	149(32)		
4.6 อื่นๆ ระบุ	33	67	12(3)		

สาเหตุการไม่มีบัตรทองที่พบมากในกทม.ได้แก่ ไม่สนใจจะได้ ได้รับคำชี้แจงว่าไม่ต้องมีบัตรก็สามารถรับบริการได้ ไม่รู้เรื่อง ไม่มีทะเบียนบ้าน และไม่มีบัตรประชาชน ตามลำดับ สำหรับส่วนภูมิภาค ได้แก่ ได้รับคำชี้แจงว่าไม่ต้องมีบัตรก็สามารถรับบริการได้ ไม่รู้เรื่อง ไม่สนใจจะได้ ไม่มีทะเบียนบ้าน และ ไม่มีบัตรประชาชน ชน ตามลำดับ

ปัญหาการไม่มีทะเบียนบ้านพบในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าส่วนภูมิภาค(สัดส่วนคนจนต่อคนไม่จนเท่ากับ 16/3 เท่ากับ 5.3 เท่าในกรุงเทพ และ 29/9 เท่ากับ 3.2 เท่าในส่วนภูมิภาค) ปัญหาไม่มีบัตรประชาชนพบในส่วนภูมิภาคมากกว่า(สัดส่วนคนจนต่อคนไม่จนเท่ากับ 21/2 เท่ากับ 10.5 เท่า ไม่พบการไม่มีบัตรประชาชนในคนไม่จนในเขตกรุงเทพมหานคร) ปัญหาการไม่รู้เรื่องว่ามีการออกบัตรทองพบในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าส่วนภูมิภาค(สัดส่วนคนจนต่อคนไม่จนเท่ากับ 15/5 เท่ากับ 3 เท่า ในเขตกรุงเทพมหานครและ 40/27 เท่ากับ 1.5 เท่า ในส่วนภูมิภาค) ปัญหาจากการได้รับการชี้แจงว่าไม่ต้องมีบัตรทองก็สามารถรับบริการได้พบในส่วนภูมิภาคมากกว่าเขตกรุงเทพมหานคร(สัดส่วนคนจนต่อคนไม่จนเท่ากับ 37/32 เท่ากับ 1.2 เท่า ในเขตกรุงเทพมหานคร และ 47/33 1.4 เท่า ในส่วนภูมิภาค) ดูตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 สาเหตุการไม่มีบัตรทองจำแนกตามเขตที่ตั้งและเกณฑ์ความยากจน

สาเหตุการไม่มีบัตรทอง	กรุงเทพมหานคร			ภูมิภาค		
	จน N=125	ไม่จน N=67	รวม N=192	จน N=159	ไม่จน N=105	รวม N=264
4.5 ได้รับค่าจ้างว่าไม่ต้องมีบัตรก็สามารถรับบริการได้	37(30)	32(48)	69(36)	47(30)	33(31)	80(30)
4.4 ไม่รู้เรื่อง	15(12)	5(7)	20(10)	40(25)	27(26)	67(25)
4.3 ไม่สนใจจะได้	50(40)	27(40)	77(40)	22(14)	34(32)	56(21)
4.1 ไม่มีทะเบียนบ้าน	16(13)	3(4)	19(10)	29(18)	9(9)	38(14)
4.2 ไม่มีบัตรประชาชน	7(6)	0	7(4)	21(13)	2(2)	23(9)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

ในประชากรตัวอย่างทั้งหมดหากใช้เกณฑ์ความยากจนมาตรฐานสามารถวัดความครอบคลุมและความตรงประเด็นของสิทธิประกันสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับร้อยละ 92 และ 52 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นของสิทธิประกันสุขภาพในโครงการฯ เท่ากับร้อยละ 93 และ 54 ในเกณฑ์สังคมช่วยชีวิต ดูตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นการมีสิทธิประกันสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมด	เกณฑ์ความยากจนมาตรฐาน			เกณฑ์สังคมช่วยชีวิต		
	จน	ไม่จน	รวม	จน	ไม่จน	รวม
จำนวนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ	4,017	3,745	7,762	4,177	3,599	7,776
จำนวนผู้ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ	334	218	552	320	234	554
รวม	4,351	3,963	8,314	4,497	3,833	8,330
ความครอบคลุมการมีสิทธิประกันสุขภาพ	92%	(=4,017* 100/4,351)		93%	(=4,177* 100/4,497)	
ความตรงประเด็นของการมีสิทธิประกันสุขภาพ	52%	(=4,017* 100/7,762)		54%	(=4,177* 100/7,776)	

ในประชากรบัตรทองและไม่มีบัตร(นำสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการออกไป)หากใช้เกณฑ์ความยากจนมาตรฐานวัดความครอบคลุมและความตรงประเด็นของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีค่าเท่ากับร้อยละ 92 และ 54 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นของโครงการฯ เท่ากับร้อยละ 94 และ 55 ในเกณฑ์สังคมช่วยชีวิต ดูตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความครอบคลุมและความตรงประเด็นในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรณีตัดผู้ประกันตนและข้าราชการออกไป)

กลุ่มประชากรตัวอย่างเมื่อนำสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการออกไป	เกณฑ์ความยากจนมาตรฐาน			เกณฑ์สังคมช่วยชีวิต		
	จน	ไม่จน	รวม	จน	ไม่จน	รวม
จำนวนผู้มีบัตรทอง	3,705	3,219	6,924	3,837	3,097	6,934
จำนวนผู้ไม่มีบัตรทอง	334	218	552	234	320	554
รวม	4,039	3,437	7,476	4,071	3,417	7,488
ความครอบคลุมการมีบัตรทอง	92%	(=3,705* 100/4,039)		94%	(=3,837* 100/4,071)	
ความตรงประเด็นของการมีบัตรทอง	54%	(=3,705* 100/6,924)		55%	(=3,837* 100/6,934)	

### 4.3 ลักษณะทั่วไปของที่อยู่อาศัยและสินทรัพย์

ประเภทที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปของประชากรตัวอย่างคือบ้านโดด รองมาได้แก่ ห้องแถว เรือนแถว ดึกแถว ห้องชุด ทาวน์เฮาส์ ห้องภายในบ้าน ที่อยู่อาศัยในสำนักงาน และ เรือ แพ หรือรถ

ปัจจัยประเภทที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน กล่าวคือ คนจนมีประเภทที่อยู่อาศัย เป็นเรือ แพหรือรถ ห้องภายในบ้าน ห้องแถว เรือนแถว ตูตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ประเภทที่อยู่อาศัยของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน

	จน	ไม่จน	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
				338.279	<0.001
1= บ้านโดด	3,318(51)	3,238(49)	6,556		
4= ห้องแถว เรือนแถว	660(73)	241(27)	901		
5= ดึกแถว	77(25)	226(75)	303		
3= ห้องชุด	113(48)	120(52)	233		
2= ทาวน์เฮาส์	87(42)	118(58)	205		
6= ห้องภายในบ้าน	49(91)	5(9)	54		
9= อื่นๆ	44(92)	4(8)	48		
7= ที่อยู่อาศัยในสำนักงาน	1(7)	13(93)	14		
8= เรือ แพ หรือรถ	2(100)	0()	2		

ลักษณะของที่อยู่อาศัยของประชากรตัวอย่าง คือ การใช้วัสดุถาวรเป็นส่วนใหญ่ รองมาคือครึ่งตึกครึ่งไม้ ตึก ใช้วัสดุไม่ถาวรในห้องกิน และใช้วัสดุที่ใช้แล้วและอยู่ในสภาพผุพัง ปัจจัยลักษณะของที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คนจนมีลักษณะที่อยู่อาศัยโดยใช้วัสดุที่ใช้แล้วและอยู่ในสภาพผุพัง รองมาได้แก่ใช้วัสดุไม่ถาวรในห้องกิน ตูตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ลักษณะของที่อยู่อาศัยจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน

	จน	ไม่จน	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
				1,310.265	<0.001
3= ใช้วัสดุถาวรเป็นส่วนใหญ่	2,035(55)	1,660(45)	3,695		
2= ครึ่งตึกครึ่งไม้	659(32)	1,373(68)	2,032		
1= ตึก	450(35)	822(65)	1,272		
4= ใช้วัสดุไม่ถาวรในห้องกิน	591(88)	83(12)	674		
5= ใช้วัสดุที่ใช้แล้วและอยู่ในสภาพผุพัง	616(96)	25(4)	641		

การครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนของประชากรตัวอย่าง เป็นเจ้าของสูงสุด รองมาได้แก่ การเช่า อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะ ให้อยู่เปล่า อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง และ เช่าซื้อ ปัจจัยการครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คนจนอยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะให้อยู่เปล่า รองมาได้แก่ การเช่า การเช่าซื้อ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง ตูตารางที่ 4.9

**ตารางที่ 4.9 การครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน**

	จน	ไม่จน	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
				392.788	<0.001
1= เป็นเจ้าของ	2,993(47)	3,430(53)	6,423		
3= เช่า	830(71)	344(29)	1,174		
5= อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะให้อยู่เปล่า	449(78)	129(22)	578		
4= อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะเป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง	57(53)	51(47)	108		
2= เช่าซื้อ	16(59)	11(41)	27		

การถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดินของประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเจ้าของ รองลงมาคือเช่า ไม่เสียค่าเช่าที่ดิน และอื่นๆ การถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดินของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คนจนถือครองที่ดินโดยเช่า เช่าซื้อ และไม่เสียค่าเช่าที่ดิน ดูตารางที่ 4.10

**ตารางที่ 4.10 การถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดินจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน**

	จน	ไม่จน	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
				721.471	<0.001
1= เป็นเจ้าของ	2,065(41)	3,014(59)	5,079		
3= เช่า	1,116(69)	513(31)	1,629		
4= ไม่เสียค่าเช่าที่ดิน	935(74)	326(26)	1,261		
5= อื่นๆ	176(69)	80(31)	256		
2= เช่าซื้อที่ดิน	57(64)	32(36)	89		

แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของประชากรตัวอย่างได้มาจาก น้ำประปาภายในบ้าน น้ำฝน น้ำดื่มบรรจุขวด น้ำประปานอกบ้าน น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อไม่ใช้สาธารณะ น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ และ แม่น้ำลำคลองลำธาร น้ำตก ปัจจุบันด้านแหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับความยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คนจนใช้น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อไม่ใช้สาธารณะ น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ น้ำประปานอกบ้าน น้ำดื่มบรรจุขวด และแม่น้ำลำคลอง ลำธาร น้ำตก ตามลำดับ ดูตารางที่ 4.11

**ตารางที่ 4.11 แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของครัวเรือนจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน**

	จน	ไม่จน	รวม	X <sup>2</sup>	P-value
				107.346	<0.001
1= น้ำประปาภายในบ้าน	1,348(50)	1,361(50)	2,709		
5= น้ำฝน	1,041(47)	1,185(53)	2,226		
7= น้ำดื่มบรรจุขวด	903(57)	688(43)	1,591		
2= น้ำประปานอกบ้าน	532(56)	413(44)	945		
4= น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อไม่ใช้สาธารณะ	257(60)	170(40)	427		
3= น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ	199(59)	136(41)	335		
6= แม่น้ำ ลำคลอง ลำธาร น้ำตก	49(89)	6(11)	55		
8= อื่นๆ	21(78)	6(22)	27		

แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ 3 ลำดับ ได้แก่ น้ำประปาภายในบ้าน และน้ำดื่มบรรจุขวด เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่าในเขตกรุงเทพมหานครใช้น้ำประปาภายในบ้านสูงที่สุดถึงร้อยละ 70 ต่ำสุดคือจังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 7 จังหวัดสุโขทัยพบว่ามีแหล่งน้ำดื่มที่เป็นประปานอกบ้านสูงกว่าน้ำประปาภายในบ้าน(ร้อยละ 42) จังหวัดอุบลราชธานีใช้น้ำฝนมากกว่าน้ำประปาภายในบ้าน สำหรับน้ำฝนจังหวัดที่ใช้น้ำฝนมากที่สุดคือจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 49 และ 46 ตามลำดับ น้ำดื่มบรรจุขวดจังหวัดที่ใช้น้ำดื่มบรรจุขวดมากที่สุดได้แก่จังหวัดสมุทรสาครและกรุงเทพฯ ร้อยละ 42 และ 27 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 แหล่งน้ำดื่มส่วนใหญ่ของครัวเรือนน้ำดื่มส่วนใหญ่จำแนกตามจังหวัด

	สุโขทัย	สมุทรสาคร	ฉะเชิงเทรา	กรุงเทพฯ	รวม
1= น้ำประปาภายในบ้าน	32	7	23	70	33
2= น้ำประปานอกบ้าน	42	1	5	1	11
3= น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ	3	3	9	0	4
4= น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อไม่ใช่สาธารณะ	8	1	11	0	5
5= น้ำฝน	7	46	49	1	27
6= แม่น้ำ ลำคลอง ลำธาร น้ำตก	2	0	0	0	1
7= น้ำดื่มบรรจุขวด	5	42	1	27	19
8= อื่นๆ	0	0	1	0	0
รวม	100	100	100	100	100

ของใช้ภายในบ้านของประชากรตัวอย่างที่ใช้มากที่สุด ใน 4 จังหวัดคือ พัดลม รองลงมาได้แก่ โทรทัศน์สี/ขาวดำ ตู้เย็น ตู้แช่ เตาหุงต้มไฟฟ้า วิทยุ/วิทยุเทป รถจักรยานยนต์ โทรศัพท์ รถจักรยานสองล้อ เครื่องซักผ้า รถยนต์ เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร) เครื่องปรับอากาศ รถอีแต่นหรือรถไถด้อย และ เรือ ตามลำดับ โดยของใช้ในบ้านที่กล่าวมาข้างต้น คนไม่จนมีโอกาสในการใช้มากกว่าคนจนแทบทั้งสิ้น ยกเว้นพัดลมที่ที่คนจนใช้มากกว่าคนไม่จน

เมื่อใช้สมการถดถอยลอจิสติก(logistic regression) เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของใช้ภายในบ้านระหว่างคนไม่จนและคนจน แสดงด้วย odds ratio(OR) และระดับนัยสำคัญทางสถิติ(P value) ดูตารางที่ 4.13 ใน 5 ลำดับแรกที่มีค่า OR สูง ได้แก่ รถยนต์ มีค่า OR= 292 รถจักรยานยนต์ มีค่า OR= 144 โทรศัพท์ มีค่า OR=104 เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร) มีค่า OR=80 รถอีแต่น มีค่า OR=66 เตาหุงต้มไฟฟ้ามี่ค่า OR=42 หมายความว่า คนไม่จนมีโอกาสในการใช้ รถยนต์ถึง 292 เท่า รถจักรยานยนต์ 144 เท่า โทรศัพท์ 104 เท่า เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร) 80 เท่า รถอีแต่น/รถไถด้อย 66 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับคนจน ดูตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ของใช้ภายในบ้านของคนจน

	odds ratio	P value
รถยนต์	292	<0.0001
รถจักรยานยนต์	144	<0.0001
โทรศัพท์	104	<0.0001
เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร)	80	<0.0001
รถอีแต่น รถไถด้อย	66	<0.0001
เตาหุงต้มไฟฟ้า	42	<0.0001
ตู้เย็น ตู้แช่	39	<0.0001
เครื่องปรับอากาศ	31	<0.0001
รถจักรยานสองล้อ	31	<0.0001
วิทยุ/วิทยุเทป	29	<0.0001
โทรทัศน์สี/ขาวดำ	19	<0.0001
เครื่องซักผ้า	3	0.092
พัดลม	2	0.213
เรือ	0	0.513

หากใช้สมการถดถอยลอจิสติก(logistic regression) เพื่อหาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของใช้ตามเขตการปกครองจำแนกนอกเขตเทศบาลและในเขตเทศบาล แสดงด้วย odds ratio(OR) และระดับนัยสำคัญทางสถิติ(P value) ดูตารางที่ 4.14 ใน 5 ลำดับแรกที่มีค่า OR สูง ได้แก่ รถจักรยานยนต์ มีค่า OR= 419 (นอกเขตเทศบาลมีการใช้รถจักรยาน

ยนต์ถึง 419 เท่า) เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร) มีค่า OR= 190 (นอกเขตเทศบาลมีการใช้เครื่องจักรถึง 190 เท่า) โทรศัพท์ มีค่า OR=168 (ในเขตเทศบาลมีการใช้โทรศัพท์สูงกว่านอกเขตเทศบาล 168 เท่า) เตารีดไฟฟ้า มีค่า OR= 163 (ในเขตเทศบาลมีการใช้เตารีดไฟฟ้าสูงกว่าในเขตเทศบาล 163 เท่า) และ เครื่องปรับอากาศ มีค่า OR=65 (ในเขตเทศบาลมีการใช้เครื่องปรับอากาศสูงกว่านอกเขตเทศบาล 65 เท่า) ส่วนประเภทของใช้อื่นๆ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ วิทยุ/วิทยุเทป(นอกเขตมากกว่า) เรือ รถจักรยานสองล้อ รถอีแต่น รถไอ้ต้อย รถยนต์ เครื่องซักผ้า มีค่า OR เท่ากับ 62 55 54 53 46 และ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.14 ของใช้ภายในบ้านในเขตเทศบาล

	odds ratio	P value
รถจักรยานยนต์	419	<0.0001
เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร)	190	<0.0001
โทรศัพท์	168	<0.0001
เตารีดไฟฟ้า	163	<0.0001
เครื่องปรับอากาศ	65	<0.0001
วิทยุ/วิทยุเทป	62	<0.0001
เรือ	55	<0.0001
รถจักรยานสองล้อ	54	<0.0001
รถอีแต่น รถไอ้ต้อย	53	<0.0001
รถยนต์	46	<0.0001
เครื่องซักผ้า	25	<0.0001
โทรทัศน์สี/ขาวดำ	2	0.214
พัดลม	2	0.214
ตู้เย็น ตู้แช่	1	0.291

## 4.5 การรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเภทของบริการสร้างเสริมสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาสูงสุดได้แก่ วัคซีน รองมาได้แก่ การวัดความดันเลือด ตรวจสุขภาพกับแพทย์ ตรวจปัสสาวะ/เลือดเบาหวาน ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจครรภ์/หลังคลอด และ ตรวจไขมันในเลือด ตามลำดับ

บริการรับวัคซีนมีค่าเฉลี่ยทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 51.49 คนจนไปรับบริการน้อยกว่าคนไม่จน(คนจนร้อยละ 49.21 คนไม่จนร้อยละ 55.36) รองมาได้แก่การวัดความดันเลือดทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 12.98 คนจนไปวัดความดันเลือดมากกว่าคนไม่จน(คนจนร้อยละ 13.81 คนไม่จนร้อยละ 12.18) ตรวจสุขภาพกับแพทย์ ทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 10.05 คนจนใช้บริการมากกว่า(คนจนร้อยละ 10.70 คนไม่จนร้อยละ 9.43) ตรวจปัสสาวะ/เลือดเบาหวาน ทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 5.58 กรุงเทพมหานครไปใช้บริการน้อยที่สุด คนจนใช้บริการน้อยกว่าคนไม่จน(คนจนร้อยละ 5.19 คนไม่จนร้อยละ 6.50) ตรวจมะเร็งปากมดลูก ทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 7.56 คนจนใช้บริการน้อยกว่าคนไม่จน(คนจนร้อยละ 5.94 คนไม่จนร้อยละ 9.21) ตรวจครรภ์/หลังคลอดทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 4.14 คนจนใช้บริการมากกว่าคนไม่จน(คนจนร้อยละ 4.76 คนไม่จนร้อยละ 3.52) และตรวจไขมันในเลือด ทุกจังหวัดเท่ากับร้อยละ 2.67 คนจนใช้บริการน้อยกว่าคนไม่จน (คนจนร้อยละ 1.75 คนไม่จนร้อยละ 3.56) บริการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บริการสร้างเสริมสุขภาพใน 4 จังหวัด ได้แก่ วัคซีน วัดความดันเลือด ตรวจปัสสาวะ/เลือดเบาหวาน และตรวจมะเร็งปากมดลูก กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่ใช้บริการน้อยที่สุด ยกเว้นตรวจไขมันในเลือดและตรวจสุขภาพกับแพทย์ กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่ใช้บริการมากที่สุด สำหรับตรวจครรภ์/หลังคลอดจังหวัดสมุทรสาครไปใช้บริการน้อยที่สุด บริการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P value <0.001 แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคนจนและไม่จน

การขยายความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพ 2 ประเภทได้แก่ ตรวจมะเร็งปากมดลูก และตรวจไขมันในเลือดซึ่งเป็นการคัดกรองที่สำคัญจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องขยายเป้าหมายไปยังคนจนเนื่องจากทำให้เพิ่มความครอบคลุมในภาพรวมได้ รายละเอียดดูในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 อัตราการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ จำแนกรายจังหวัด

บริการสร้างเสริมสุขภาพ	สุโขทัย	สมุทรสาคร	ฉะเชิงเทรา	กรุงเทพมหานคร	รวม	จน	ไม่จน
วัคซีน	69.05	52.29	67.07	20.25	51.49	49.21	55.36
วัดความดันเลือด	21.90	9.91	15.23	1.96	12.98	13.81	12.18
ตรวจสุขภาพกับแพทย์	7.65	11.10	10.12	11.92	10.05	10.70	9.43
ตรวจมะเร็งปากมดลูก	11.18	5.07	10.73	1.66	7.56	5.94	9.21
ตรวจปัสสาวะ/เลือดเบาหวาน	10.54	4.36	5.81	1.51	5.85	5.19	6.50
ตรวจครรภ์/หลังคลอด	4.83	2.20	5.40	4.44	4.14	4.76	3.52
ตรวจไขมันในเลือด	2.90	3.70	0.70	3.77	2.67	1.75	3.56

## 4.6 การประเมินสถานะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Health status score)

การประเมินสถานะความเจ็บป่วยด้วยตนเองนั้นมีคะแนนที่ใช้ในการประเมิน 5 คะแนน โดย เริ่มต้นที่ 1 2 3 4 และ 5 คะแนน หากให้ 1 คะแนนหมายถึงสุขภาพแย่มาก และ 5 หมายถึงสุขภาพดีมาก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุกกลุ่มอายุมีคะแนนเฉลี่ยในปีนี้ดีกว่าปีที่แล้ว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 คะแนน ขณะที่ปีที่แล้วมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 คะแนน กลุ่มไม่มีหลักประกันสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ข้าราชการมีค่าคะแนนเฉลี่ยในปีนี้สูงกว่าปีที่แล้ว



(ปีนี้เท่ากับ 3.81 คะแนน ปีที่แล้วเท่ากับ 3.80 คะแนน) ประกันสังคมมีคะแนนเฉลี่ยในปีนี้ต่ำกว่าปีที่แล้ว(ปีนี้เท่ากับ 3.79 คะแนน ปีที่แล้วเท่ากับ 3.87 คะแนน) บัตรทองมีคะแนนเฉลี่ยในปีนี้ต่ำกว่าปีที่แล้ว(ปีนี้เท่ากับ 3.70 คะแนน ปีที่แล้วเท่ากับ 3.75 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยรายกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 15 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันทั้งสองปี รองมาได้แก่ กลุ่มอายุ 15- 59 ปี ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในปีนี้ดีกว่าปีที่แล้ว กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยในปีนี้ต่ำกว่าปีที่แล้ว

คะแนนเฉลี่ยของคนจนในปีนี้และปีที่แล้วมีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำกว่าคนไม่จนในทุกหลักประกันสุขภาพ และทุกกลุ่มอายุ ดูตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 การประเมินสถานะความเจ็บป่วยด้วยตนเอง(Health status score) ตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	คะแนนเฉลี่ยปีที่แล้ว					คะแนนเฉลี่ยปีนี้				
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	ข้าราชการ (CSM BS)	ประกันสังคม (SSS)	ไม่มีหลักประกันฯ (uninsured)	ทั้งหมด	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	ข้าราชการ (CSM BS)	ประกันสังคม (SSS)	ไม่มีหลักประกันฯ (uninsured)	ทั้งหมด
ทุกกลุ่มอายุ										
ต่ำกว่า 15 ปี	3.96	4.26	4.20	3.81	3.96	3.97	4.28	4.00	3.79	3.96
15- 59 ปี	3.79	3.91	3.87	3.66	3.79	3.74	3.85	3.80	3.66	3.74
60+ ปี	3.22	3.29	3.50	3.12	3.22	3.05	3.45	3.42	2.97	3.07
รวมทุกกลุ่มอายุ	3.75	3.80	3.87	3.65	3.76	3.70	3.81	3.79	3.63	3.71
จน										
ต่ำกว่า 15 ปี	3.86	3.20	3.67	3.66	3.84	3.86	3.60	3.33	3.63	3.83
15- 59 ปี	3.67	3.63	3.76	3.52	3.67	3.61	3.44	3.61	3.51	3.60
60+ ปี	3.12	3.25	3.44	3.16	3.13	2.93	3.13	3.44	3.00	2.94
รวมกลุ่มจน	3.65	3.50	3.75	3.52	3.65	3.59	3.40	3.60	3.49	3.58
ไม่จน										
ต่ำกว่า 15 ปี	4.11	4.45	5.00	4.16	4.12	4.11	4.39	5.00	4.17	4.13
15- 59 ปี	3.91	3.96	3.98	3.82	3.91	3.88	3.93	3.96	3.84	3.89
60+ ปี	3.34	3.30	3.67	3.07	3.32	3.19	3.49	3.33	2.93	3.21
รวมกลุ่มไม่จน	3.88	3.85	3.98	3.85	3.88	3.84	3.88	3.96	3.86	3.85

## 4.7 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและอัตราการใช้บริการ

การเจ็บป่วยภายใน 2 สัปดาห์ของสิทธิบัตรทองหรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 6.93 ครั้งต่อคนต่อปี ไปใช้บริการตามที่สิทธิระบุเท่ากับ 3.57 ครั้งต่อคนต่อปีหรือร้อยละ 73 ที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

ข้าราชการมีอัตราป่วยเท่ากับ 5.52 ครั้งต่อคนต่อปี ไปใช้บริการเท่ากับ 2 ครั้งต่อคนต่อปี หรือร้อยละ 55 ที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่เบิกได้

ลูกจ้างประกันสังคมมีอัตราป่วยเท่ากับ 4.29 ครั้งต่อคนต่อปี ไปใช้บริการเท่ากับ 2.24 ครั้งต่อคนต่อปี หรือร้อยละ 90 ที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

คนจน ที่มีสิทธิบัตรทอง มีอัตราป่วย 7.38 ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 6.42 ครั้งต่อคนต่อปี มีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน เท่ากับ 3.67 ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราการใช้บริการเท่ากับ 3.46 ครั้งต่อคนต่อปี ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับร้อยละ 83 มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีร้อยละการใช้บริการเท่ากับร้อยละ 62

คนจนที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราป่วย 7.15 ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 5.20 ครั้งต่อคนต่อปี มีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐและเอกชนเท่ากับ 0.65 ครั้งต่อคนต่อปี น้อยกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราการใช้บริการเท่ากับ 2.25 ครั้งต่อคนต่อปี คนจนที่เป็นข้าราชการไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่เบิกได้ ส่วนกลุ่มไม่จนมีร้อยละการใช้บริการเท่ากับร้อยละ 58

คนจนที่มีสิทธิประกันสังคม มีอัตราป่วย 5.15 ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 3.55 ครั้งต่อคนต่อปี มีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐและเอกชนเท่ากับ 2.81 ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราการใช้บริการเท่ากับ 1.74 ครั้งต่อคนต่อปี ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับร้อยละ 92 มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีร้อยละการใช้บริการเท่ากับร้อยละ 88 ดูตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 เจ็บป่วยใน 2 สัปดาห์และการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

สิทธิประกันสุขภาพ	N	ป่วย(ILL)	ใช้บริการ (USE)	ใช้สิทธิ (Comply)	อัตราป่วย (ครั้งต่อคนต่อปีILL/CAP/YR)	อัตราการใช้บริการ(ครั้งต่อคนต่อปี Visit/Cap/Yr)	การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี (Comply)
ทั้งหมด							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	6,924	1,846	951	696	6.93	3.57	73
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	260	55	20	11	5.50	2.00	55
ประกันสังคม(SSS)	721	119	62	56	4.29	2.24	90
จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, (UC)	3,705	1,051	523	432	7.38	3.67	83
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	40	11	1	0	7.15	0.65	0
ประกันสังคม(SSS)	333	66	36	33	5.15	2.81	92
ไม่จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	3,219	795	428	264	6.42	3.46	62
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	220	44	19	11	5.20	2.25	58
ประกันสังคม(SSS)	388	53	26	23	3.55	1.74	88

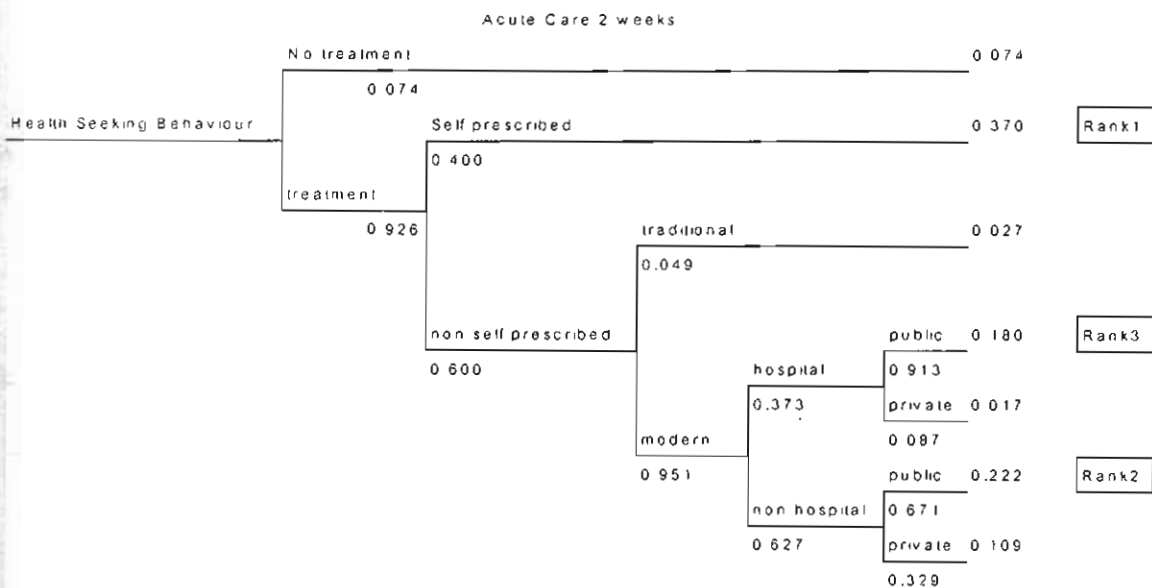
อันดับที่หนึ่งของทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทองคือ การซื้อยากินเองที่ร้านขายยาโดยมีโอกาสดังกล่าวเท่ากับ 0.370 ในคนจนเท่ากับ 0.396 ในคนไม่จนเท่ากับ 0.338

อันดับที่สองของทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทองคือไปใช้บริการที่สถานีนามัยเท่ากับ 0.222 ในคนจนเท่ากับ 0.243 ในคนไม่จนเท่ากับ 0.195

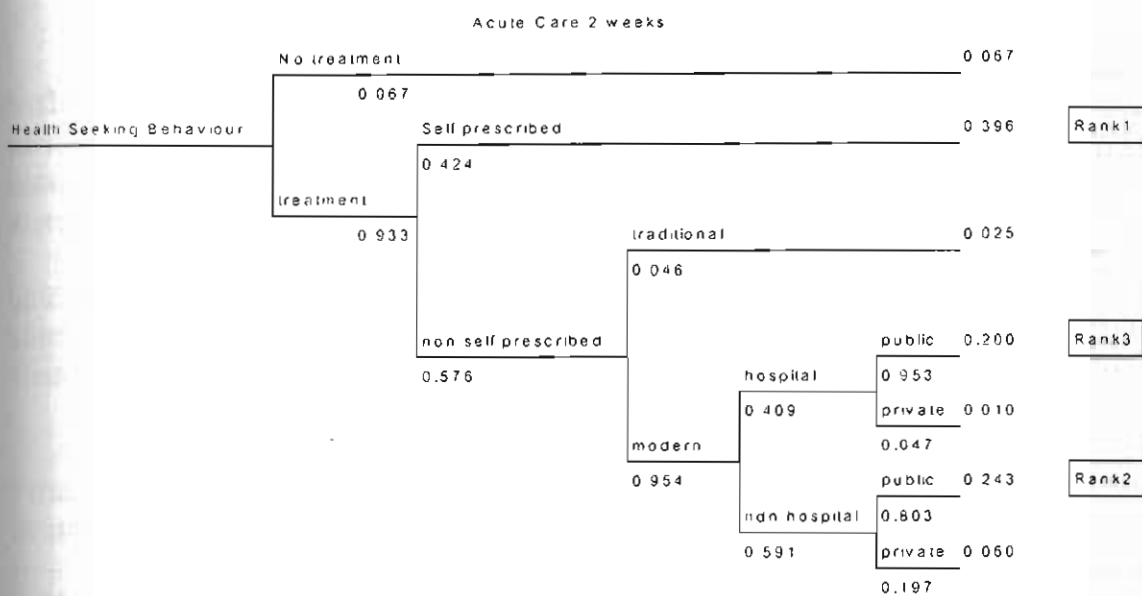
อันดับที่สามของทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิบัตรทองคือ ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเท่ากับ 0.180 ในคนจนเท่ากับ 0.2 ในคนไม่จนโอกาสในการตัดสินใจเลือกไปใช้บริการอันดับที่สามคือคลินิกเอกชนเท่ากับ 0.173 แทนที่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชน(0.154)

สรุปทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ป่วยบัตรทองคือซื้อยาที่ร้านขายยาก่อนเป็นอันดับแรก รองมาคือการไปใช้บริการที่สถานีนามัยและอันดับที่สามคือการไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน คนไม่จนมีโอกาสดังกล่าวจะตัดสินใจไปคลินิกเอกชนในอันดับที่สามแทนที่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีโอกาสในการตัดสินใจเลือกที่จะไปโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าคนจน หรือเนื่องจากนิยมที่จะไปคลินิกเอกชนมากกว่าคนจน รายละเอียดแสดงในภาพที่ 4.8-4.10

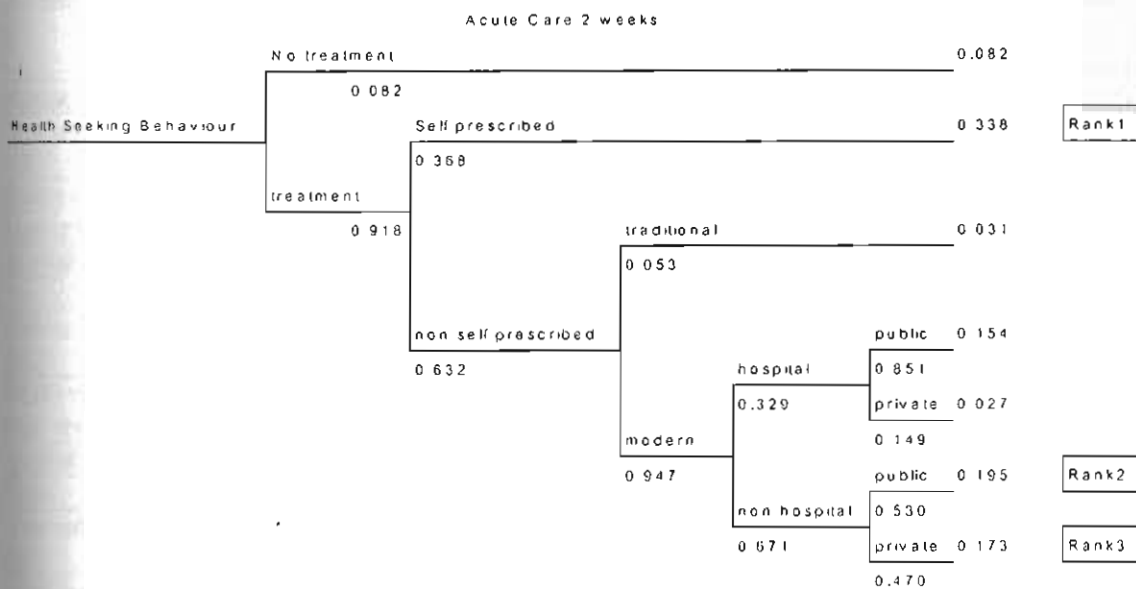
ภาพที่ 4.8 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทอง(N=1,801)



ภาพที่ 4.9 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทองและยากจน (N=1,020)



ภาพที่ 4.10 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยนอกที่ถือบัตรทองไม่ยากจน (N=779)



## 4.8 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลและอัตราการนอนโรงพยาบาล

อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยบัตรทองเท่ากับ 0.093 ครั้งต่อคนต่อปี มีการใช้สิทธินอนในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับ ร้อยละ 71.23 ข้าราชการ มีอัตราการนอนรพ.เท่ากับ 0.085 ครั้งต่อคนต่อปี และมีการใช้สิทธินอนในโรงพยาบาลที่กำหนดเท่ากับ ร้อยละ 90.91 สำหรับประกันสังคมมีอัตราการนอนรพ.ใกล้เคียงกับสิทธิบัตรทองคือ 0.075 ครั้งต่อคนต่อปี และมีการใช้สิทธินอนในโรงพยาบาลที่กำหนดเท่ากับร้อยละ 72.22

บัตรทองมีอัตราการนอนรพ.ของคนจนมากกว่ากลุ่มไม่จน โดยคนจนมีอัตราการนอนรพ.เท่ากับ 0.114 ครั้งต่อคนต่อปี ไม่จน เท่ากับ 0.069 ครั้งต่อคนต่อปี และมีการไปนอนรพ.ตามสิทธิร้อยละ 75.12 และ 63.80 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยวันนอนผู้ป่วยในสิทธิบัตรทองจนและไม่จนเท่ากับ 7.1 และ 4.67 วันตามลำดับ โดยคนจนมีวันนอนที่นานกว่าคนไม่จน

ข้าราชการมีอัตราการนอนรพ.ของคนจนน้อยกว่ากลุ่มไม่จน โดยกลุ่มจนมีอัตราการนอนรพ.เท่ากับ 0.025 ครั้งต่อคนต่อปี ไม่จน เท่ากับ 0.095 ครั้งต่อคนต่อปี และมีการไปนอนรพ.ตามสิทธิที่กำหนดให้ร้อยละ 100 และ 90.48 ตามลำดับ

ลูกจ้างประกันสังคมมีอัตราการนอนรพ.ของกลุ่มจนมากกว่ากลุ่มไม่จน โดยกลุ่มจนมีอัตราการนอนรพ.เท่ากับ 0.096 ครั้งต่อคนต่อปี ไม่จน เท่ากับ 0.057 ครั้งต่อคนต่อปี และมีการไปนอนรพ.ตามสิทธิที่กำหนดให้ร้อยละ 71.88 และ 72.73 ตามลำดับ รายละเอียดของข้อมูลแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 อัตราการนอนโรงพยาบาลจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ

หลักประกันสุขภาพ	N	ป่วย(Admit)	ใช้สิทธิ (Comply)	นอนรพ.ต่อปี Admit/Yr	การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี Comply(%)
ทั้งหมด					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	6,924	643	458	0.093	71.23
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	260	22	20	0.085	90.91
ประกันสังคม(SSS)	721	54	39	0.075	72.22
จน					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	3,705	422	317	0.114	75.12
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	40	1	1	0.025	100.00
ประกันสังคม(SSS)	333	32	23	0.096	71.88
ไม่จน					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	3,219	221	141	0.069	63.80
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS)	220	21	19	0.095	90.48
ประกันสังคม(SSS)	388	22	16	0.057	72.73

## 4. 9 อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยเรื้อรังและพิการ

### 4.9.1 กรณีเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังบัตรทองเท่ากับร้อยละ 81.12 มีการไปใช้บริการในสถานบริการที่กำหนดร้อยละ 77 โดยความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 10.05 ครั้ง คนจนไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 81.19 มากกว่าไม่จน(ร้อยละ 81.02) ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อเดือนของคนจนเท่ากับ 10.57 ครั้ง มากกว่าไม่จนซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 9.38 ครั้งสำหรับ ร้อยละการไปใช้บริการตามสิทธิที่มีของคนจนมากกว่าคนไม่จน โดยมีค่าเท่ากับ 84 และ 68 ตามลำดับ

ข้าราชการมีการไปใช้บริการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 88.68 ใช้บริการในสถานบริการที่กำหนดร้อยละ 85 ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 7.66 ครั้ง คนจนเจ็บป่วยร้อยละ 100 มากกว่าไม่จน(ร้อยละ 87.76) ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีของคนจนเท่ากับ 9.50 ครั้ง มากกว่าไม่จนซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 7.49 ครั้งสำหรับ ร้อยละการไปใช้บริการตามสิทธิที่มีของคนจนและไม่จน เท่ากับ 100 และ 84 ตามลำดับ

ลูกจ้างประกันสังคมมีการไปใช้บริการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 88.89 ใช้บริการในสถานบริการที่กำหนดร้อยละ 77 ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 9.08 ครั้ง คนจนเจ็บป่วยร้อยละ 94.74 มากกว่าไม่จน(ร้อยละ 75.00) ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อเดือนของคนจนเท่ากับ 7.94 ครั้ง น้อยกว่าไม่จนซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 12.50 ครั้ง สำหรับ ร้อยละการไปใช้บริการตามสิทธิที่มีของคนจนและไม่จน เท่ากับ 78 และ 75 ตามลำดับ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 เจ็บป่วยเรื้อรังและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

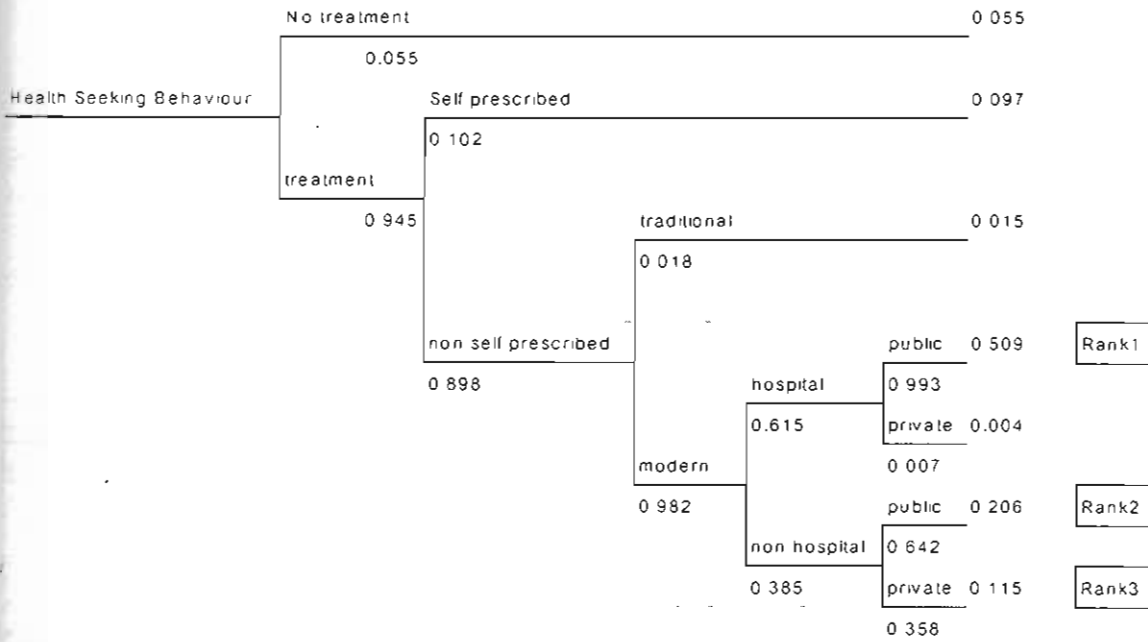
สิทธิประกันสุขภาพ	N	ใช้บริการ (USE)	ความถี่ในการไปใช้บริการ	การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี (Comply)	%การไปใช้บริการ USE	ความถี่ต่อคนต่อปี	%การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี Comply
ทั้งหมด							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	985	799	4,015	616	81.12	10.05	77
ข้าราชการฯ(CSMBS)	53	47	180	40	88.68	7.66	85
ประกันสังคม(SSS)	54	48	218	37	88.89	9.08	77
จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	553	449	2,373	379	81.19	10.57	84
ข้าราชการฯ(CSMBS)	4	4	19	4	100.00	9.50	100
ประกันสังคม(SSS)	38	36	143	28	94.74	7.94	78
ไม่จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	432	350	1,642	237	81.02	9.38	68
ข้าราชการฯ(CSMBS)	49	43	161	36	87.76	7.49	84
ประกันสังคม(SSS)	16	12	75	9	75.00	12.50	75

ภาพที่ 4.11-4.13 เป็นพฤติกรรมการไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง อันดับหนึ่งของการเลือกตัดสินใจไปใช้บริการคือรพ.ชุมชน อันดับสองคือสถานอนามัย และอันดับที่สามคือคลินิก โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.509 0.206- และ 0.115 ตามลำดับ

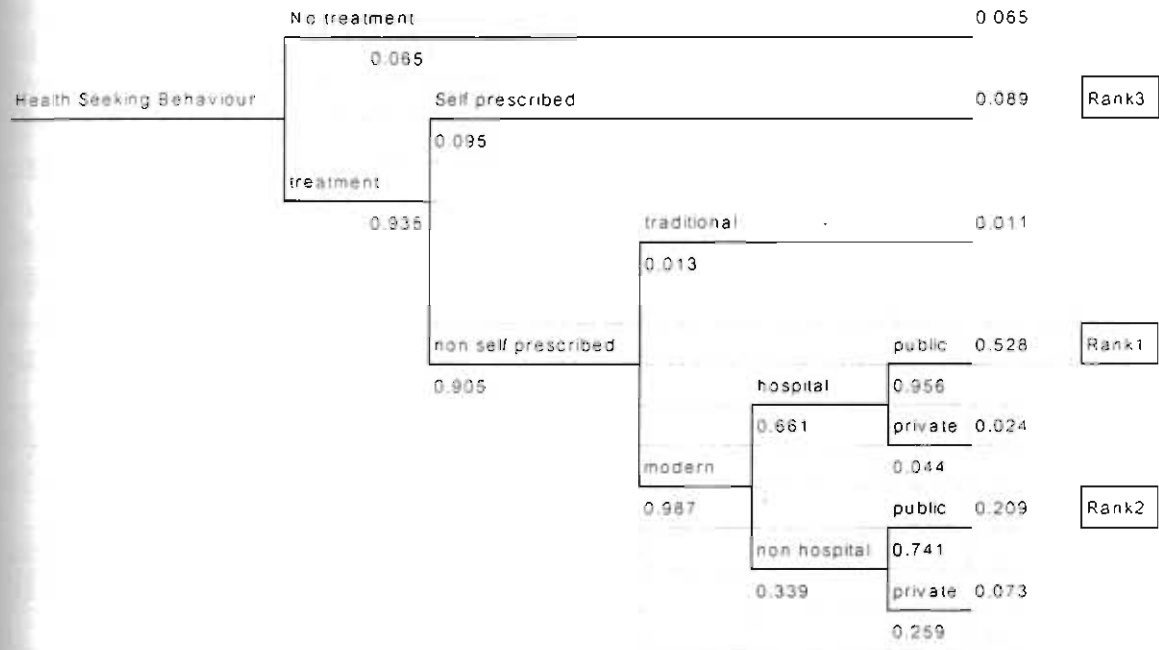
สิทธิบัตรทองยากจน อันดับหนึ่งของการเลือกตัดสินใจไปใช้บริการคือ รพ.ชุมชน อันดับสองคือสถานีนามัย และอันดับที่สามคือซื้อยากินเอง โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.528 0.209 และ 0.089 ตามลำดับ

สิทธิบัตรทองไม่ยากจน อันดับหนึ่งของการเลือกตัดสินใจไปใช้บริการคือ รพ.ชุมชน อันดับสองคือสถานีนามัย และอันดับที่สามคือซื้อยากินเอง โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.371 0.222 และ 0.182 ตามลำดับ

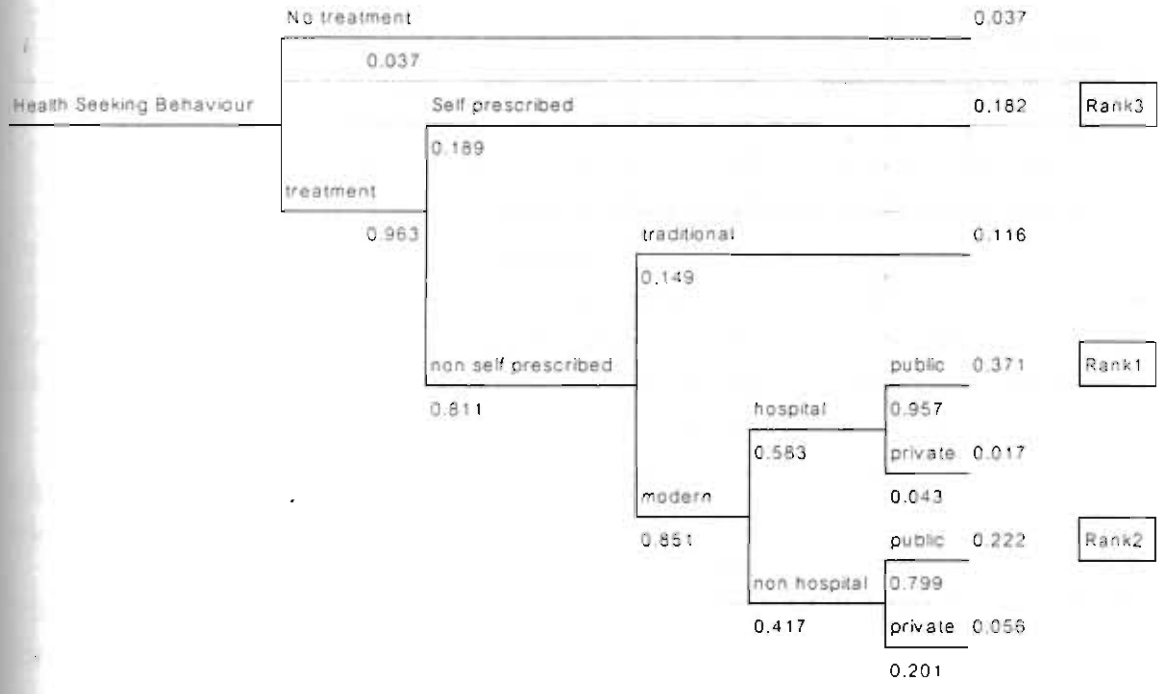
ภาพที่ 4.11 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทอง (N=1,054)



ภาพที่ 4.12 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทองยากจน (N=616)



ภาพที่ 4.13 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิบัตรทองไม่ยากจน (N=483)





## 4.9.2 กรณีเจ็บป่วยในผู้พิการ

ผู้พิการที่มีสิทธิบัตรทองมีอัตราการไปใช้บริการเท่ากับร้อยละ 45.27 โดยไปใช้บริการในสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนร้อยละ 76 มีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 4.01 ครั้ง ผู้พิการที่เป็นคนจนใช้บริการเท่ากับร้อยละ 44.44 น้อยกว่าไม่จน(ร้อยละ 47.50) ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีของผู้พิการที่ยากจนเท่ากับ 3.36 ครั้ง น้อยกว่าไม่จนซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 5.66 ครั้ง ร้อยละการไปใช้บริการตามสิทธิผู้พิการที่ยากจนและไม่จน เท่ากับ 73 และ 84 ตามลำดับ

ผู้พิการที่เป็นข้าราชการมีการไปใช้บริการเจ็บป่วยเท่ากับร้อยละ 100 ใช้บริการในสถานบริการที่กำหนดร้อยละ 67 ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 8 ครั้ง ผู้พิการที่เป็นคนจนใช้บริการเท่ากับร้อยละ 100 ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีของคนจนเท่ากับ 6 ครั้ง น้อยกว่าผู้พิการไม่จนซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 9 ครั้ง สำหรับ ร้อยละการไปใช้บริการตามสิทธิที่มีของคนจนและไม่จน เท่ากับ 100 และ 50 ตามลำดับ

ผู้พิการที่เป็นลูกจ้างประกันสังคมไปใช้บริการเจ็บป่วยเท่ากับร้อยละ 50 ใช้บริการในสถานบริการที่กำหนดร้อยละ 50 ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีเท่ากับ 2 ครั้ง ดูตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 เจ็บป่วยในผู้พิการและการไปใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

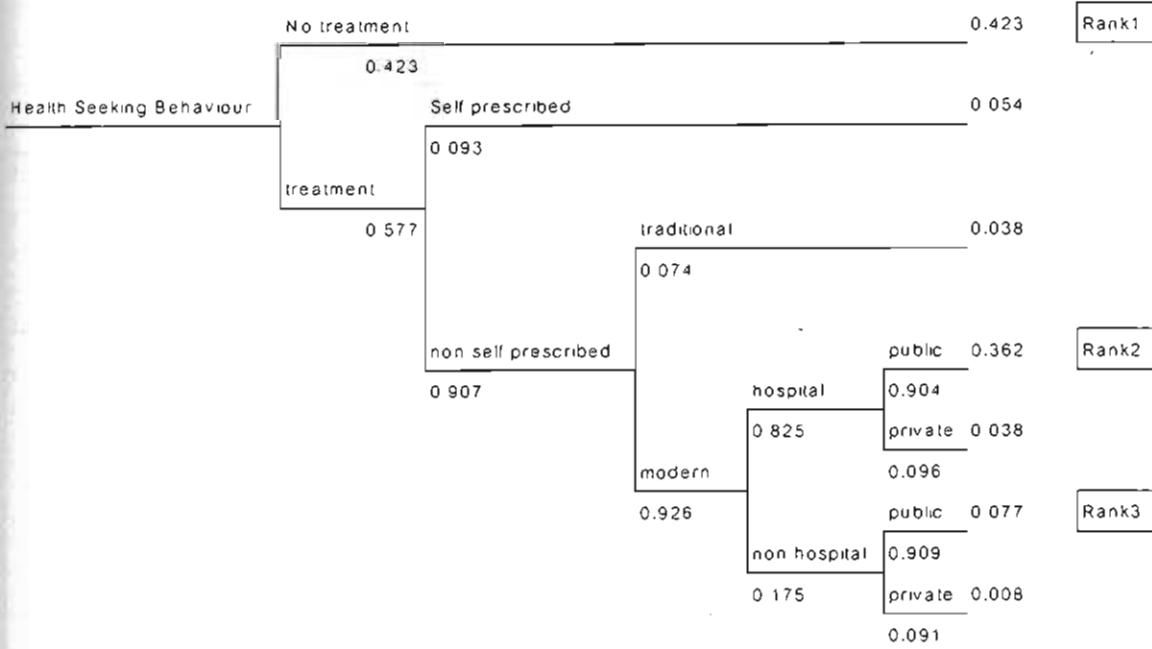
สิทธิประกันสุขภาพ	N	ใช้บริการ (USE)	ความถี่การไปใช้บริการ	การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี (Comply)	%การไปใช้บริการ USE	ความถี่ต่อคนต่อปี	%การไปใช้บริการตามสิทธิที่มี Comply
ทั้งหมด							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	148	67	134	51	45.27	4.01	76
ข้าราชการฯ (CSMBS)	3	3	12	2	100	8.00	67
ประกันสังคม (SSS)	2	1	1	1	50	2.00	100
จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	108	48	81	35	44.44	3.36	73
ข้าราชการฯ (CSMBS)	1	1	3	1	100	6.00	100
ประกันสังคม (SSS)	2	1	1	1	50	2.00	100
ไม่จน							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	40	19	54	16	47.50	5.66	84
ข้าราชการฯ (CSMBS)	2	2	9	1	100	9.00	50
ประกันสังคม (SSS)	0	0	0	0	0	0	0

ในภาพที่ 4.14-4.16 เป็นพฤติกรรมการไปใช้บริการผู้พิการสิทธิบัตรทอง อันดับหนึ่งของทางเลือกเมื่อเจ็บป่วยคือการไม่รักษา อันดับสองคือการไปโรงพยาบาลชุมชน และอันดับที่สามคือ สถานีอนามัย โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.423 0.362 และ 0.077 ตามลำดับ

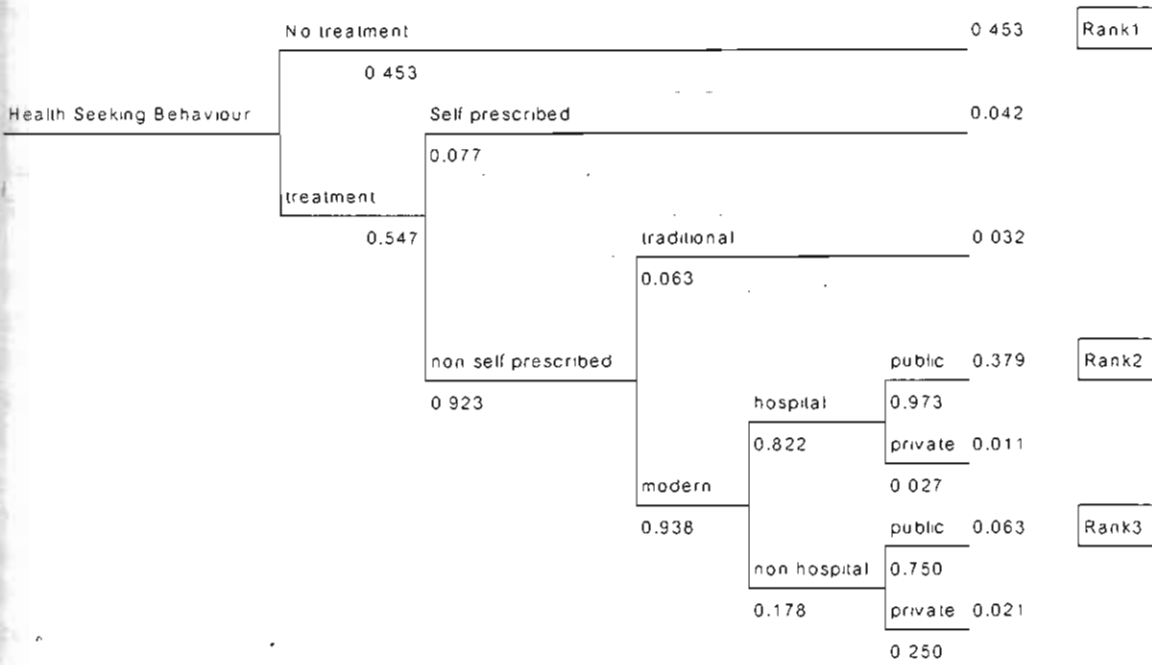
ผู้พิการสิทธิบัตรทองยากจน อันดับหนึ่งของทางเลือกเมื่อเจ็บป่วยคือการไม่รักษาอันดับสองคือการไปโรงพยาบาลชุมชนและอันดับที่สามคือ สถานีอนามัย โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.453 0.379 และ 0.143 ตามลำดับ

ผู้พิการสิทธิบัตรทองไม่ยากจน อันดับหนึ่งของการเลือกตัดสินใจไปใช้บริการคือ รพ.ชุมชน อันดับสองคือไม่รักษา และอันดับที่สามคือไปสถานีอนามัย โดยมีโอกาสเท่ากับ 0.314 0.286 และ 0.143 ตามลำดับ

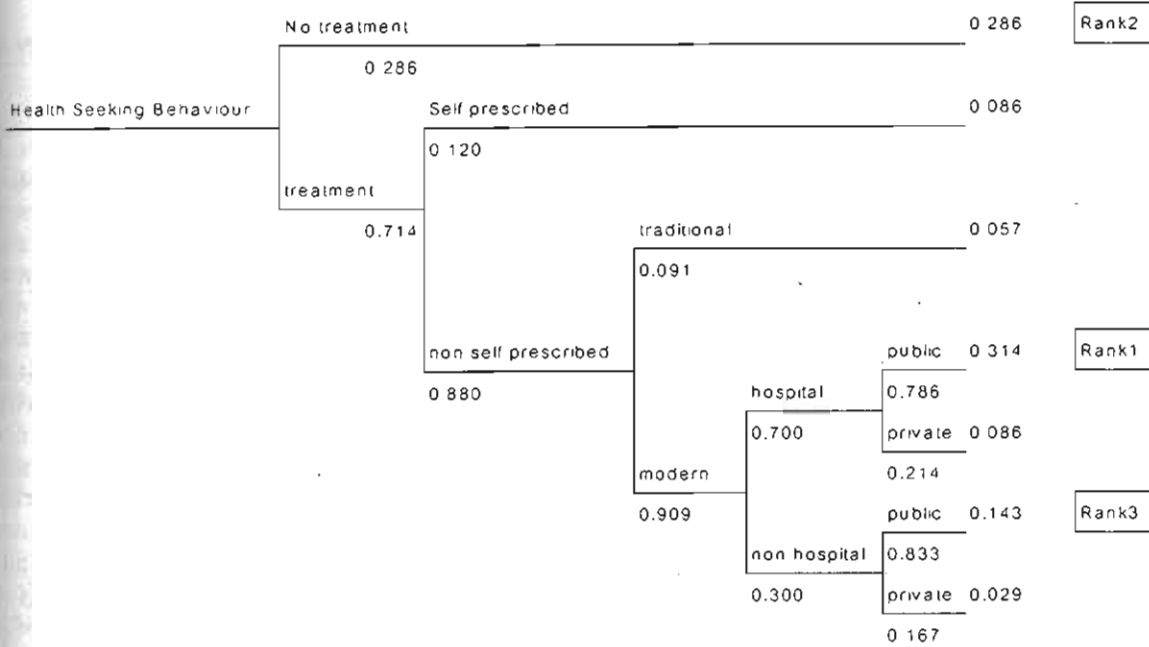
ภาพที่ 4.14 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทอง(N=130)



ภาพที่ 4.15 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทองยากจน(N=95)



ภาพที่ 4.16 โอกาสในการตัดสินใจเลือกใช้บริการในผู้พิการสิทธิบัตรทองไม่ยากจน(N=35)



#### 4. 10 ความพึงพอใจในการไปใช้บริการ

คะแนนความพึงพอใจของผู้ไปใช้บริการมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนเท่ากับน้อยที่สุด 2 คะแนนเท่ากับพึงพอใจน้อย 3 คะแนนเท่ากับพึงพอใจปานกลาง 4 คะแนนเท่ากับพึงพอใจมาก และ 5 คะแนน เท่ากับความพึงพอใจมากที่สุด และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของคะแนนปรากฏผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

เจ็บป่วย 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มคนจนน้อยกว่ากลุ่มไม่จน โดยในกลุ่มคนจนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.52 กลุ่มไม่จนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.70 ระดับคะแนนดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยในสิทธิบัตรทองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มคนจนเท่ากับ 3.55 น้อยกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.71 ระดับคะแนนในสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$

เจ็บป่วยเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มคนจนน้อยกว่ากลุ่มไม่จน โดยในกลุ่มคนจนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.67 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มไม่จนเท่ากับ 3.80 ระดับคะแนนดังกล่าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$  ค่าเฉลี่ยในสิทธิบัตรทองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มคนจนเท่ากับ 3.69 น้อยกว่ากลุ่มไม่จนเท่ากับ 3.79 ระดับคะแนนดังกล่าวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$

ผู้พิการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มคนจนน้อยกว่ากลุ่มไม่จน โดยในกลุ่มคนจนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.03 กลุ่มไม่จนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.57 ระดับคะแนนดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยในสิทธิบัตรทองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มคนจนเท่ากับ 2.99 น้อยกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.581 ระดับคะแนนในสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มคนจนน้อยกว่ากลุ่มไม่จน โดยในกลุ่มคนจนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.66 กลุ่มไม่จนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.92 ระดับคะแนนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$  ค่าเฉลี่ยในสิทธิบัตรทองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มคนจนเท่ากับ 3.68 น้อยกว่า

กลุ่มไม่จนซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 3.92 ระดับคะแนนในสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$

ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระบบบริการสุขภาพ

	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความเชื่อมั่น (p-value)
<b>1. เจ็บป่วย 2 สัปดาห์</b>				
ทั้งหมด				0.002
ยากจน	1,126	3.52	0.93	
ไม่ยากจน	871	3.70	0.86	
<b>เฉพาะสิทธิบัตรทอง</b>				<0.001
ยากจน	983	3.55	0.93	
ไม่ยากจน	755	3.71	0.83	
<b>2. ผู้ป่วยเรื้อรัง</b>				
ผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด				<0.001
ยากจน	600	3.67	0.98	
ไม่ยากจน	485	3.80	0.88	
<b>ผู้ป่วยเรื้อรังสิทธิบัตรทอง</b>				<0.001
ยากจน	527	3.69	0.97	
ไม่ยากจน	410	3.79	0.87	
<b>3. ผู้พิการ</b>				
ผู้พิการทั้งหมด				0.618
ยากจน	90	3.03	1.25	
ไม่ยากจน	28	3.57	1.07	
<b>ผู้พิการสิทธิบัตรทอง</b>				0.783
ยากจน	84	2.99	1.25	
ไม่ยากจน	26	3.58	1.10	
<b>4. ผู้ป่วยนอนในรพ.</b>				
ทั้งหมด				<0.001
ยากจน	467	3.66	1.01	
ไม่ยากจน	266	3.92	0.89	
<b>เฉพาะสิทธิบัตรทอง</b>				<0.001
ยากจน	409	3.68	1.00	
ไม่ยากจน	214	3.92	0.86	

เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนใหม่เป็น 3 กลุ่ม โดยคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 2 คะแนนเป็นความพึงพอใจน้อย 3 คะแนนเป็นความพึงพอใจปานกลาง 4 ถึง 5 คะแนนเป็นความพึงพอใจมาก พบว่าร้อยละของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ที่มีความพึงพอใจมากกระตือรือร้นมากที่สุดที่สถานอนามัยคือ ร้อยละ 69 รองมาคือ รพ.ชุมชน ร้อยละ 66 รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ ร้อยละ 59 เท่ากับ คลินิก และรพ.เอกชน เท่ากับ ร้อยละ 55

กรณีเจ็บป่วยใน 2 สัปดาห์ คนจนมีความพึงพอใจมากในการไปใช้บริการที่สถานอนามัยเท่านั้น (ร้อยละ 70) การไปใช้บริการที่เหลือจะมีความพึงพอใจของคนจนน้อยกว่าคนไม่จนแทบทั้งสิ้น รพ.ชุมชน(คนจนร้อยละ 63 ไม่จนร้อยละ 64) รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ (คนจนร้อยละ 53 ไม่จนร้อยละ 70) คลินิก(คนจนร้อยละ 40 ไม่จนร้อยละ 67) รพ.เอกชน (คนจนร้อยละ 44 ไม่จนร้อยละ 59) ระดับความพึงพอใจน้อยพบในคนจนที่ไปใช้บริการที่รพ.ชุมชนและรพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ ถึงร้อยละ 10 เท่ากัน ขณะที่คนไม่จนมีความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 11 และร้อยละ 7 ตามลำดับ คนจนมีระดับความพึงพอใจน้อยในการไปใช้บริการที่ รพ.เอกชนและคลินิก เท่ากับร้อยละ 11 และ 12 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าคนไม่จน ดูตารางที่ 4.22

กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง คนจนมีความพึงพอใจมากในการไปใช้บริการที่สถานอนามัยเท่านั้น(ร้อยละ 73) การไปใช้บริการที่เหลือจะมีความพึงพอใจของคนจนน้อยกว่าคนไม่จน

แทบทั้งสิ้น รพ.ชุมชน(คนจนร้อยละ 64 ไม่จนร้อยละ 68) รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ (คนจนร้อยละ 63 ไม่จนร้อยละ 70) คลินิก(คนจนร้อยละ 40 ไม่จนร้อยละ 67) รพ.เอกชน (คนจนร้อยละ 65 ไม่จนร้อยละ 77) ระดับความพึงพอใจน้อยพบในคนจนที่ไปใช้บริการที่รพ.ชุมชนร้อยละ 10 คนไม่จนพบเท่ากับ ร้อยละ 5 ระดับคะแนนความพึงพอใจระหว่างคนจนและไม่จนพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการไปใช้บริการในสถานบริการประเภทต่างๆ ดูตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ร้อยละความพึงพอใจการไปใช้บริการเจ็บป่วย 2 สัปดาห์ และเจ็บป่วยเรื้อรังในสิทธิบัตรทอง

	เจ็บป่วย 2 สัปดาห์				เรื้อรัง			
	N	น้อย	ปานกลาง	มาก	N	น้อย	ปานกลาง	มาก
<b>1. สิทธิบัตรทองทั้งหมด</b>								
สถานีอนามัย	392	4	27	69	191	4	27	69
รพ.ชุมชน	145	10	24	66	202	8	29	63
รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ	166	9	32	59	245	7	27	65
คลินิก	186	7	34	59	106	6	22	73
รพ.เอกชน	31	6	39	55	38	8	37	55
<b>2. บัตรทองยากจน</b>								
สถานีอนามัย	253	5	25	70	117	3	24	73
รพ.ชุมชน	92	10	26	64	125	10	27	63
รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ	109	10	37	53	165	8	28	63
คลินิก	58	12	48	40	37	8	27	65
รพ.เอกชน	9	11	44	44	12	8	58	33
<b>3. บัตรทองไม่ยากจน</b>								
สถานีอนามัย	139	3	29	68	74	5	31	64
รพ.ชุมชน	53	11	21	68	77	5	31	64
รพ.จังหวัด/รพ.อื่นๆของรัฐ	57	7	23	70	80	5	25	70
คลินิก	128	5	28	67	69	4	19	77
รพ.เอกชน	22	5	36	59	26	8	27	65

คนจนร้อยละ 68 มีความพึงพอใจมากในการไปนอน รพ.ชุมชน สูงสุด รองมาคือ ร.พ.รัฐในจังหวัด ร.พ.เอกชนในจังหวัด และ ร.พ.รัฐนอกจังหวัด โดยมีร้อยละคนจนเท่ากับ 63 59 และ 45 ตามลำดับ คนไม่จนมีร้อยละความพึงพอใจในการไปนอนโรงพยาบาลประเภทต่างๆ สูงกว่าคนจนแทบทั้งสิ้น ระดับคะแนนความพึงพอใจระหว่างคนจนและไม่จนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดูตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 ร้อยละความพึงพอใจในการนอนโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทองจำแนกตามสถานบริการ

	ทั้งหมด				ยากจน				ไม่ยากจน			
	N	น้อย	ปานกลาง	มาก	N	น้อย	ปานกลาง	มาก	N	น้อย	ปานกลาง	มาก
ร.พ.ชุมชน	201	7	23	69	136	8	24	68	65	6	22	72
ร.พ.รัฐในจังหวัด	322	10	25	66	245	11	26	63	77	6	19	74
ร.พ.รัฐนอกจังหวัด	44	16	32	52	29	24	31	45	15	0	33	67
ร.พ.เอกชนในจังหวัด	43	7	21	72	17	18	24	59	26	0	19	81
ร.พ.เอกชนนอกจังหวัด	6	17	17	67	0	0	0	0	6	17	17	67

## 4.11 ผลกระทบนโยบายต่อการเจ็บป่วยทุกชนิด

ผลกระทบด้านการเงินพบว่าผู้มีสิทธิบัตรทองมีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 16 และผลกระทบนี้เกิดในคนจนถึงร้อยละ 90 หรืออาจกล่าวได้ว่าคนจนได้รับผลกระทบด้านการเงินมากกว่าคนไม่จน

ปัญหาด้านบริการพบว่าผู้มีสิทธิบัตรทองมีปัญหาไม่ได้บริการที่ควรได้ร้อยละ 27 ซึ่งสูงกว่าปัญหาด้านการเงินที่ได้กล่าวข้างต้นและปัญหานี้เป็นปัญหาที่เกิดในคนจนเพียงร้อยละ 47 โดยคนจนมีปัญหาน้อยกว่าคนไม่จน

ตารางที่ 4.24 ผลกระทบด้านการเงินและด้านบริการในสิทธิบัตรทอง

ผลกระทบนโยบายต่อปัญหา	จน	ไม่จน	รวม
<b>1. ด้านการเงิน</b>			
มีปัญหาต้องกู้เงิน	963	102	1,065(16)
ไม่มีปัญหา	2,437	3,031	5,468(84)
<b>2. ด้านบริการ</b>			
มีปัญหาการรับบริการ	814	920	1,734(27)
ไม่มีปัญหา	2,582	2,196	4,778(73)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึงร้อยละ

## ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

### คำถามการวิจัย

- ตัวชี้วัด คนจน มีอะไรบ้าง เหมาะสมหรือไม่
- ผลกระทบต่อคนจน

### แนวคำถาม

1. วิธีค้นหาคนจน(คนจนหน้าตาเป็นอย่างไรตามความคิดของชาวบ้าน) ตามกลไกรัฐปัจจุบัน มีอะไรบ้าง ใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลน่าจะแก้ไขอย่างไร(ไม่มีสิทธิ) ยังมีกรณี ชาย สิทธิต่างๆ น่าจะแก้ไขอย่างไร
2. ปัจจุบันคนจนมีปัญหาการรับบริการหรือไม่ ถ้ามีลักษณะปัญหาเป็นอย่างไรจะแก้ไขอย่างไร
3. ผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบัน(หลังจากรัฐบาลมีนโยบาย 30 บาท)และในอนาคตมีอะไรบ้าง มีกลไกแก้ไขในครอบครัว /ชุมชนอย่างไร น่าจะแก้ไขให้ดีกว่าปัจจุบันอย่างไร
4. ถ้ารัฐบาลไม่สามารถให้สิทธิการรักษาครอบคลุมทุกโรคทุกคนดังที่นโยบายควรมุ่งไปที่คนจนเหมาะสมหรือไม่อย่างไร
5. ศักยภาพของคนจนจะช่วยเหลือตนเอง ชุมชน ประเทศชาติได้อย่างไร

### ระเบียบวิธีการศึกษา

วิธีการหลักคือ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยศึกษาในประชากรเป้าหมายที่เป็นตัวอย่าง จำนวน 20 กลุ่มต่อจังหวัด โดยคัดเลือกจาก index case 20 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยคนจนจำนวน6-7 คนต่อกลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยนักวิจัยเข้าไปในพื้นที่ที่เป็นที่อยู่อาศัยจริงของกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการศึกษาในภาพรวม 4 จังหวัด

### ความหมายของความยากจน

คำจำกัดความของความยากจนตามความเห็นของคนทั่วไป ไปที่เป็นกลุ่มชาวบ้านหรือกลุ่มคนจนเอง สิ่งที่เป็นการกล่าวถึงเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ การขาดแคลนเงินทอง สภาพความเป็นอยู่ที่แร้นแค้น ไม่มีงานทำหรือต้องทำงานหนักในขณะที่รายได้น้อย ต้องหาเข้ากินค่า โดยมีลักษณะส่วนบุคคลที่กล่าวถึงมากที่สุดได้แก่ มีการศึกษาดำหรือไม่มีเลย ขาดความรู้ว่าควรประกอบอาชีพอะไรหรือถ้ารู้ก็ไม่มีเงินเก็บมากพอที่จะไปลงทุนหรือไม่สามารถกู้ยืมได้ -และหากกู้ยืมได้ก็อาจจะเป็นหนี้เป็นสินที่ไม่มีปัญญาใช้คืนเพราะกิจการมเล็ก ๆ ที่ไปลงทุนไม่ประสบความสำเร็จ บางคนก็สุขภาพไม่แข็งแรงเพราะขาดทรัพย์สินเงินทองหรือเวลาในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นต้น

ในรายละเอียดของคำจำกัดความที่เน้นความยากจนให้ความเห็นเกี่ยวกับนิยามความยากจนได้แก่ การมีสภาพความเป็นอยู่ไม่ดี ไม่มีบ้านเป็นของตัวเอง ลักษณะที่อยู่อาศัยคับแคบ อยู่กันอย่างแออัด การมีสภาพบ้านทรุดโทรม บ้านหลังคารั่ว สภาพบ้านไม่คงทนถาวร รายได้ไม่พอกับรายจ่าย มีคนหารายได้น้อย ไม่มีอาชีพแน่นอน หาเข้ากินค่ามีกินไปวันๆ มีหนี้สิน ไม่มีทุน ไม่มีเครื่องมือทำกิน ไม่มีเงินเก็บ รายได้ไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงคนในครอบครัว มีภาระที่จะต้องเลี้ยงดูคนในบ้านเป็นจำนวนมาก มีคนเจ็บอยู่ในบ้านหรือคนพิการทำงานไม่ได้เนื่องจากอายุมาก หากวันใดไม่มีคนจ้างจะไม่มีเงินมาซื้ออาหาร ต้องหาผักหาปลากินเอง อดมืออดเท้า ขาดความรู้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมต้องดิ้นรนไปทำงาน

ต่างจังหวัด ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีนาเป็นของตนเอง ขาดปัจจัยการผลิตที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นในด้านทุน ความรู้ การขาดข้อมูลที่ทำให้เกิดตลาดได้ถูกต้องเพราะสภาพปัจจุบันเมื่อผลิตสินค้าแล้วหาตลาดไม่ได้ทำให้ผลผลิตล้นตลาด สินค้าถูกกดราคาเนื่องจากผลิตมากเกินไป แม้จะมีแหล่งทุนให้กู้ชาวบ้านก็จะกลัวขาดทุนเนื่องจากไม่ทราบความต้องการของตลาดที่แน่นอน ประเด็นต่างๆ สามารถสรุปได้เป็นภาพที่ 1 ซึ่งเป็นนิยามความยากจนในมุมมองของประชาชน

กล่าวโดยสรุป ประเด็นที่ถูกอ้างถึงบ่อยในการให้คำจำกัดความของความยากจน คือ ปัญหาขาดที่ทำกิน การต้องเลี้ยงชีพด้วยการรับจ้างเป็นหลัก ไม่มีงานทำอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการเกิดของปัญหานี้พบว่าการไม่มีกินหรือไม่พอกินเกิดกับคนจนในเมือง ส่วนในชนบทสามารถหาอาหารได้จากแหล่งธรรมชาติและสามารถขอความช่วยเหลือจากคนในหมู่บ้านหรือญาติพี่น้องได้ซึ่งความช่วยเหลือดังกล่าวเป็นความช่วยเหลือในกรณีที่ชุมชนมองว่ามีพฤติกรรมที่ไม่บกพร่องกล่าวคือไม่ใช่คนเพราะกระทำตัวเอง(อยากรวย เกียจคร้าน ดื้ออายนามข) แต่จนเพราะความจำเป็น เช่น พิกการ แก่ชราลูกหลานไม่เลี้ยงดูหรือไม่สามารถเลี้ยงดูได้

## นิยามความยากจน

### ตัวอย่างนิยามความยากจน

**คนจน(1)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีทุนทำกิน สภาพบ้านเรือนไม่คงทนถาวรประกอบจากวัสดุที่หาได้ในท้องถิ่น เช่น หญ้าคา ไม้เก่าๆ มีอาชีพรับจ้างเป็นรายวัน เช่น ก่อสร้าง รับจ้างปลูกต้นหอม มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย รายได้ไม่แน่นอน บางวันได้รับจ้างบางวันไม่มีงานทำ มีหนี้สินทุกคน บางรายทำการเกษตรไม่ได้ผลผลิตแล้วเป็นหนี้ ไม่สามารถใช้คืนได้ใช้คืนแต่ดอกเบียด ไม่สามารถส่งคืนเงินต้นได้ ต้องใช้วิธีกู้เงินคนอื่นมาส่งคืน ไม่มีช่องทางจะแก้ไขอย่างไรต้องแก้ไขโดยวิธีนี้ โดยกู้หลายอย่างหมุนไปหมุนมา เงินไม่มีใช้หัวหน้าครอบครัวบางรายดิ้นรนไปทำงานที่อื่นถึงไม่คุ้มแต่ก็ยังดีกว่าอยู่ที่บ้าน ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งบ้านถูกไฟไหม้มาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทำให้ฐานะทางบ้านยากจนลงหนักลงไปอีก แต่ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี และทางราชการให้เงินมาช่วยเหลือจำนวน 30,000 บาทเพื่อสร้างบ้านทดแทนของเดิมขณะนี้ช่วยเหลือตนเองโดยการรับจ้างไปก่อน

**คนจน(2)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกินหรือมีน้อย มีอาชีพรับจ้างเป็นรายวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีคนจ้างงานเนื่องจากเห็นว่าอายุมากและเรี่ยวแรงไม่ดี บางรายทำนาได้ผลผลิตแต่เพียงพอต่อการบริโภคภายในหนึ่งปีเท่านั้น ค่าขายเล็กๆน้อยๆ ไม่มีเงินเก็บ ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าคนจนทุกคนมีบ้านอาศัยอยู่ทุกคนแต่ลักษณะไม่มีความคงทนถาวร คนหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวมีน้อย

**คนจน(3)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกินทำให้ไม่มีงานประจำทำ และต้องประกอบอาชีพรับจ้าง ในหนึ่งปีรับจ้างตัดอ้อย 2 ครั้ง นอกเหนือฤดูกาลตัดอ้อยจะรับจ้างทั่วไปแล้วแต่จะถูกว่าจ้างให้ทำอะไร

**คนจน(4)** คือ คนที่มีอาชีพรับจ้างไม่มีที่ทำกิน ถ้าไม่มีคนจ้างก็ไม่มีกิน รายได้ไม่แน่นอน คนจนส่วนใหญ่เป็นคนแก่

**คนจน(5)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน เขาที่ผู้อื่นทำกินเป็นรายปี อาชีพรับจ้าง มีการจ้างงานที่ไม่แน่นอน มีงานเป็นบางช่วง บางทีขาดช่วงนานครั้งละ 2-3 เดือน รายได้น้อย ค่าแรงน้อย เป็นหนี้กองทุนหมู่บ้าน ไปกู้นายทุน แต่ไม่ต้องการเป็นหนี้มากเพราะกลัวว่าเราจะใช้หนี้คืนไม่ได้

**คนจน(6)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน มีแต่ที่อยู่อาศัย และอาศัยอยู่กับผู้อื่น อาชีพรับจ้างเป็นรายวัน รายได้ไม่แน่นอน บางวันมีคนจ้างบางวันไม่มีคนจ้าง ที่อยู่อาศัยคับแคบ

**คนจน(7)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน มีหนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ได้ผลผลิตไม่พอเลี้ยงกินเหลือเก็บ ทำให้วนเวียนเป็นหนี้ ไม่มีที่อยู่อาศัย อาชีพไม่มีความมั่นคง รายได้น้อยผู้ร่วมสนทนาเห็นด้วยกับการขึ้นทะเบียนคนยากจนของรัฐบาลเพื่อหวังขอความช่วยเหลือเรื่องขอที่ทำกิน หรือที่ดินทำกินในกรณีที่ทำการเกษตร และให้ความช่วยเหลือผ่อนผันหนี้สินมาก บางคนที่กู้เงินจากกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเงินล้าน กู้หนี้จากนอกระบบ และต้องการให้รัฐบาล



ช่วยยืดระยะเวลาให้หนีต่อไป โดยนำเงินกู้ที่ดอกเบี้ยน้อยๆ มาใช้หนี้ที่ดอกเบี้ยมากๆ กู้เงินนอกระบบร้อยละ 15 บาทเอาไปเข้าที่นาทำทุนปีต่อไปผลผลิตก็พอได้ใช้เหลือน้อย ต้องไปกู้ยืมเงินต่อไปทำให้หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

**คนจน(8)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีทุนทำกิน อาชีพรับจ้าง ไม่มีอาชีพถาวร มีงานทำก็มีกิน มีชีวิตอยู่ไปวันๆ แยกแล้วไม่สามารถจะทำอะไรได้ จะขายของก็ไม่มีทุน ส่วนมากคนจนจะโง่ พอเขียนหนังสือได้ จะไปค้าขายอะไรก็พอจะทอนเงินได้ นี่เราไม่รู้หนังสือ ทอนเงินไม่ได้ โอกาสไม่ค่อยมีที่จะหางาน

**คนจน(9)** คือ คนที่มีความเดือดร้อนเรื่องเกี่ยวค่าใช้จ่าย ค่าอาหาร ยามเจ็บป่วยไม่มีเงินพาไปรักษาเป็นคนคิดมาก บางรายอายุมากหากินเองไม่ได้หรือทำมาหากินได้เล็กน้อย ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง เข้าที่ทำกิน มีอาชีพรับจ้าง ไม่มีทุนทำกิน

**คนจน(10)** คือ ผู้ที่อดๆอยากๆ หากินโดยการหาผักตามบ้าน หาปลาเอง

**คนจน(11)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกิน ไม่พอกิน ไม่พอใช้ อยู่กันอย่างแออัด หาเข้ากินค่าอาชีพรับจ้างก่อสร้าง วันใดที่ไม่มีงานทำก็ไม่มีเงิน ใช้วิธีออกหาผักหาปลาเพื่อเอามาจับประทานในครอบครัว

**คนจน(12)** คือ คนที่บ้านไม่มีความคงทนถาวร อาชีพทำนา รับจ้าง ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีกิน ไม่มีสาธารณูปโภคใช้เป็นของตนเองต้องใช้ร่วมกับของผู้อื่น ไม่มีที่อยู่อาศัย ต้องอยู่ร่วมกับคนอื่น

**คนจน(13)** คือ การที่ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีที่อยู่อาศัย อาชีพรับจ้างซึ่งมีงานจ้างเป็นบางครั้ง ไม่มีกิน ขาดความรู้ในการประกอบอาชีพที่เหมาะสม ต้องดิ้นรนไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัด

**คนจน(14)** คือ คนที่ไม่มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีที่นา เป็นของตนเอง รายได้ไม่แน่นอนลักษณะที่อยู่อาศัยคับแคบ สภาพบ้านไม่คงทนถาวร อาชีพทำนา

**คนจน(15)** คือ คนที่ไม่มีกิน รายจ่ายมากกว่ารายได้ รับจ้างได้เป็นบางวัน ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีเครื่องมือทำกิน เป็นหนี้ ไม่มีทุนทำกินไม่มีงานทำ

**คนจน(16)** คือ คนที่ไม่มีอาชีพหลัก มีอาชีพรับจ้าง คนสูงอายุไม่มีงานรับจ้างเพราะทำไม่ไหว จึงต้องรับจ้างเก็บขยะขาย ไม่มีที่ทำกิน รับจ้างนวด เก็บผักเพื่อเป็นอาหาร คนจนเป็นคนไม่สนุกสนานเพราะเป็นคนไม่มีงานทำ ลักษณะบ้านไม่ถาวรใกล้พัง

**คนจน(17)** คือ คนที่ไม่มีที่ทำกินลักษณะบ้านหลังเล็ก ไม่คงทนถาวร อดมือกินมือ มีหนี้สิน

**คนจน(18)** คือ คนที่มีอาชีพรับจ้าง รายได้ไม่แน่นอน บางวันมีคนจ้างบางวันไม่มีคนจ้าง ไม่มีที่ทำกินมีแต่ที่อยู่อาศัย แต่อยู่ในสภาพที่แออัด ที่ดิน 1 งานอาศัยอยู่ 4 หลังคาเรือน บางรายไม่มีที่ดินเป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีน้ำประปา ไม่มีเงินเหลือกินเหลือเก็บ

**คนจน(19)** คือ คนไม่มีเงิน ไม่มีทรัพย์สิน ไม่มีไร่นา ไม่มีมรดก หาเข้ากินค่า มีไม่เท่าคนอื่น ไม่มีไร่นา หรือที่ดินทำกิน ต้องรับจ้างไปวันๆ และสุขภาพไม่สมบูรณ์ หน้าตาไม่ผ่องใส ดื้ออย่าง คนจนบางครั้งมีการเกอหนุนกันรายได้ไม่พอจ่าย ก็ถือว่าจน พวกที่รายได้ไม่เพียงพอหาได้ใช้ไป ไม่มีเงินเก็บคนไม่มีรายได้แน่นอนไม่มีเงิน มีรายได้น้อยแต่อยากมีความเป็นอยู่เหมือนคนอื่น อยากมี TV ดูเย็น ถ้าไม่มีความอยากที่ชีวิตคงจะดีขึ้น

นอกเหนือจากลักษณะที่กล่าวแล้วรายละเอียดของนิยามที่เป็นรูปธรรมจากคำบอกเล่าของประชาชนที่มีฐานะยากจนโดยดูจากรายละเอียด ได้แก่

" การกินคะเรามีเงินแต่พอกินจะกินสิ่งที่ดีก็ไม่ได้ก็กินเท่าที่มีเพราะมีเงินน้อย "

" ถ้าจะซื้อของดีๆ มากินก็จะไม่มีเงินซื้อ เช่น มีปลา หมู มีเนื้อ มีไก่ก็ต้องซื้อทีละอย่าง เช่น ซื้อหมูทีละ 20 บาท "

" การทำมาหากิน รายได้น้อยดูจากรายได้หาเข้ากินค่าซื้อข้าวกิโลกินไม่มีเงินเก็บ ไม่พอกินพอใช้ ต้องประหยัดกินประหยัดใช้ อย่างเงินกู๋ หมูบ้านเราก็อีกู้แต่ไม่กู๋เพราะกลัวหาใช้เขาไม่ได้ ต้องหาเงินส่งลูกเรียน ต้องหาขิมให้ลูกเรียน "

" บางวันก็พอ บางวันก็ไม่พอ หาเข้ากินค่า ตอนไม่มีข้าวกินก็ไปขอข้าวเข้ากิน "

"คนจนคือคนสุด ไปบ่ฮอดใส หออะไรก็ไม่พอกินไปหากบเขียดก็ไม่ได้ แสดงถึงเป็นคนนอกกรีดนอกรอย คนประเภทนี้ถ้าเอาศีลธรรมมาช่วยจะพอพื้นได้ "

"คนจนคือคนปัญญาหลาย ไปทำงานที่ไหนก็ไม่มีคนรับต้องหากินด้วยลำแข้งตัวเองไม่มีความรู้ด้านต่างๆ คนจนไม่มีรายได้ ก็อยากให้เห็นมาหาคนจนมากหน่อยเพราะถ้าไรนาที่จบกันหาได้ก็ได้อาไรไม่ได้ก็ไม่ได้อกิน คนจนรายได้น้อยคนจนส่วนใหญ่จะไม่มีเงินเบิกเหมือนข้าราชการจะหาเข้ากินค่าทำนาขายข้าวก็ใช้หนี้ ธกส. "

" มีอาชีพรับจ้างไม่ได้รับราชการถือว่าเป็นคนจน "ถ้ามีไรนาถือว่าใช้ได้มีฐานะปานกลาง คนจนก็คือคนไม่มีที่นา เช่นยายต้องเขานาทำ มีอาชีพหาเข้ากินค่าไม่มีเงินเก็บ หาตอนเข้ากินตอนเย็น เก็บขยะมาขาย รับจ้างไปวัน ๆ ถือว่าจน รัวควายไม่มี รายได้น้อย ผัวไปรับจ้างเป็นกรรมกร เมียเลี้ยงลูก 5-6 คน อยู่บ้านไม่มีรายได้เพิ่ม ถือว่าจนแล้ว "

" ดูจากความเป็นอยู่ข้าวของเครื่องใช้จะไม่แตกต่างกัน เช่น TV พัดลม ตู้เย็น มีเหมือนกันหมด เพราะผ่อนซื้อได้จะไปว่าเขารวยก็ไม่ได้ แต่หาเงินพอได้ผ่อนและซื้ออาหารกิน คนรวยคือคนมีเงินเก็บคนจนคือคนมีหนี้สิน เป็นหนี้เป็นสินต้องดิ้นรนขวนขวาย ลูกเยอะ ที่อยู่ไม่มีเป็นของตัวเอง เงินค่าขาดเงิน เรื่องเข้าน้ากะบ่พอ ผู้เข็ดผู้ทาบมีหากินจ้อกๆ แจกๆ ไป เฒ่าปานได้กะบ่ได้เขา ถ้าบ่ไปกะบ่ได้ หามาพอแต่ได้ซื้อกิน 5 บาท 10 บาท ขุดกะบ่มาวังอื่น "

" ไม่มีนาให้ทำ ไม่มีที่หากิน ครอบครัวนั้นไม่มีไรนา ไม่มีที่หากิน ที่นามีน้อย บางคนเขาก็ไม่เอาค่าเข้าควาย บางคนเขาสงสารเขาก็ไม่คิดค่าเช่า เราก้ไปทำงานให้เขา ทดแทนบุญคุณ ที่หากินน้อยไม่เพียงพอมีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์ประจำ ดูที่อยู่อาศัยรายได้น้อย "

" เป็นกระต๊อบคือหนูนี้ละ บ้านจะหักพังมีพังแหล่ดูจากบ้านเรือน คนอื่นทำไม้บ้านใหญ่โต มีไรนา รัว ควาย บางคนขึ้นไปบนบ้านเราเขาก็บอกว่าปากส้ว บ้านใกล้จะพัง ปลวกก็ขึ้นเวลาลมมาฝาบ้านก็โดนลมพัดหนี ต้องหาเชือกมาผูกฝาบ้านไว้ คนอื่นกลัวบ้านเราจะพังทับแต่เราอยู่ทุกวันก็ไม่กลัว ถ้ามันพังลง มาจริงๆ ก็นอนกับดิน จนแบบไม่มี มีเฉพาะที่ดินกับที่อยู่อาศัย ไม่มีอาชีพไม่มีคนดูแล ที่หากินน้อยไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว ที่ต้องพบแพทย์ประจำดูที่อยู่อาศัย รายได้น้อย "

" คนจนจะแต่งตัวมอขอ เวลาไป รพ.เค้าก็จะเรียกแต่คนแต่งตัวดีๆ ไปตรวจก่อนซึ่งจะเห็นน้อยมากในสมัยก่อน "

" คนจนพูดงูๆ ปลาๆ ผิดๆ ถูกๆ ..... คนจนขีบ่ค่อยมีทรัพย์สินเงินทอง ข้าวของเครื่องใช้ทั้งหลาย มักขี้แยกโดยอยู่ต่างหาก บ่สนใจใฝ่ บ่เข้า หมู่เข้าพวก ขี้คร้าน บ่ดิ้นรนทำมาหากินเป็นคนไม่ซื่อสัตย์ "

" สุขภาพไม่แข็งแรง ลูกบ่สมบูรณ์คือมี น้ำหนักน้อย ขาดสารอาหาร เงินกะบ่พอใส่ พอจ่ายจับหน่าหวิดหน่า จับหลังหวิดหลัง ขี้จู้กรยาน เขื่อนกะบ่มีอยู่ ไปยูนา ไปหาเส็ดงานรับจ้างซื้อเข้ากิน บ่เลือกงาน หามาได้จั่งได้กะซื้ออยากซื้อกินควดเขียไป หารับจ้างผู้ได้จั่งกะไปร่างกายไม่แข็งแรงหาเลี้ยงตัวเองไม่ได้ลูกเยอะ "



# 1. วิธีค้นหาคนจน(คนจนหน้าตาเป็นอย่างไรตามความคิดของชาวบ้าน) ตามกลไกรัฐปัจจุบัน มีอะไรบ้าง ใช้อย่างไรหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลน่าจะแก้ไขอย่างไร(ไม่มีสิทธิ) ยังมีกรณีชายสิทธิต่างๆ น่าจะแก้ไขอย่างไร

ในมุมมองของประชาชนที่มีฐานะยากจนได้นิยามความยากจนไว้หลายลักษณะ แต่ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นตรงกันว่าเป็นการยากที่จะรู้ว่าใครคือคนยากจน และปัจจุบันเองประชาชนไม่เชื่อมั่นในการค้นหาคนยากจนในระบบการทำงานของภาครัฐ เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาการให้ความช่วยเหลือจากรัฐฯ เพื่อสงเคราะห์คนยากจนจะมีบางส่วนที่การให้ความช่วยเหลือไปยังกลุ่มที่ไม่ยากจนหรือกลุ่มรวย ตัวอย่างที่พบในหมู่บ้านไม่ใช่คนจนจริงๆ การค้นหาคนยากจนความเห็นส่วนใหญ่เห็นว่าต้องไปดูจากสภาพความเป็นอยู่จริงและสอบถามจากเพื่อนบ้านในละแวกที่อาศัยนั้นๆ ผู้ที่รู้ความเป็นอยู่ของประชาชนยากจนนอกเขตเทศบาล คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรืออบต. ในเขตเทศบาล การค้นหาคนจนจะยากกว่านอกเขตเทศบาลเนื่องจากไม่รู้จกกัน ต่างคนต่างอยู่ ประชาชนส่วนใหญ่จะสนใจเฉพาะครัวเรือนของตนเองเท่านั้น การค้นหาคนจนสามารถดำเนินการโดยให้ผู้รู้จักชุมชนดีที่สุดเป็นผู้ชี้(ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต หรือ ผู้นำชุมชนในเขตเมือง ) แล้วดำเนินการลงไปตรวจสอบจริง และให้เพื่อนบ้านที่อยู่ในละแวกนั้นๆ เป็นผู้รับรอง ชาวบ้านไม่เห็นด้วยกับการให้คณะกรรมการหมู่บ้านเป็นผู้ชี้ตัวเนื่องจากไม่มีความเป็นกลางพอ ในเขตเมืองอาจมีหนี้สินมาก แม้ว่าความเป็นอยู่ภายนอกจะดูดีไม่น่าจะเป็นคนจน แต่ไม่มีเงินติดตัวเมื่อมีเรื่องเดือดร้อนต้องขอยืมเงินจากแหล่งเงินทุนนอกระบบซึ่งมีดอกเบี้ยแพงมาก คนจนในเมืองไม่สามารถพึ่งพากันได้ต่างคนต่างอยู่ค่าครองชีพสูงกว่าในชนบท ในบางชุมชนในเขตเมืองซึ่งมีการย้ายถิ่นฐานมานานจะรู้จักกันดีกว่าคนที่เพิ่งอพยพมาใหม่ มีการรวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือกันดีกว่าคนที่เพิ่งอพยพมา การค้นหาคนจนจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างเกณฑ์เพื่อคัดกรองและต้องเป็นเกณฑ์ที่ชาวบ้านทั่วไปเข้าใจและง่ายต่อการนำไปใช้ค้นหา

รายละเอียดวิธีการค้นหาคนจน แสดงในภาพที่ 2 ซึ่งเป็นรายละเอียดของความเห็นของภาคประชาชนยากจนต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวอย่างรายละเอียดวิธีการค้นหาคนจน มีดังต่อไปนี้

" ผู้ใหญ่บ้าน สามารถค้นหาคนจนในหมู่บ้านได้ถูกต้อง และดีกว่ากรรมการหมู่บ้าน เนื่องจากผู้ใหญ่บ้าน ทราบว่า ใครจน ทราบอาชีพการไม่มีที่ทำกิน รายได้ของประชาชน โดยทางราชการมาตรวจสอบดูสภาพจริงที่บ้านอีกครั้ง "

" อ.บ.ต. หรือผู้ใหญ่บ้านสามารถค้นหาคนจนในหมู่บ้านได้จริง เนื่องจากทราบชีวิตความเป็นอยู่ และรายได้ของคนในหมู่บ้าน ผู้ร่วมสนทนาต้องการให้ไปดูฐานะและมีการสัมภาษณ์ที่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง "

" ผู้นำชุมชนและกรรมการหมู่บ้านเข้าไปถึงคนจนจริงๆ ผู้นำชุมชนไม่แจ้งข้อมูลแก่ ผู้ให้ความอนุเคราะห์ ทำให้คนจนไม่ได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ ผู้ร่วมสนทนาไม่เห็นด้วยกับการที่ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจคัดเลือกคนจนในหมู่บ้าน และมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีคนกลางที่มาจากสำนักงานสงเคราะห์เป็นผู้คัดเลือกคนจน "

" ผู้ร่วมสนทนา..... ไม่เห็นด้วยที่ให้ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการเป็นผู้คัดเลือกคนจน แต่ควรใช้วิธีสอบถามครัวเรือน "

" ต้องการให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นตัวแทนของชุมชน ในการคัดเลือกคนจนในหมู่บ้านได้อย่างถูกต้องเพราะผู้ใหญ่บ้านรู้จักทุกคนในหมู่บ้าน "

" วิธีการค้นหาคนยากจนได้แก่การขึ้นทะเบียนคนยากจนของรัฐบาล และต้องการให้คนมาตรวจสอบ มาดูที่จริงๆ ในไรนาทำกินว่ามีปัญหาอย่างไร และตรวจสอบว่าจริงหรือไม่ ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า การลงทะเบียนคนยากจนมีความเหมาะสมดี "

" ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า การให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ชี้แนะว่าคนไหนเป็นคนยากจน เพราะทราบว่าลูกบ้านมีใครบ้าง "

" ผู้ใหญ่บ้าน หรือหมออนามัยควรเป็นผู้ชี้แนะว่าใครจนในหมู่บ้าน เพราะเขาทราบข้อมูล "

" ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า...ควรมีกรรมการภายนอกมาตรวจสอบดูที่บ้านมากกว่ากรรมการในหมู่บ้าน เพราะกรรมการหมู่บ้านไม่สนใจ คนจนจริงๆ ไม่ได้รับการสงเคราะห์ คนที่ได้รับการสงเคราะห์กลับเป็นคนที่มีเงิน ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าผู้ชี้แนะคนจนในหมู่บ้านควรเป็นผู้ใหญ่บ้าน "

" ควรมีผู้ตรวจสอบดูฐานะความเป็นอยู่ที่บ้าน การดูจากรายได้ ฐานะ และอาชีพ ผู้ที่ควรเป็นผู้ชี้แนะว่าใครจนควรเป็น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือผู้ช่วยและให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นคนสอดส่องดูแล กรรมการ เพราะถ้าเป็นกรรมการโอกาสหรือการสงเคราะห์อาจมาไม่ถึงคนจน อาจเล่นพรรคเล่นพวก "

" วิธีการขึ้นทะเบียนคนยากจนของรัฐบาลผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งไปขึ้นทะเบียนเพื่อรับการสนับสนุนที่ดินเพื่อที่อยู่อาศัยแต่ต้องให้เขาที่เดือนละ 300 บาท จึงต้องจำใจรับเพราะไม่มีที่อยู่อาศัยจริงๆ บางคนก็ว่าดี แต่เขาไม่ได้ให้เปล่าต้องเช่า จะช่วยคนจนแบบไหนยังจะต้องเช่าเขาก "

" ควรเป็น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือ อ.บ.ต. เพราะสามารถให้ข้อมูลได้ถูกต้อง และมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้มาดูถึงที่บ้าน ไม่ควรพิจารณารายชื่ออย่างเดียวเพราะจะทำให้ช่วยเหลือคนจนไม่ทั่วถึง ควรมีรายชื่อคนยากจนไว้ที่บ้านผู้ใหญ่บ้านเลยไม่ต้องมาหารายชื่อกันใหม่ทุกครั้งที่มีการค้นหาคนจน การช่วยเหลือคนจนที่ผ่านมามากจะเป็นระบบพรรคพวก เช่น เมื่อมีการเลือกตั้งระดับท้องถิ่นการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลให้ได้รับการคัดเลือกเป็น อ.บ.ต. เมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว จะให้การสงเคราะห์เฉพาะพรรคพวกที่ลงคะแนนให้เท่านั้น ทำให้คนจนจริงๆ ไม่ได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือคนจนขาดการติดตาม เคยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้ามาค้นหาคนจนในหมู่บ้านเพื่อให้การช่วยเหลือแต่ขาดการติดตาม คนจนจึงไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง ครั้งหนึ่งเคยกู้เงิน ธ.ก.ส. มีที่ดินอยู่ 40 ไร่ กู้ได้ 15,000 บาท คนที่มี 5 ไร่ กู้ได้ 50,000 บาท ผู้ร่วมสนทนาคิดว่าไม่ได้รับความเป็นธรรม และสงสัยจึงถามเจ้าหน้าที่เอาเกณฑ์อะไรมาวัด "

" ควรมีประชาคมหมู่บ้านให้มาประชุมเพื่อพิจารณาว่าใครจนจริงในหมู่บ้าน "

" การช่วยเหลือสงเคราะห์คนยากจนในหมู่บ้านไม่ทั่วถึง มีการช่วยเหลือเฉพาะพรรคพวกเดียวกัน คนจนไม่อยู่ในสายตาเขา เขาตัดคนจนออกไป วิธีการค้นหาคนจนของรัฐบาล เสนอให้รัฐบาลให้การช่วยเหลือเท่าๆกันไปเสียเลย โดยที่พรรคพวกเขานำท่วมได้ 6,000 บาท แต่พวกคนจนอย่างเราได้ 3,000 บาท ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนาเกณฑ์ชี้วัดความยากจนได้แก่ ให้อูที่บ้าน ที่ทำกินไม่มี รายได้เป็นรายวันสภาพบ้านไม่สมบูรณ์ คนที่ควรชี้แนะคนจนในหมู่บ้าน ควรเป็นผู้ใหญ่บ้านแต่ตอนนี้อยู่ถึงตาย แต่ไม่สนับสนุนวิธีที่ใช้กรรมการเพราะจะได้พรรคพวกเขาเพราะมีกรรมการจำนวน 9 คน ถ้าเขาเอาแต่พรรคพวกเขา ความช่วยเหลือจึงไม่ถึงแก่ "

" ถ้ามีการดูแลต้องมาเข้าถึงตัว จะได้รู้เห็นความเป็นจริงว่าจนจริงหรือไม่ "

"การกู้เงินหมู่บ้านคนจนมีสิทธิกู้แต่ไม่กล้ากู้เนื่องจากกลัวจะใช้หนี้คืนไม่ได้ สภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานเพื่อนำเงินมาใช้หนี้ได้ จึงไม่กล้ากู้มาเพื่อลงทุน กลัวการขาดทุน ที่มีปัญหาฝนแล้งและน้ำท่วมทำให้ไม่ได้ทำนา 3 ปี ติดต่อกันผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งเห็นว่า การอพยพไปทำงานที่อื่นเพื่อหารายได้เป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับคนจน เนื่องจากมีภาระเลี้ยงดูคนชรา บุตรหลาน ไม่ทราบว่าจะไปทำงานที่ไหน ต้องการไปทำงานต่างประเทศแต่ไม่ต้องการเสี่ยงกลัวถูกหลอกลวง คนจนมีภาระเป็นตัวกำหนดที่สำคัญว่าใครควรทำอะไร "

### กรณีคนจนมีการซื้อขายสิทธิ

ในอดีตจะมีการซื้อขายบัตรประจำตัวประชาชนเนื่องจากไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรคนขายสิทธิดังกล่าวขายเพราะความยากจน ซึ่งผิดกับในปัจจุบันมีการนำบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลข 13 หลักมาใช้ในการขอรับความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ บัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้านมีสิทธิหลายประการ เช่นการออกบัตรทองต้องใช้เลขประจำตัว 13 หลัก คนจนหลายคนไม่มีบัตรประชาชนทั้งที่มีการยืนยันว่าอยู่มานาน บางพื้นที่คนจนเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลก็ต้องทำการสงเคราะห์แม้จะไม่มีบัตร (จากข้อมูลเชิงลึกพบว่ามีการขายทะเบียนให้กับคนต่างด้าวที่มาสวมสิทธิซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องในเชิงกฎหมาย เป็นเรื่องที่ไม่สามารถจะแก้ไขได้ด้วยตัวของชาวบ้านเอง) ปัญหาที่เกิดขึ้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงได้แต่บอกให้ชาวบ้านไปทำให้ถูกต้องเสีย คือไปขอบัตรประชาชนจากหน่วยงานของรัฐ สภาพปัญหาที่พบจึงทราบแต่เพียงว่าไม่มีบัตรประชาชน รัฐฯไม่ออกให้แม้ได้มีการติดต่อและเสียเงิน เมื่อไม่มีเลข 13 หลักสิทธิของการประกันสุขภาพไม่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน คือไม่สามารถออกบัตรทองให้เมื่อจำเป็นต้องใช้บริการทางโรงพยาบาลต้องช่วยเหลือโดยการให้ฟรีโดยปราศจากสิทธิใดๆ สำหรับการซื้อขายสิทธิบัตรทองไม่พบ (แต่ในประเด็นการซื้อขายสิทธิในการเลือกตั้งมี ซึ่งคนจนคนรวยไม่แตกต่างกัน)

ตัวอย่างในเรื่องการขายสิทธิเพื่อเลือกตั้ง

" ไม่ได้ขายแต่คนจน คนรวยก็ขายยังคนรวยยังต้องเรียกเงินมากเพราะถ้าให้เล็กน้อย ก็จะน้อยกว่าเงินเท่านี้เอามาทำอะไร เป็นทุกคนทั้งจนและรวยเป็นเหมือนกันหมด ไม่ได้เรียกว่าขายสิทธิแต่เป็นความต้องการเงิน "

(เราไม่ได้เรียกรองเราไม่ได้ขอเขาเอามาให้พอใจให้ก็เอาเราไม่ได้ขโมยใคร เพื่อนเอามาให้ไม่ใช่ให้เบอร์เดียวแต่ให้หลายเบอร์ คนจนคนรวยเหมือนกันหมด ไม่เกี่ยวกับคนจนคนรวยคนรวยยังขายสิทธิเก่ง )





## 2. ปัญหาการรับบริการหรือไม่ ถ้ามีลักษณะปัญหาเป็นอย่างไรจะแก้ไขอย่างไร

ปัญหาคนจนที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรทอง ได้แก่ ปัญหาการจำกัดสิทธิสถานบริการโดยให้ไปใช้ตามสถานบริการที่ระบุเท่านั้น ทำให้ไม่สะดวกในเรื่องการเข้าถึงบริการเนื่องจากผู้ใช้ไม่ได้เป็นผู้เลือกสถานบริการเอง ปัญหาในเรื่องการคมนาคมเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยต้องเหมารถไปรักษา ซึ่งมีราคาแพง ในกรณีที่ต้องส่งต่อการเหมารถเพื่อไปยังรพ.ส่งต่อ จะเป็นเรื่องทีลำบากมากเนื่องจากไม่สามารถเตรียมการณได้ล่วงหน้า ทำให้ต้องเหมารถราคาแพงถ้าไม่มีเงินก็ต้องหาเงินโดยการขอยืมเพื่อนบ้าน โดยเป็นเงินกู้นอกระบบ การไม่มีคนดูแลภาระที่บ้านในกรณีต้องไปรักษาตัว การไม่มีญาติมาเฝ้าขณะนอนพักรักษาตัว ปัญหาความยุ่งยากในระบบการส่งต่อเองเช่นส่งตัวไปแล้วสถานบริการที่รับไว้รักษาไม่ให้พบแพทย์ การชำระค่าใช้จ่ายส่วนเกินจาก 30 บาทเนื่องจากเป็นยานอกบัญชี หรือค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ของแต่ละโรงพยาบาล การชำระ 30 บาททุกครั้งที่ใช้บริการในการเจ็บป่วยได้แก่ การตรวจเพื่อคัดกรองซึ่งแต่ละสถานพยาบาลจะเก็บ 30 บาททุกครั้งที่มีการส่งตรวจเช่น เอกซเรย์ เจาะเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(อีเคจี) ฯลฯ การต้องคอยคิวเดี่ยวนาน ระบบบริการรักษาที่ไม่มีคุณภาพ รักษาแล้วไม่หาย และระบบการรักษาพยาบาลที่จำแนกระหว่างการมีบัตร 30 บาทและผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ การมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้ป่วยยินดีที่จะไปซื้อยากินเองหรือไปหาหมอที่คลินิกมากกว่าเนื่องจากค่ารถที่ต้องเหมามาเป็นค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องแบกรับและเมื่อมาใช้บริการแล้วได้ยาที่ผู้ป่วยสามารถซื้อได้ตามร้านขายยาเช่น พาราเซต หรือ ถ้าเลือกที่จะไปคลินิกก็จะได้รับการดูแลที่ดีกว่าสะดวกกว่าการมาที่โรงพยาบาลเพราะใกล้บ้าน รู้จักคุ้นเคยประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่รวมกับค่าเหมารถมารักษาที่โรงพยาบาลซึ่งแพงกว่าทำให้ตัดสินใจเลือกที่จะใช้บริการตามร้านขายยาหรือคลินิกมากกว่าที่จะไปใช้บริการรักษาตามที่ระบุไว้ในบัตร หลายคนมีความเห็นตรงกันว่าหากเจ็บป่วยเล็กน้อย 30 บาทไม่คุ้มแต่จะคุ้มต่อเมื่อเจ็บหนักถึงแม้บริการไม่ดีก็ทนเนื่องจากประหยัดกว่า ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่ได้รับคำแนะนำว่าป่วยเป็นโรคอะไร การไม่ได้รับการแนะนำในเรื่องปฏิบัติตัวหลังจากออกจากโรงพยาบาล ตัวอย่างของปัญหาการรับบริการทั้งในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานครมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ตัวอย่างปัญหาการรับบริการในส่วนภูมิภาค

" การให้บริการระหว่างจ่ายเงินกับไม่จ่ายเงินจะแตกต่างกัน หมอไม่ค่อยสนใจคนไข้เท่าที่ควร ใช้บริการ 30 บาทจะหายช้า ต้องไปรับบริการบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังถูกหมอบ่นว่า ....ใช้แต่บัตรทอง รพ. จะเอาเงินมาจากไหน "

" สถานบริการที่ระบุในบัตรไม่มีแพทย์เฉพาะทางต้องส่งไป รพ.ใหญ่ ๆ "

" ในระดับ สอ. PCU ก็ขาดบุคลากรแพทย์ หันตแพทย์ แพทย์ไม่ค่อยให้คำแนะนำ "

" บางคนยังให้บริการไม่ดีเท่าไรโดยเฉพาะการใช้ค่าชุดที่ไม่ดีเช่นผมพูดว่า ....คุณหมोजักผมเป็นอีหยัง สงสัยสิเจ็บท้อง.... เห็น บอกว่า...ถ้าดีกว่าหมอกะบู้ว่าสิมาหาหมอเฮ็ดหยัง "

" ลูกชายเป็นหอบ เสียเงิน 30 บาท แต่ยาไม่เหมือนกัน ยาจ่ายตั้งค์จะดีกว่า เลยนอกกับคุณหมอว่า คุณหมอขอยาดี ๆ หน่อยนะคะ ยินดีเพิ่มเงินให้ หมอมักไม่สนใจ ถ้าไปอนามัยหรือคลินิกจะให้บริการดีกว่า ถ้ารพ.ต้นสังกัดไม่มีใบส่งตัวจะเสียราคาเต็มที่ รพ. ศูนย์ เช่น โรคปอดอักเสบไม่คอยดี บางครั้งก็ถูกหน้าห้องบ่น บางครั้งพูดไม่ไพเราะสำหรับพยาบาล เวลาจะขอไปโรงพยาบาลศูนย์ หมอจะไม่ให้คำแนะนำที่ดี และจะรักษาแบบสุกเอาเผากิน ...พอแล้ว ๆ ไม่ประทับใจ หมอที่โรงพยาบาล..... ถ้าบัตรสุขภาพ 500 บาท จะดีกว่า สำหรับการวินิจฉัยโรค "



" ถ้าใช้บัตร 30 บาทจะได้ไปโรงพยาบาลบ่อย เพราะไม่ค้อยหาย ใช้บัตรทองจะถูกหมอบ่นใช้ แต่แบบนี้ทางโรงพยาบาลจะเอาเงินมาจากไหน ตอนดำนานเสร็จเมื่อปีที่แล้ว มอเตอร์ไซค์อุบัติเหตุล้ม ลูกพาไป รพ. ก็ไม่ได้ใช้บัตร 30 บาท เพราะเป็นอุบัติเหตุ เห็นก็ให้ไปนอนรอที่เตียง แต่มันเจ็บหัวมากเพราะหัวกระแทกพื้นคอนกรีตลูกที่ไปด้วยก็โดนรถอีกคันมาชนเจ็บแขน 2 แขน นอนคนเดียวเดียวกับแม่แต่ก็ไม่มีสิทธิ์ใช้บัตรทอง เจ็บหัวมากบอกแพทย์ก็ไม่มาดู คอยอยู่เป็นชั่วโมง พอหมอมาดตรวจก็สั่ง X-ray ไม่ได้วินิจฉัย ให้ยาก็น้อยก็เลยถามว่า "คุณหมอเจ็บหัวแรงแค่อย่างนี้วินิจฉัยให้แน่" เห็นบอกว่า "อาการหนักดอก" ก็เลยขอ X-ray เสียเงินทั้งหมด 500 บาท บัตรทองให้บริการไม่ดีพูดคุยไม่ดีโดยเฉพาะสมัยก่อน ส่วนใหญ่จะเป็นภารโรง(คนงานผู้ช่วยจะเบียดคนใช้)จะพูดไม่ค่อยดี การให้บริการระหว่างคนจนกับคนรวยไม่ต่างกัน ให้บริการแบบเดียวกันจะมีพูดไม่ดีบ้างก็เฉพาะภารโรงสาเหตุที่ไม่ต่างกัน สิ่งไม่ดีน่าจะขัดข้องที่หน่วยงาน เช่นสมมติเราไป รพ..... ส่งต่อไปรักษาที่อื่นเพราะแพทย์ไม่มี ไม่พอ เช่นหมอหู ตา คอ จมูก หรือกระดูกหัก หมอกระดูกไม่มีก็จะส่งตัวไปหมอใหญ่ดีหลาย โรงพยาบาลบางคนพูดไม่เพราะ บางคนก็พูดเพราะครวหน่าจะจำชื่อไว้และจะเขียนใส่กระดาษลงตู้ " อยากให้ผู้เรียนจบมารักษาแทนจบแพทย์เป็นหมอมามาแทนหมอเถิดแล้วเถิดฟันหมูนี้อหะ" หมอรพ..... มีน้อยบางครั้งหมอดัดประชุมเหลือหมอที่ตรวจคนไข้คนเดียว ทำให้รอนานมากอยากให้มีหมอบ่อยๆ อยากให้ตรวจให้ละเอียดกว่าเดิมแล้วแต่หมอจะทำอยากให้มีหมอแนะนำเรื่องการดูแลตนเองไม่อยากให้เป็น อสม. เพราะไม่ได้ฝึกเหมือนหมอ อยากให้ลงมือตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งอยากให้ตรวจทุกกลุ่มอายุ อยากให้ปรับปรุงระบบตรงไป รพ. ใหญ่เลยไม่ต้องไป รพช. ก่อน "

กรณีเจ็บป่วยไม่มากใช้วิธีซื้อยารับประทานเอง ถ้าเป็นมาก จะไปรักษาที่สถานีนานามัยใกล้ (ห่างจากชุมชนราว 10 กม.) และประสบปัญหาการคมนาคมไม่สะดวก เนื่องจากไม่มีรถ และค่ารถสำหรับเดินทางไปรักษาที่สถานีนานามัย หากเจ็บป่วยหนักจะข้ามเขตไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดอื่นที่อยู่ใกล้และคุ้นเคย โดยตัดสินใจไปเอง ยินยอมชำระเงินเอง กรณียากจนไม่มีเงินจ่าย จะพึ่งระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล เนื่องจากการไปโรงพยาบาลดังกล่าวมีความสะดวกในการเดินทาง และมีญาติพี่น้องอยู่ที่นี่ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จัดให้อยู่ใกล้กว่าเดินทางไม่สะดวก มีปัญหาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน พบมีปัญหารอนาน คนจนไม่มีเงินไปรักษาคลินิกเอกชน จึงอดทนรอนานๆ ในการรับบริการ โรงพยาบาลมีเครื่องมือไม่พร้อม แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่ยอมบอกผู้ป่วยว่าเป็นโรคอะไร ผู้ร่วมสนทนาจึงถามกับแพทย์ว่าลูกผมป่วยเป็นโรคอะไร ? ได้รับความตอบจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นอะไรมีทราบ มีข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมสนทนา เห็นว่า ต้องการให้แพทย์เรียนสูงๆ จะได้ให้การวินิจฉัยได้ถูก ต้องการให้แพทย์ผู้อำนวยการ เรียกแพทย์ประจำมาพูดคุยเพื่อปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คือ การเขียนในแสดงความคิดเห็นใส่ลงกล่องรับความคิดเห็นของสถานบริการนั้นๆ

รายหนึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แพทย์ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ระบุ แต่ไม่สามารถไปรับการรักษาได้เนื่องจากมีภาระที่บ้านไม่มีคนดูแลรักษาที่ป่วย ไม่มีคนเลี้ยงหมู เคยพาบุตรไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยบุตรมีไข้สูงขณะรักษาอาการบุตรไม่ดีขึ้น จึงขอย้ายโรงพยาบาล แต่ได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่และได้รับคำชี้แจงว่า ไม่เป็นอะไรและอนุญาตให้กลับบ้าน เมื่อกลับถึงบ้านยังมีอาการไข้สูงอยู่จึงย้อนกลับไปขอใบส่งตัวและได้รับการปฏิเสธอีกครั้ง ผู้ร่วมสนทนาจึงตัดสินใจพาบุตรไปรับบริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ระบุโดยข้ามเขตและยินดีชำระเงินเอง ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าบางรายที่มีเงินเพียงพอที่จะซื้อบริการได้จึงยอมข้ามเขตไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

โรงพยาบาลรักษาไม่ได้จริงๆ จึงจะส่งไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ระบุ "ไม่แยะไม่ส่ง" ผู้ร่วมสนทนามีความต้องการรักษาที่โรงพยาบาลไหนก็ได้ เนื่องจากเคยปวดท้องไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้านได้รับการวินิจฉัยและให้กลับบ้าน ตกกลางคืนมีอาการปวดท้องอีกต้องเหมารถเดินทางไปรักษาโรงพยาบาลอีก เพราะคิดว่าถ้าไปรักษาที่เก่าก็เหมือนเดิมเพราะเขาไม่ให้ออนโรงพยาบาลรักษาไม่ไหวจึงส่งหรือสุดท้ายถึงส่ง วันไปก็เสียเงิน แต่ถ้าไปจริงๆ แล้วไม่มีเงินจ่ายมีระบบสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลขอใบส่งตัวก็ไม่ให้ง่าย

พยายามพูดไม่เพราะ ตะคอกใส่ผู้รับบริการ การสัดคิวระหว่างรอตรวจ แต่ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าอนุโลมได้เฉพาะผู้ที่มีอาการหนัก แพทย์เดินออกนอกห้องตรวจโดยไม่แจ้งให้ผู้รับบริการทราบ ทำให้ต้องนั่งรอตั้งแต่ 9.00น.-12.00น. และต้องย้ายห้องตรวจกับแพทย์คนอื่น ปัญหาแพทย์ย้ายบ่อย บางที่มีหมอดีๆ อยากให้อยู่นานๆ

ป่วยเป็นโรคต่อหิน มีสิทธิด้านการรักษาบัตรทอง (อ.ส.ม.) แต่ เคยเสียค่ารักษาพยาบาลหนึ่งครั้งเพราะ บัตรทองหมดอายุโดยไม่ทราบ เพราะบัตรทองมีอายุใช้งานได้หนึ่งปี แต่เพราะตนเองนับเป็นเดือนไทย จึงไม่ทราบวันหมดอายุจริง เป็นความเข้าใจผิดของตนเอง

เคยรับบริการผ่าตัดตมดลูกที่โรงพยาบาล..ก.. (เป็นรพ.ไม่ระบุสิทธิ)ตั้งแต่ต้น หลังจากนั้นป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ..ข..(เป็นรพ.ที่ระบุสิทธิ) โรงพยาบาล..ข.. ไม่ยอมส่งตัวไปโรงพยาบาล..ก.. พร้อมให้เหตุผลว่า โรงพยาบาล..ข..มีเครื่องมือถ้าไปรักษาที่อื่น ต้องเสียเงินเอง จึงนัดหมายให้ไปตรวจเลือดและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเช้าวันถัดมา เมื่อตรวจพบความผิดปกติมีภาวะหัวใจโคจึงรีบส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล..ก.. พร้อมกับโทรศัพท์ประสานงานกับแพทย์โรงพยาบาล..ก..

ทารกตายในครรภ์ลูกสะกั แพทย์ให้ยาเร่งคลอด 2-3 วัน ทารกไม่คลอด โรงพยาบาลไม่ยอมส่งต่อ จนใกล้ตายแล้วค่อยส่ง เมื่อถึงโรงพยาบาล..... ได้รับการเห็นยาให้จึงคลอด และผู้ร่วมสนทนาแล้วว่า แพทย์ต่อว่า ไม่แจ้งจัดไม่ยอมส่งกัน

สามีเคยถูกรถชน มีอาการปวดกระดูกสันหลัง ลงจากเตียงไม่ได้ แพทย์มาตรวจอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้และแจ้งว่าไม่เป็นอะไร และได้รับยาพาราเซตามอลแผลงเดียว (โดยเจ้าของรถยนต์ยอมชดใช้ค่ารักษาพยาบาลและใช้ ประกันภัยจาก พ.ร.บ.รถ) ผู้ร่วมสนทนาไม่ยินยอมจึงเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงได้รับอนุญาตให้อนโรงพยาบาลได้ และย้ายเข้าห้องพิเศษ ได้รับการฉีดยา จนอาการทุเลาจึงกลับบ้านได้ "นี่ขนาดประกันนะ ยังไงก็มิคนจ่าย คนใช้ลูกไม่ไหว ก็ให้กลับบ้าน ถ้าเป็นบัตร 30 บาท ไม่...เลยนั่นหรือ" ญาติป่วยหนักมากขึ้นจึงต้องขอร้องหมอขอย้ายโรงพยาบาล ได้รับคำตอบจากหมอมว่า "เธอจะรู้ดีกว่าหมอได้อย่างไร รอดูหมอรักษาไปก่อน"

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่เห็นว่าบริการที่ได้รับดี ค่ารักษาพยาบาลฟรี แต่มีปัญหาเรื่องไม่มีเงินค่ารถโดยสารไปรับการรักษา

รายหนึ่งเป็นจอภาพตาล้มมองไม่เห็น ญาติต้องการให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ เพราะยังอยู่ในวัยที่สามารถทำงานได้แต่มีปัญหาเรื่องไม่มีเงินค่ารถ ค่าใช้จ่ายขณะเดินทาง

ผู้ร่วมสนทนาได้รับบริการที่ดีจากสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลถ้าป่วยหนักก็ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาล..... กรณีของผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีบัตรประชาชนและไม่มีบัตรทอง โรงพยาบาลอนุญาตให้เสียเงินจำนวน 30 บาท ต่อการรับบริการหนึ่งครั้ง โดยมีบัตรทองชั่วคราวให้ครั้งละ 3 เดือน ปัญหาที่พบคือการที่ไม่มีค่ารถเพื่อเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล เนื่องจากค่าจ้างเหมารถประมาณ 200-300 บาทต่อเที่ยว เกินความสามารถของคนยากจนจะจ่ายได้ หากมีความจำเป็นป่วยหนักผู้ร่วมสนทนามีวิธีช่วยเหลือตนเองคือ กุ้ยืมเงินเพื่อนบ้าน และทำงานรับจ้างหาเงินมาใช้หนี้ให้ภายหลัง หรือรอคอยจนกว่าจะถึงเวลาเข้าที่รถโดยสารออกจึงเดินทางไปโรงพยาบาล เจ็บป่วยหนักขนาดไหนคนจะต้องอดทนจนถึงเข้าเพื่อไปรถโดยสารเพื่อจ่ายค่ารถที่ถูกกว่าการจ้างเหมา

ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเพราะห่างจากบ้าน ประมาณ 2 กิโลเมตร ส่วนสถานีนอนามัยไกลกว่าและเดินทางลำบากทางไม่ดีเคยพาลูกชายถูกสุนัขกัด ได้รับการทำแผล ฉีดวัคซีน ได้รับการดี ลูกชายเคยท้องเสีย ไปรักษาโรงพยาบาลได้รับการเต็มหน้าเกลือบริการดี

การส่งตัวเพื่อรักษาโรงพยาบาลประจำจังหวัด ถ้าอาการไม่ดีก็ส่งเลยด้วยรถของโรงพยาบาล โดยไม่มีการเรียกเก็บเงินผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งเล่าว่าน้องสาวเคยเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เคยไปรักษาโรงพยาบาล..... และส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยอายุครรภ์ประมาณ 6-7 เดือน ทางโรงพยาบาลเรียกเก็บเงิน จึงหนีออกจากโรงพยาบาลมา

โดยเช่ารถมอเตอร์ไซด์รับจ้างมาทั้งๆที่กำลังดกเลือดเมื่อมาถึงบ้านดกเลือดอีกจึงนำส่งโรงพยาบาล... อีกครั้ง และสุดท้ายถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เช่นเดิม

ไม่ได้ข้ามขั้นตอน ถูกส่งต่อตามระบบ แต่ไม่มีบัตรทองเท่านั้น บริการที่ได้รับค่อนข้างดี ผู้ป่วยไม่มีเงิน เลยคิดมากจึงหนีกลับ ค่ารักษาจริงเป็นหมื่น แต่ขอโรงพยาบาลจ่าย 2,000 บาท

มีปัญหาเสี่ยงในการเดินทาง เนื่องจากโรงพยาบาล.....อยู่ไกลจากถนนใหญ่ จะต้องเช่ารถสามล้อเข้าไปในโรงพยาบาลอีกทำให้เสียเงินมากขึ้น มีรถโดยสารเข้าออกในหมู่บ้านวันละหนึ่งเที่ยวเท่านั้น หากเจ็บป่วยกลางคืนต้องเช่าเหมารถไปในราคาแพง

เคยไปรักษาที่โรงพยาบาล..... ได้รับแต่ยาแก้ปวด ไม่หายจึงต้องไปฉีดยาตามบ้าน แต่ถ้าไปตรวจที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด จะได้รับการตรวจที่ละเอียดกว่า

ผู้ร่วมสนทนาสองรายเล่าว่าเคยตั้งครุฑแต่ต้องเดินทางไปฝากครุฑที่โรงพยาบาลสวรรคโลกเนื่องจากที่สถานีอนามัยใกล้บ้านไม่มีบริการฝากครุฑ ซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก โดยเสียค่ารถประจำทางขาไป ค่าเช่ารถสามล้อเข้าไปในโรงพยาบาลอีก และใช้เวลาสำหรับการตรวจครุฑครึ่งวันเนื่องจากผู้รับบริการมีมากและรับบริการหลายอย่าง เช่นเจาะเลือด ตรวจฟัน ตรวจท้อง ทำให้ไม่ทันรถโดยสารเพื่อเข้าหมู่บ้าน จำเป็นต้องเหมารถสามล้อเข้าบ้านอีก 70 บาท บางรายต้องนั่งมอเตอร์ไซด์ ฝนตกแดดออกก็ต้องทนไป (ระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร) ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งเป็นคนสูงอายุเล่าว่า "ตั้งแต่จำความได้สถานีอนามัยที่นี่ไม่เคยฝากครุฑ" ผู้ร่วมสนทนาที่เคยตั้งครุฑต้องการให้มีบริการฝากครุฑที่สถานีอนามัย จะได้ไม่ต้องเดินทางไกล และสังเกตว่าเจ้าหน้าที่อนามัยก็มีงานทำพอสมควร แต่ถ้ามีเจ้าหน้าที่เพิ่มเพื่อช่วยทำงานด้านการฝากครุฑจะเป็นการดี

ปัญหาเมื่อเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลคือไม่มีเงินค่าใช้จ่ายเวลาไปเฝ้า จะต้องยืมเงินจากญาติ แต่ค่ารักษาไม่เสียเนื่องจากมีบัตรทองแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไปรับบริการที่สถานีอนามัย จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนมาก คิดว่าเจ้าหน้าที่ไม่คอยเพียงพอโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนมีคนไข้มาก รอนานเวลาไปตรวจเบาหวาน ออกจากบ้าน 0.400น. กลับเข้าบ้าน 12.00น. ไปอนามัยสะดวกกว่าถ้าเจ็บป่วยไม่มาก

เคยพาลูกสาวไปรักษาโรงพยาบาลอำเภอ และถูกส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลประจำจังหวัด และถูกเรียกเก็บเงินค่ารถพยาบาล ฉันไม่มีเงินจ่าย เจ้าหน้าที่เลยยึดบัตรประชาชนฉันไว้ มีเงินติดตัวอยู่ 50 บาท เจ้าหน้าที่บอกว่าให้กลับมารับบัตรประชาชนและนำเงินมาชำระค่ารถภายใน 7 วันผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม (ร้องไห้) สุดท้ายก็ยืมเงินญาติพี่น้องไปไถ่บัตรประชาชนคืนข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนาคือ ต้องการให้ค่ารถฟรี ต้องการให้หมอมารักษาอยู่ที่เดิม

เคยป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบ ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดต่อ แต่ให้เหมารถไปเองเพราะโรงพยาบาลมีรถพยาบาลไม่เพียงพอไม่มีรถไปส่ง ผู้ร่วมสนทนาต้องเหมารถเพื่อนบ้านไปเอง

เคยไปคลอดลูก แรกคลอดแพทย์ไม่ได้ตรวจ ไม่บอกก่อนว่าลูกเป็นอะไร หลังจากกลับบ้านได้ 17 วัน ลูกมีอาการชักกระตุก ไปตรวจที่คลินิกแพทย์เอกชนแพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจ ได้รับคำแนะนำให้ไปโรงพยาบาลศูนย์ที่พิษณุโลก ไปเองและต้องชำระเงินเอง ต้องยืมเงินเขาไปจ่ายค่ายา ค่ารถครั้งหนึ่งประมาณ 500 บาท ตอนหลังไม่ไหวก็ให้เขาส่งตัวไป ตอนหลังได้เข้าโครงการของสมเด็ญยา เลยได้บัตรรักษาฟรี แต่ปัญหาเราคือค่ารถไปรักษาไม่มีแพทย์นัดไปทำ เอโคคาดีโอแกรม (Echocardiogram) ที่ ร.พ.ราชวิถี แต่ยังไม่มีความจำเป็นค่าใช้จ่ายขณะเดินทาง

ป่วยเป็นโรคไทรอยด์ ต้องไปรับยาทุกเดือนเป็นประจำ จ่ายค่ารักษาครั้งละ 30 บาท พอจะจ่ายได้เพราะรายรับจากการรับจ้างเดือนละ 2,000 บาท บริการที่ได้รับดี เจ้าหน้าที่บอกทุกเดือนต้องไปรับยาและตรวจสุขภาพร่างกายและให้คำแนะนำในการรักษาตัวเราก็ทำตามไม่มีปัญหาเรื่องค่ารถเพราะทำงานเก็บเงินส่วนหนึ่งเป็นค่ารถ แต่ถ้าเป็นหนักกว่านี้คงหนักใจ

ยายมีบัตรสูงอายุไม่ต้องจ่ายเงิน ป่วยเป็นมะเร็งไปรับบริการมาหลายที่แล้วโดยไปโรงพยาบาลสุโขทัย และไปสวนดอก ตั้งแต่ปี 2536 บริการที่ได้รับดี โรงพยาบาลสุโขทัยผ่า

ตัดผมมีก่อนเนื้อจึงส่งตัวไปที่โรงพยาบาลสวนดอก แต่เราไม่มีเงินค่ารถไป ประมาณ 1 เดือนกว่าจะไปได้ ทำให้มะเร็งกระจายไปที่มดลูกชั้นที่สาม พี่น้องช่วยให้ค่ารถไปรับการรักษาที่เชียงใหม่ นอนโรงพยาบาลนาน 3 เดือน หลังกลับมาบ้านอีก 20 วันต้องกลับไปใหม่ก็ไม่มีเงินค่ารถอีก จนได้รับความอนุเคราะห์จากบริษัทวินทัวร์อนุญาตให้นั่งรถฟรี 1 ปี หลังจากเจ้าของบริษัท(แด) เสียชีวิตลง ตำรวจนายหนึ่งพาไปส่งปรักษานักสังคมสงเคราะห์จังหวัดเพื่อขอสงเคราะห์จังหวัดเพื่อขอสงเคราะห์ค่ารถไปรักษา ได้รับการสงเคราะห์ ถ้าไม่มีเงินคงเสียชีวิตไปแล้วก็ได้บัตรสงเคราะห์นี้แหละช่วยไว้ได้

เจ็บป่วย 4-5 วันป่วยครั้งหนึ่งใช้วิธีซื้อยารับประทานเองไม่ไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย เพราะมีบัตรสูงอายุ ไม่ไปเพราะกลัวเขาคิดเงิน เพราะเงินเราไม่มี กินแล้วหายก็ไม่ไป แต่ถ้าเป็นมากก็คงไปแต่ไม่ค่อยเป็นอะไรมา

ไปรักษาอนามัยได้รับยากินแล้วไม่ค่อยหาย ที่อนามัยไม่มีหมอมาตรวจ มีแต่เจ้าหน้าที่ให้แต่ยาพาราอย่างเดียว ปรากฏว่าเป็นปอดบวม สุดท้ายไปหาหมอที่คลินิก

ผู้ร่วมสนทนาคิดว่าการที่สถานอนามัยไม่มีหมอมาตรวจเป็นปัญหาเพราะต้องการให้หมอมาอยู่ตรวจที่สถานอนามัยบ้าง

เวลาไปก็ไม่มีหมอเลย ได้แต่ถามว่าเป็นอะไรมา พอบอกว่าตัวร้อนก็ให้ยามากิน แล้วก็หายทำให้เราต้องไปเสียเงินที่คลินิกเข็มละ 150-180 บาท บางครั้งต้องยืมเงินเขาไป

มีครั้งหนึ่งหมอพูดไม่เพราะ ฉันล้มเด็กไป เขากถามว่ามารักษาที่นี่มีบัตรฟรีไหม ถ้าไม่มีก็รักษาไม่ได้นะ เราก็คิดมาก เด็กป่วยเลยล้มหลานหันหลังกลับพร้อมกับน้ำตาร่วง จนหมอให้ใครมาเรียกอนุญาตให้นำเด็กมารักษาฉันก็ดีใจมาก จึงหันกลับไป เงินไม่มีให้ไปคุยกับแผนกสังคมสงเคราะห์ เมื่อคุยกับสังคมสงเคราะห์ก็บอกว่าไม่มีเงิน หาผักขายไปวันๆ และรับจ้างบ้างไม่พอกินอยู่แล้ว และยังแบกภาระค่านมหลานอีก งวดแรกเขาไม่เอาเงิน งวดที่สองจ่าย 400 บาทตอนแรกก็ไม่ลำบากเพราะเป็นเงินเก็บไว้ส่วนตัว เขาเคยเรียกมาก เงินไม่มีนั่งร้องไห้หายืมใครไม่ได้ ตอนนั้นไม่มีบัตรทองเนื่องจากไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้านและบังเอิญป่วยบ่อยจึงต้องเสียเงินค่ารักษาเอง แต่ตอนนี้มีบัตรทองแล้ว เคยล้มหลานป่วยไปโรงพยาบาล และหนักกลับบ้านเพราะไม่มีเงินค่ารักษา สุดท้ายมาปรึกษากันในเครือข่าย จึงเอากลับไปรักษาโรงพยาบาลอีกครั้ง ผู้ร่วมสนทนา มีข้อเสนอแนะคือ ขอผ่อนชำระค่ารักษา ไม่ควรจ่ายงวดเดียว

รักษาที่สถานอนามัยไม่หายก็ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล เคยตอบแบบสอบถามของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรับบริการส่วนใหญ่ตอบว่าบริการดี เขาสนใจดูแลดี แต่บางครั้งผู้รับบริการมีมากต้องรอนานเสียเวลาเป็นวัน

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาล และบริการที่ได้รับอยู่ในขั้นดี บางรายเห็นว่าเจ้าหน้าที่บริการดีบางคน และบางครั้งผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน ตีมีปีสสาวะตนเองตอนเช้าทุกวัน ทำมานานหนึ่งเดือนแล้วเนื่องจากเคยได้รับทราบข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ ตอนแรกไม่ตีมีเพราะปีสสาวะเป็นของเสียที่ขับออกจากร่างกาย ทำยที่สุดเหตุผลที่ต้องตัดสินใจตีมีเพราะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้แพทย์บอกว่าอาจทำให้ตาบอดได้กลัวตามองไม่เห็นจะทำให้ทำมาหากินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หลังตีมีปีสสาวะตนเองตอนเช้าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาตลอด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังรับประทานน้ำมะกรูด น้ำมะนาวอย่างละ 1 ผลผสมเกลือเล็กน้อยร่วมด้วย เลยไม่ทราบว่ที่ระดับน้ำตาลปกติดีเป็นเพราะมะกรูดมะนาวหรือน้ำปีสสาวะตนเอง

ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งมีบัตรทอง แต่ต้องจ่ายเงินเพิ่มเพราะทราบข้อมูลว่าเป็นยานอกบัญชียาหลักพบผู้รับบริการคนอื่นได้รับยาเม็ดชนิดเดียวกัน มีดิฉันได้เสียเงินอยู่คนเดียว เจ้าหน้าที่เรียกเก็บเงินค่ารักษาจำนวน 130 บาท ไปครั้งถัดมา จ่ายอีก 140 บาท ครั้งสุดท้ายเจ้าหน้าที่เรียกเก็บ 190 บาทฉันเลยตอบว่า "ทำไมราคาขายจึงขึ้นเป็นน้ำ ไปสอบถามเจ้าหน้าที่ว่าเป็นยาอะไรได้รับทราบว่าเป็นวิตามินและยาเบาหวาน ผู้ร่วมสนทนาจึงบอกเจ้าหน้าที่ว่าไม่ขอรับยา ดายข้างมัน เขาส่งสารก็เลยให้ยา รับเงินไป 190 บาทแต่ออกใบเสร็จรับเงิน 40 บาท"

ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนา คือ ขอให้ความยุติธรรม อย่าเรียกครองเงิน อย่ารีดนาทาเร้น ให้เวทนานคนจนบ้าง แคเจ็บป่วยก็ลำบากอยู่แล้ว

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่มีปัญหาเช่นเดียวกันคือไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล ไม่มีเงินค่ารถเพราะรถรับจ้างราคาครั้ง 15 บาทต่อหนึ่งเที่ยว ไม่มีพาหนะเป็นของตนเอง บางครั้งต้องถีบรถจักรยานไปสถานีอนามัย บางครั้งไปไม่ได้เพราะกลัวรถชน ไม่สามารถไปรักษาที่คลินิกเอกชนได้เนื่องจากราคาแพง ไม่มีเงินจ่าย บางครั้งจำเป็นต้องไปรักษาต้องกู้ยืมเงินเพื่อนบ้าน 200 บาท เพื่อเป็นค่ารักษาเมื่อทำงานได้แล้วจึงนำเงินมาใช้หนี้คืน

ผู้ร่วมสนทนารู้สึกไม่ประทับใจเกี่ยวกับการรับบริการ ในสถานีอนามัย และโรงพยาบาล เพราะเดินทางค่ารถแพงค่ารถโดยสารเที่ยวละ 10 บาท ค่ารถรับจ้างอีกเที่ยวละ 10 บาทและยังต้องจ่ายเงินค่ารักษาอีก 30 บาทรวมเป็นเงิน 70 บาท เมื่อรับการรักษาแล้วได้แต่ยาพารา ไม่ได้รับยาฉีด ไม่ได้การอธิบายถึงเหตุผลผลการรักษา

ผู้ร่วมสนทนามีข้อเสนอแนะ คือ ต้องการให้มีผู้มาควบคุมการจ่ายเงินของผู้รับบริการ และควบคุมการรับเงินของสถานบริการพยาบาล

ถ้าเสียเงินค่ารักษา 30 บาท ที่สถานีอนามัยแล้วได้ยาพาราอย่างเดียว ไปซื้อยากินเองดีกว่า ซื้อยาพาราเองได้ตั้ง 100 เม็ด มีคนมาขายถึงหน้าบ้าน

เคยไปคลอดลูกบริการที่ได้รับดีขึ้น มีการอธิบายการปฏิบัติที่ดีคนไข้ใน เพื่อที่จะให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตาม ส่วนคนไข้นอกบริการยังเหมือนเดิม

เคยไปตรวจรักษาให้อ้าปากแลบลิ้นค้างไว้นานๆ เป็นระยะเวลานานเริ่มมีอาการสิ้น หมอวินิจฉัยว่าติดเหล้า

คนบ้านนอกไม่กล้าขอรับรอง ไม่กล้าถามพยาบาลถึงเหตุผลผลการรักษาไม่กล้าต่อรอง

เคยไปรับบริการที่โรงพยาบาล...ก...แพทย์ทำใบส่งตัวให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล...ข.....ไปถึงโรงพยาบาลแล้วพยาบาลไม่ยอมให้พบกับแพทย์ที่โรงพยาบาล...ข.....

แนะนำ บอกว่าตรวจกับใครก็ได้

ก่อนที่จะมีบัตร 30 บาท เคยผ่าตัดนิ้ว ถ้ามหมอคิดค่าผ่าตัดเท่าไร หมอแนะนำว่า ถ้าไม่มีให้บอกกันตรงๆ ไม่ต้องไปกัณฑ์ยืมสิน หรือขายที่ไรที่นา หมอจะช่วยเหลือ ถ้าไม่มีเงินไม่ให้ออกจากโรงพยาบาล หมอจะเป็นคนอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลเอง คนจนกลัวไม่มีให้เขา ชูหน้อยก็ให้เขาแล้ว ส่วนใหญ่เด็กป่วยมักไปรักษาที่คลินิก ได้รับยา กิน ฉีด ยา เด็กหายป่วย แต่กลับมามีบ้านไม่มีกินทุกครั้งเพราะไม่มีเงินเหลือ ไปรับบริการที่สถานีอนามัยเร็วกว่า ไปโรงพยาบาลเข้าใช้เวลาครึ่งวัน ยาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

ปัญหาการรับบริการคือ ไม่แย่งไม่ส่ง คล้ายๆกับเราเป็นหนูลองยาไม่แย่งจริงไม่ส่งไปเองก็ถูกต่อว่าจากเจ้าหน้าที่ว่าทำไมไม่เอาใบส่งตัวมา

กรณีที่ป่วยไม่หนัก บริการที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์ดี

ปัญหาคือ ถูกพยาบาลต่อว่ากรณีข้ามเขต ให้ผู้รับบริการควรรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน รอบนี้ให้ฟรี แต่ถ้ามาครั้งต่อไปจะให้เสียเงิน

บริการไม่ดี เจ้าหน้าที่ดู เรามีอาการหนาวสั่นสงสัยแพ้ยา ลงเตียงมานั่ง พยาบาลไม่ยอมมาดู จนกระทั่งเที่ยงคืน จึงเอากะเป๋าน้ำร้อนมาให้ เจ้าหน้าที่ว่าไปบ้านไม่ทำอะไรก็ย้อนกลับมา ยายเลยตอบว่า จะส่งก็ไม่ส่งจะกักตัวไว้ทำไม เป็นมากเขาไม่ยอมส่ง พอเป็นมากให้ส่งตัวไปสี่โมงเย็น ให้เราไปเองโดยไปรถโดยสาร โรงพยาบาลไปส่งขึ้นรถโดยสารที่ท่ารถเมล์ ไม่ให้เงินค่ารถ ไม่ให้แวะบ้านป่วยเป็นโรคกระเพาะ ยายต่อว่าหมอ ...เขาเอามารักษาคนไข้ ไม่ได้ให้มาตาคนไข้ ....

ผู้ร่วมสนทนาเคยปวดมดลูกไปรักษาที่โรงพยาบาลระบุในบัตรถูกซักประวัติสอบถามอาการและได้ยามารับประทานแต่อาการไม่ทุเลา จึงต้องไปรักษาที่คลินิกเอกชน ต้องเสียเงินเอง ไม่มีก็ต้องหามาให้ได้

เจ็บเล็กน้อยไม่ไปโรงพยาบาล เนื่องจากต้องรอคิวยาว และมีการต่อว่าจากเจ้าหน้าที่ บางคน ส่วนใหญ่นิยมไปซื้อยาที่ร้านขายยา หากมีเงินน้อยก็ไปคลินิก เนื่องจากสะดวกบริการดีและยาดี เคยไปโรงพยาบาลจังหวัด สมมติได้รับยาจำนวน 4 ชนิด จะมียาดีที่รักษาแล้วหายเพียง 1 ชนิดเท่านั้น ผู้ร่วมสนทนาบางคนเคยไปผ่าตัดโดนเจ้าหน้าที่ต่อว่าว่าทำไมไม่อยากผ่าตัดให้ บ่นแล้วบ่นอีก แพทย์ที่ให้บริการในโครงการ 30 บาทที่คลินิกโรงพยาบาลตรวจไม่ดี ยังไม่ทันตรวจก็สั่งยา ยาที่ให้ก็ไม่มีความพริ้งฟ้าไม่ดีขึ้นต้องไปคลินิกต่อจึง



จะดีขึ้น สรุปว่าถ้าเป็นไม่มากจะไม่เสียเวลาไปโรงพยาบาล เนื่องจากไปที่ไรก็เจอหมอ 2 คนที่ให้บริการไม่ดี หากเปรียบเทียบกับบริการประเภทอื่นๆ เช่น ประกันสังคม ส่วนใหญ่มีความเห็น ว่า 30 บาทดีกว่า ประกันสังคมมาก

การตรวจรักษาและการวินิจฉัยของแพทย์ในโครงการ 30 บาท ยังมีปัญหาอยู่ ตัวอย่างที่พบเมื่อไม่นานคือ พาผู้ป่วยไปคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัดแพทย์ทำคลอดแล้ว ยังมี ก่อนที่ห้องแพทย์คนแรกที่ทำคลอดได้ไปตามแพทย์อีกคนมาดู ปรากฏว่ายังมีเด็กอีก 1 คนอยู่ในห้อง สรุปแล้วก็คือมีลูกแฝดแต่แพทย์ไม่รู้เป็นต้น อีกรายหนึ่งน้องสาวผู้ร่วมสนทนาเพิ่งเผาศพไป ไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลบอกเป็นวัณโรค รักษาไม่ดีขึ้นจึงไปตรวจที่สถาบันโรคปอดที่กรุงเทพฯ แพทย์ที่นั่นบอกไม่ได้เป็นวัณโรคแต่เป็นมะเร็งที่ปอดและที่นั่นไม่มียารักษาโรคมะเร็งต้องกลับมาที่โรงพยาบาลจังหวัดใหม่ แพทย์ไม่ทำอะไร เช่นไม่ให้กินยาอะไรทั้งๆ ที่น้องสาวเพลียมาก อยู่โรงพยาบาลไม่ถึง 3 วันก็ตายเพิ่งเผาไป ผู้ร่วมสนทนาบางคนได้รับบริการในการมารักษาที่โรงพยาบาลดี บอกขึ้นกับว่าเจอใคร ถ้าเจอหมอดี ก็โชคดี หรือถ้าเจอพยาบาลไม่ดูแล ก็โชคดี เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ให้บริการมากจึงมีทั้งดีและไม่ดีสำหรับค่ารักษาจะเสียเงินเพิ่มต่อเมื่อต้อง เอกซเรย์ หรือถ้ายาเป็นยานอกบัญชียาหลัก ส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาลต้องเสียเงินนอกเหนือจาก 30 บาท

ผู้สนทนาบางคนตอบว่า การให้บริการคนจนในโรงพยาบาลจะมีลักษณะดูถูกเนื่องจากตนเองยากจน แต่ถึงยากจนก็จ่าย 30 บาททุกครั้ง(ผู้ป่วยไม่ได้รับบัตรยกเว้นค่าธรรมเนียม 30 บาททุกครั้งที่ใช้บริการ)

ถ้าใช้เงินสดจะดีกว่าใช้บัตรทองเพราะถ้าใช้เงินสดจะรีบดำเนินการให้ทันที่สะดวกสบาย เช่นปวดท้องไปหาหมอถ้าใช้เงินสดหมอจะฉีดยาให้เลยแต่ถ้าใช้บัตรทองต้องนั่งปวดท้องรอหมออยู่อีกนานมาก

มีอาการร้อนวูบวาบ นอนไม่หลับ มาตรวจร่างกาย สงสัยจะเป็นวัณโรค หมอบอกว่าตรวจได้แต่คุณต้องเสียเงินเอง หมอบอกทั้งหมดประมาณ 1,200 บาท ถามว่าใช้สิทธิ์บัตรทองได้หรือไม่ หมอบอกว่าได้ลดให้ 300 ให้ไปเสียเงิน 900 บาท (มีใบเสร็จอยู่ที่บ้าน)

ปวดท้องจะคลอดลูก มาถึงโรงพยาบาลตอนตี 2 พยาบาลบอกให้นอนเบ่งรอหมอไปก่อนหมอมานาแปดโมงเช้า ซึ่งก่อนที่จะมีบัตรทองเคยให้นำเกลือเพื่อเร่งคลอด แต่ตอนนี้ไม่ให้ แล้วยังพูดไม่ดีอีกเลยย้ายโรงพยาบาล ไปโรงพยาบาลมหาชัย

ลูกตัวร้อนไม่สบาย มีตุ่มเม็ดขึ้นตามตัว กลัวลูกเป็นไข้เลือดออกไปให้หมอตรวจเช็คและรักษา เสียเงิน 300 บาท แล้วบอกว่าให้มาเบิกทีหลัง ก็ยังไม่รู้ว่าจะไปเบิกกับใครที่ไหน

ไปตรวจครรภ์สงสัยว่าจะท้องหมอดตรวจร่างกายและให้ไปตรวจปัสสาวะ ปรากฏว่าค่าตรวจร่างกาย 30 บาทแต่ต้องไปเสียค่าตรวจปัสสาวะเองอีก 70 บาท โดนกันแบบนี้เกือบทุกคน

เป็นไข้หวัด ไปหาหมอ 3 วัน วันแรกให้ยามา 1 ขวด วันที่ 2 ให้ยามา 10 เม็ด วันที่ 3 ให้ยามา 1 หลอด วันละ 30 บาท รวมเป็น 90 บาท เสียตั้ง 90 บาท ไปซื้อยากินเองดีกว่า

ถ้าเป็นโรคที่อาการหนัก ๆ จะมาโรงพยาบาล คงจะคุ้มกว่าแต่ถ้าเป็นเบา ๆ เป็นไข้หวัด ซื้อยากินเองดีกว่า

ถ้าให้เลือก ไปคลินิกดีกว่ามาโรงพยาบาล เสียเงินมากหน่อยแต่สบายใจกว่า แต่ถ้าไม่ไหวจริง ๆ ก็จะมาโรงพยาบาล แต่ต้องสุดทายเป็นจริง ๆ ยอมทนหน่อยเพราะเสียเงินน้อย

คิดว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัดมาตรฐานไม่ดี พุดจาไม่ดี ลูกสาวตรวจเลือดที่รพ.ประจำจังหวัดเลือดกรุป O แต่พอไปที่รพ.ศิริราช ๆ บอกว่าเลือดกรุป A

ถ้าให้เลือกล่าดับรพ.ประจำจังหวัดจะเป็นอันดับสุดท้าย ดิตรงที่การให้บริการของรพ. การพุดจาของพยาบาลศูนย์บัตรทองของรพ.ประจำจังหวัดจะเลิกทำงานประมาณ 2 ชม หลัง 2 ทุ่มต้องเสียเงินไปก่อน แล้ววันรุ่งขึ้นให้มาเบิกที่ห้องบัตรทอง

ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาลมากกว่าที่ไม่ดี พยาบาลบางคน พุดจาไม่ดี ขอบคุ หมอที่โรงพยาบาลสมุทรสาครดี รักษาดี พุดดี

คิดว่าไปครั้งหนึ่ง ตรวจ 3 โรค ต้องเสียเงิน 90 บาท โรคละ 30 บาท โดยรวมแล้วคิดว่าค่าบริการบัตรทองดี ไปหาหมอ เสียเงินแค่เพียง 30 บาท

ส่วนใหญ่บริการดี ให้บริการเหมือนกันทั้งคนจนและคนรวย ที่ล่าช้าเพราะอาจจะเป็นเพราะมีคนมารับบริการจำนวนมาก มีการปรับปรุงในการรักษาดีขึ้น รวดเร็วขึ้น อยากให้ในการรักษาถ้ารักษาไม่ไหวก็ให้ส่งต่อ

ในการเก็บเงินควรดูให้ดีว่าได้รับการยกเว้น 30 บาทหรือไม่ เพราะไปรักษาที่ผ่านมาก็เสีย 30 บาท ทั้งที่ในบัตรก็แจ้งว่าได้รับการยกเว้น แต่ก็ไม่ใช่ไร ก็ให้ได้ 30 บาท ไม่อยากเรื่องมาก แต่ก็ขอให้บัตรให้ละเอียดรอบคอบ

อยากให้จัดระบบก่อนหลังให้ดี รู้สึกไม่เป็นธรรมเพราะถูกเรียกชื่อแล้วพอมีคนนั่งรถเข็นมาทั้งที่คิดว่าไม่เป็นอะไรมาก แต่ก็ถูกแซงไปรับการรักษาก่อน

รพ.ที่ขึ้นทะเบียนรักษาไม่ได้ ให้อาากินยาเจ็บแสบตาย แต่พอไปรักษาที่รพ.ประจำจังหวัดก็หายไม่มีความมั่นใจในการรักษาของรพ.ที่ขึ้นทะเบียนและอยากเลือกโรงพยาบาลเอง

ในการไปรักษา โดยใช้บริการของบัตรสุขภาพก็ดี แต่ก็ดีเป็นบางโรค บางโรคอาจรักษาแล้วหายมีความเชี่ยวชาญแต่บางโรคก็ไม่หาย ถ้ามีเงินในการเดินทางก็จะไปรักษาที่รพ.ประจำจังหวัดจะดีกว่า ในกรณีเจ็บป่วยมาก แต่ถ้าเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็รักษาที่รพ.ที่ขึ้นทะเบียน หรือไปคลินิกแต่ก็แพง รักษาครั้งหนึ่งประมาณเกือบ 500 บาท ถ้าหากเขาคิดแพงมากถึงไม่มีอย่างไรก็รีบกลับมาหาเงิน โดยการกู้ยืม การให้บริการก็ดีให้บริการทั้งคนจนและคนรวยเหมือนกัน อยากให้รักษาให้เหมือนกัน ด้วยยาเหมือนกันทั้ง รพ. อนามัยและคลินิก คือโดยทั่วไปแล้วพอไปคลินิก แล้วจะหายไวเพราะหมอฉีดยาให้ ไปรพ.หรืออนามัยหมอให้กินแต่ยาหายช้า

อยากให้ในการรักษา มียาให้ตรงกับโรคครบทุกโรค ให้หมอบริการคนพูดจาดี ๆ กับคนไข้เพราะคนไข้ไปหาหมอก็แยะอยู่แล้วยังจะมาพูดให้แยะไปกว่าเดิมอีกเช่น ไปที่อนามัยเพราะหอบ เหนื่อย หมอบอกว่าป้าเนียความดันขึ้นไม่เท่าไรไปไม่ถึงไหนเดี๋ยวก็ตาย แต่ก็เป็นที่ชาวบ้านไม่ชอบกันเลย อยากได้หมอที่เก่ง และตรวจละเอียด

บริการดีขึ้นจากเดิมก่อนที่จะมีบัตร 30 บาทอยากให้ส่งต่อคนไข้ที่อาการไม่ดีขึ้นหรือรักษาไม่ไหวแล้ว

เตียงผู้ป่วยไม่พอ ไปหาหมอพอไปถึงแล้วเตียงไม่มีให้พักก็ต้องพากลับมาบ้านก่อนแล้วจึงพาไปหาหมอในวันหลัง เป็นปัญหามานานแล้ว

ส่วนมากไม่ได้ใช้บริการบัตรสุขภาพ ใช้บริการของรพ.เอกชนหรือคลินิก หรือไม่กี่เข้า กทม. รักษาที่รพ.ศิริราชเลย เนื่องจากมั่นใจในการรักษาของรพ.ศิริราช หากป่วยมาก รุนแรงจะเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินเสียเงินหรือไม่ก็อาจไปคลินิก เพราะมั่นใจว่ารักษาแล้วหาย แม้ราคาจะแพงครั้งละประมาณเกือบ 1,000 บาทก็ตาม ถ้าไม่มีเงินจะกู้ยืมไปรักษาในอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 20 ต่อเดือน มีเงินกองทุนหมู่บ้านก็ช่วยไม่ได้เพราะกู้ได้ปีละครั้งเท่านั้นในระหว่างนั้นจะกู้เพิ่มไม่ได้เลย เมื่อเกิดปัญหาต่อสุขภาพ ไม่มีเงินก็ต้องไปกู้นอกระบบ เป็นภาวะจำยอม

อยากมีสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลในการรักษาเมื่อเวลาป่วย อยากให้คุณภาพของยาและการรักษามีคุณภาพที่ดีขึ้นกว่านี้ หมอคนเดียวกันรักษาต่างที่ไม่เหมือนกัน ที่รพ.ของรัฐรักษาไม่หายแต่พอมาทันทีคลินิกของหมอลับรักษาเป็นอย่างดี แล้วหาย (เป็นไข้เลือดออก) อยากให้มี มาตรฐานเหมือนกัน

ยาที่รักษาให้มีมาตรฐาน การรักษาไม่ละเอียดพอ ให้แต่ยากิน แต่พอเจาะส่งตรวจให้ละเอียดก็จะเสียเงินเพิ่มเองทันทีเช่นเจ็บอกไปหาหมอ บอกให้หมอเอ็กซเรย์ดูพอสงสัยเกี่ยวกับปอด พยาบาลบอกรู้ดีกว่าหมอ แล้วก็บอกให้เสียเงินเองนะค่าเอ็กซเรย์มันเมื่อจะเสียเงินอยู่แล้วจึงไปรพ.ศิริราชดีกว่า เพราะดีกว่าอยู่แล้ว พยาบาลที่ขึ้นทะเบียนพูดไม่ได้ แต่หมอดี

ดีขึ้นกว่าเดิม ทัศนคติของหมอ พยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม ได้รับการบริการที่ดี มีให้บริการถึงนอกเวลาราชการ ประมาณ 20.00 น. อยากให้มีกองทุนในการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือเป็นโรคที่ไม่ครอบคลุมในการใช้บัตรสุขภาพ จะได้นำมาใช้ได้ในอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ

อยากให้ประกันชีวิตเอื้ออาทร ปีละ 365 บาทนั้น ใช้ในกรณีที่เจ็บป่วยได้ด้วย ไม่ใช่ได้เฉพาะกรณีอุบัติเหตุแล้วตายเท่านั้น

การให้บริการของรพ.รัฐดีขึ้น มีการบริการที่รวดเร็ว มีเวลารอคอยที่ชัดเจน สามารถถามได้ว่าเราจะถึงคิวในการรักษาอีกกี่โมงจะไปกินข้าวกินน้ำหรือไปห้องน้ำก่อนได้หรือไม่ สามารถถามได้ว่าเราเป็นอะไร รักษาหายหรือไม่

อยากให้บริการหรือมาตรฐานในการรักษากระจายให้ทั่วถึง เช่นให้การรักษาที่อนามัยก็ให้เหมือนกับรพ.ประจำจังหวัด เพราะในการเดินทางไปรักษาที่จังหวัดต้องจ่ายเงินมากจะไปซื้อยากินเองที่ร้านขายยา ยาที่เคยกินที่รพ.ประจำจังหวัดให้ไปซื้อที่ร้านขายยาแพงมากที่อนามัยก็ไม่มีตัวนี้

### ตัวอย่างปัญหาการรับบริการในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการสนทนากลุ่ม(1) พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มยังไม่มีใครที่เคยไปใช้บริการบัตร 30 บาทเลย เพราะเป็นคนต่างจังหวัดไม่สามารถใช้บัตรในกรุงเทพฯได้ ส่วนใหญ่ถ้าเจ็บป่วย ไม่สบายจะไปรักษาแบบที่จ่ายค่ารักษา หรือซื้อยากินเอง จึงไม่สามารถแสดงความคิดเห็นในด้านที่ประสบกับตัวเองได้ แต่จากประสบการณ์หรือที่ได้คุยกับเพื่อนบ้าน และญาติที่ใช้บริการที่ต่างจังหวัดทราบว่า การใช้บริการค่อนข้างยุ่งยากมากเพราะต้องไปที่สถานอนามัยก่อน และถ้าจะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดต้องมีใบส่งตัว ถ้าไม่มีใบส่งตัวก็ไม่สามารถใช้บริการบัตรได้เพราะเป็นการใช้บริการข้ามเขต ส่วนการดูแลและรักษาพยาบาลนั้นไม่มีปัญหาแต่อย่างใด ได้รับการบริการเหมือนกับที่เคยจ่ายเงินค่ารักษาเอง แต่ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่มั่นใจว่าการรักษาพยาบาลในกรุงเทพฯจะเป็นอย่างไร ไม่แน่ใจว่าการดูแลคนไข้จะเหมือนกับต่างจังหวัดหรือไม่

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ขณะนี้ทราบว่าสามารถใช้บริการบัตร 30 บาทในกรุงเทพฯได้แล้ว แต่จะต้องให้เจ้าของบ้านเช่าเซ็นชื่อในเอกสารก่อน แต่ยังไม่ได้นำดำเนินการอะไรเพราะเพิ่งจะทราบข้อมูล ผู้ร่วมสนทนาให้ความเห็นว่าถ้าสามารถใช้บริการได้ทุกที่ ไม่ต้องมีการแบ่งเขต หรือ โรงพยาบาลก็จะดีมาก โดยเฉพาะกับคนต่างจังหวัดที่เข้ามาอยู่ในกรุงเทพฯเพื่อมาทำงานจะไม่มีที่อยู่ที่แน่นอน มีการโยกย้ายบ่อยครั้งทำให้ไม่สะดวกที่จะไปใช้บริการตามที่ระบุเอาไว้ในบัตร

"ถ้าไปยื่นตรงไหนแล้ว บอกข้ามเขตฯ เราก็ก็นอยากจะได้ ได้มามันก็ไม่มีประโยชน์ ก็ไม่มีโอกาสกลับไปใช้ที่บ้าน "

"เห็นด้วยก็เห็นด้วยนะ ถ้าใช้ที่ไหนก็ได้ ให้มันได้ทุกที่เหมือนมีบัตรประชาชน "

จากการสนทนากลุ่ม(2) มีผู้ร่วมสนทนาบางคนมีความเห็นว่า โครงการนี้ไม่ได้จ่ายเงินค่ารักษา 30 บาทตามชื่อโครงการจริง เพราะมีประสบการณ์จากเพื่อนที่เคยไปใช้บริการมาแล้วให้ฟังว่า ต้องจ่ายเงินเกือบทุกขั้นตอนที่รักษา เช่น จ่ายค่า X-RAY 30 บาท เมื่อไปรับยาก็จ่ายอีก 30 บาท และมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก ครั้งละ 30 บาทไปเรื่อยๆ ซึ่งใน 1 วันที่ไปรักษาบางครั้งต้องจ่ายเป็นพันบาท แต่เนื่องจากผู้ที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ยังไม่มีใครที่เคยไปใช้บริการบัตร 30 บาท เนื่องจากไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรง และมีบางคนยังไม่มียบัตรเพราะมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่ต่างจังหวัด ซึ่งไม่แน่ใจว่าคนทางบ้านจะทำบัตรให้หรือยัง ทำให้ไม่สามารถพูดถึงปัญหาที่ได้รับจากการใช้บริการได้ แต่จากประสบการณ์ของญาติ และเพื่อนๆที่เคยได้ยินมาว่า โรงพยาบาลที่ไปใช้บริการไม่ค่อยสนใจเมื่อเข้าไปรักษาโดยใช้บัตร 30 บาท เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะพยาบาลพูดจาไม่ดี



"อยากให้ปรับนิสัย หมอนะนิสัยดี แต่พยายามกับประชาสัมพันธ์ ไม่ได้เรื่องพูดจาไม่ดี "

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มบางคนให้ข้อมูลว่า เคยไปใช้บริการที่ต่างจังหวัดได้รับบริการดี เหมือนตอนที่ไม่ได้ใช้บัตร 30 บาท แต่ก็ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไร เพราะไม่เคยไปใช้บริการ แต่มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีญาติเคยไปใช้บริการบัตร 30 บาทในการคลอดลูกที่โรงพยาบาลราชวิถีให้ข้อมูลว่า ได้รับบริการดีเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่จะขาดความมั่นใจในการใช้บริการ บัตร 30 บาทโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ เนื่องจากเคยติดตามข่าวในโทรทัศน์และทางหนังสือพิมพ์แล้ว เห็นว่าไม่ดีโรงพยาบาลไม่สนใจ ไม่ดูแลเอาใจใส่ และกลัวว่าจะเกิดการฉ้อฉลผิดโรค

"กลัวว่าถ้าเป็น 30 บาทไปรักษา เราเป็นโรคหนึ่ง เขามอบอกเป็นอีกโรคหนึ่ง เอาไปเอามา เราลำบาก เป็นมากแล้วรักษาไม่ได้ ตอนไปรักษาขั่นต้นเขาไม่รักษาให้"

"นี่ก็ไม่กล้าใช้ ดาเป็นด้อยอยู่ ไม่กล้าไปใช้ กลัวทำให้ไม่ดีแล้วมันบอดไปเลย ไม่กล้าเสี่ยง"

"อยากใช้อยู่ ถ้าฉุกเฉินขึ้นมาจริงๆ อย่างไปคลอดลูกอะไรอย่างเนี่ย ก็อาจจะใช้"

จากการสนทนากลุ่ม(3)ได้ข้อมูลว่า ที่ผ่านมาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนักก็จะซื้อยากินเอง แต่ถ้าเป็นมากก็จะไปโรงพยาบาลหรือคลินิก โดยจ่ายค่ารักษาเอง ถ้าไม่มีเงิน ก็จะกู้ยืมเพื่อนบ้านก่อน หรือไม่ก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์ 37 (ศูนย์สาธารณสุขชุมชน) เพราะอยู่ใกล้และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากนัก และเจ้าหน้าที่ศูนย์จะแนะนำให้ไปโรงพยาบาล ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข 37 ให้บริการดีพอสมควร

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าถ้ามีสิทธิเลือกโรงพยาบาลได้ อยากจะเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้บ้าน เพราะโรงพยาบาลของรัฐมีคนใช้บริการเป็นจำนวนมากทำให้เกิดความล่าช้า แต่ก็ยังไม่แน่ใจว่าโรงพยาบาลเอกชน จะเต็มใจให้บริการบัตร 30 บาทหรือไม่

"โรงพยาบาลรัฐบาล รอดตั้งแต่เข้ายื่น 3 โมงเย็นก็ยังไม่ได้เข้าคิวเลย มันก็ดี แต่คนมันเยอะ อยากเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้ๆ แต่ก็ไม่รู้ว่าเป็นยังไง เพราะไม่เคยเข้าไปเลยเพราะเราไม่มีเงินเข้า แต่ก็กลัวอยู่ว่าเขาเห็นเป็นบัตร 30 บาทแล้วไม่สนใจ แต่ก็คิดว่าก็แล้วแต่หมอ บางคนเขาก็ดี"

จากการสนทนากลุ่ม(4) ในเรื่องความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาทพบว่า ที่ผ่านมาผู้เข้าร่วมสนทนายังไม่มีใครเคยไปใช้บริการ แต่มีคนในชุมชนที่ไปใช้บริการบ้างจากการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ซึ่งก็ได้รับการบริการที่ดี ไม่มีปัญหา ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อมูลว่าถ้าเกิดเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงมากนัก ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน 22 หรือไปใช้บริการคลินิกใกล้บ้าน ที่เห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปที่โรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งไม่ได้ใช้บัตร 30 บาท ก็จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลประมาณ 100-200 บาท ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าถ้าสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ ก็จะเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้บ้านและมีการบริการที่ดี "ไม่ได้ใช้ ไม่ค่อยมีใครเป็นอะไร มันไม่เจ็บไม่ไข้จะไม่ทำอะไร ต้องถึงหามนั่นแหละถึงจะไป"

จากการสอบถามถึงความคิดเห็นต่อโครงการฯได้ข้อมูลว่า มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบางคนที่เคยไปใช้บริการบัตร 30 บาท ซึ่งได้ให้ความเห็นว่า การให้บริการเกิดความล่าช้ามาก เพราะมีผู้ป่วยไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก ถ้าไม่ใช้การป่วยแบบฉุกเฉินส่วนมากจะต้องใช้ตลาดอย่างน้อย 2 วันกว่าจะได้พบหมอ และบางครั้งเจอกับอาการหงุดหงิดของหมอ หรือพยาบาล ซึ่งก่อนหน้านี้ตอนที่ยังไม่มีโครงการ 30 บาท ใช้การรักษาโดยใช้สิทธิของผู้มีรายได้โดยขึ้นทางโรงพยาบาลให้เข้าไปที่ประชาสงเคราะห์ ซึ่งจะบริการรวดเร็วกว่าตอนนี้

"อย่างหมอนัดไปวันนั้นะ ไม่ได้ถึงหมอสักที ต้องไปอีกวัน สองวัน หมอบอกว่าหมดเวลา คนไข้  
เยอะ อย่างนี้ประจำเลย มันเสียเวลา"

สำหรับการรักษานั้น บางคนก็คิดว่าสามารถรักษาได้ทุกโรคจริง เพราะเป็นโรค  
หัวใจก็ยังได้รับการผ่าตัดโดยที่ไปใช้สิทธินี้มาแล้ว แต่บางคนก็คิดว่าไม่ใช่ทุกโรค ขึ้นอยู่กับวิธี  
การรักษาและยาที่ใช้ในการรักษา ถ้าเป็นยาจากต่างประเทศก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มเอง

"แล้วแต่โชคดี ที่จะเจอหมอคนไหน บางทีเจอยานอกก็จ่ายเงินเพิ่ม ถ้าไม่มีเงิน ก็ไต่ยาอย่าง  
อื่นมา ไม่ใช่ยาดี ถ้าอยากไต่ยาดีก็ต้องเสียเงินเอง"

จากการสนทนากลุ่ม(5) พบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่เคยไปใช้บริการบัตร  
30 บาท เพราะไม่ได้เจ็บป่วยที่รุนแรงมากนักที่ต้องไปโรงพยาบาล และบางคนก็อยู่ระหว่างการ  
รอรับบัตรซึ่งการทำบัตรของคนในชุมชนนี้จะไปทำที่ศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้าน และบางคนเพิ่ง  
ไปทำต่อรออีกประมาณ 2 เดือนจึงจะได้บัตร ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ก่อนหน้านี้  
สามารถไปทำที่โรงพยาบาลราชวิถีได้ และการทำบัตรที่โรงพยาบาลสามารถรับบัตรได้เลย แต่  
สำหรับคนที่เคยได้ใช้บริการมาแล้ว บางคนมีความเห็นว่าเป็นโครงการที่ดี เพราะไม่ต้องเสียค่า  
ใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก แต่บางคนให้ความเห็นว่าเป็นโครงการที่ไม่ได้รับการตรวจและเอาใจใส่จาก  
แพทย์เท่าที่ควร ถ้ามีอาการป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดขา แพทย์ก็จะทำแค่  
มองๆ ดู แล้วก็จ่ายยา และคิดว่าเป็นยาที่ไม่มีคุณภาพด้วย เพราะบางครั้งกินยาแล้วก็ไม่หาย  
ซึ่งก็ไม่กล้าซักถามรายละเอียดอะไรจากแพทย์หรือพยาบาล ผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนให้  
ความเห็นเพิ่มเติมว่า ถ้ามีเงินอยากจะรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายเอง ไม่ต้องการใช้บริการบัตร 30  
บาทเพราะเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการเข้ารับการรักษาอาการป่วยของแม่จากโรงพยาบาล  
ของรัฐมาแล้ว

"คิดว่า โรงพยาบาลที่ไหนก็เหมือนกัน ตอนนั้นแม่ไข้ใบส่งตัว ภูมิพล ส่งไป ราชวิถี เขาถามเรา  
ว่ามาทำไม ก็บอกว่าจะมาผ่าตัด ที่ภูมิพลเขาไม่มีเตียง เขาก็ถามว่าคิดว่าที่นี่มีหรือ เราก็บอกไม่รู้  
แต่แม่เราอาการแยแล้วต้องผ่าตัด "

"เขาบอกว่าผ่าตัดแล้วต้องนอน 2-3 วัน แต่ผ่าตัดแล้วเอาแม่เรามาไว้หน้าห้องผ่าตัด เลือดยัง  
ไหลไม่หยุด กลับมาบ้านปางตาย ทะเลาะกับหมอทั้งคืนวันนั้น จะพาสักก็ไม่ได้เลือดยังไหล  
ไม่หยุด ก็เลยขอฝากไว้คืนหนึ่ง แล้วเขาก็ไปรับลำบากคนแก่มาก"

จากการสนทนาได้ความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ร่วมสนทนาว่า สำหรับคนจนแล้ว  
ไม่มีทางเลือกในการรักษาพยาบาล ในเมื่อมีโครงการก็จะใช้บริการต่อไป เพราะไม่ต้องเสียค่า  
ใช้จ่ายสูง

"บางรายก็เจอดีๆ บางคนก็เจอไม่ดี พยาบาลแต่ละคนก็นิสัยใจคอไม่เหมือนกัน เราจะไปว่าทั้ง  
หมดก็ไม่ได้ ไปเจอคนดีก็ดีไป"

จากการสนทนากลุ่ม(6) ได้ข้อมูลว่า ที่ผ่านมามีผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนเคยใช้  
บริการบัตร 30 บาท การบริการไม่น่าประทับใจ การต้อนรับ และการพูดจาของพยาบาลที่  
ประชาสัมพันธ์ไม่สุภาพ บางครั้งก็คิดว่า ว่าไปหาหมอ เกินเวลาที่กำหนดไว้ ทั้งๆ เป็นการป่วย  
ฉุกเฉิน แต่หมอจะบริการดีไม่มีปัญหาแต่อย่างใด และมีผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนให้ข้อมูลเพิ่ม  
เติมว่า เมื่อไปใช้บริการจะได้รับยาเหมือนกันทุกครั้งที่ไปไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคอะไรก็ตาม และ  
บางคนไม่สามารถใช้สิทธิบัตรได้ เนื่องจากชื่ออยู่ต่างจังหวัด ทำให้ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล  
เอง

จากการสนทนากลุ่ม(7) พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่ยังไม่เคยไปใช้บริการ  
บัตร 30 บาท แต่เคยได้ยินมาจากเพื่อนบ้าน ญาติ และสื่อ ว่าการบริการยังไม่ดีพอ เช่น  
พนักงาน หรือพยาบาลไม่เรียกตามคิว ยาที่ได้รับจะเป็นแต่ยาพาราเซตามอลเท่านั้น และอีก

เหตุผลหนึ่งก็คือ ไม่สะดวกในการเดินทาง และต้องใช้เวลามากในการรอคิว รวมทั้งการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น จะมีขั้นตอนมากและต้องติดต่อหลายเคาน์เตอร์ ดังนั้นคนส่วนใหญ่ในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุถ้าหากเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขในชุมชน และคลินิกที่อยู่ใกล้ชุมชน เพราะสะดวกและรวดเร็วมากกว่า ~

"มันสะดวกเดินทาง และตรวจไว ถ้าไม่ไคร่มากก็ไม่ไป"

"ฉันไม่กล้าไป เพราะอะไร 30 บาทนี่ ฉันพึ่งร่วมด้วยช่วยกันเขาพูดมาฉันไม่ดีเลย"

"ไม่เคยใช้ แต่คนรู้สึกเคยไปใช้ได้แต่พารามา ไม่ว่าโรคไหน ก็เลยไม่ค่อยมีคนอยากไป"

"บริการที่ประทับใจคือ ช้าและพนักงานที่รับบัตรไม่เรียกตามคิว ถ้าเขาถึงหมอลแล้วจะดี มาก"

ส่วนคนที่เคยไปใช้บริการมาแล้วนั้น ให้ข้อมูลว่า ได้รับการรักษาที่ดี และรู้สึกประทับใจในตัวแพทย์ที่ทำการรักษา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า การให้บริการในช่วงแรกที่เริ่มต้นโครงการฯ นั้น ค่อนข้างช้ามาก

"ช่วงที่มีบัตรใหม่ การบริการยังช้า แต่ตอนนี้ ดีขึ้นหน่อย "

"คนก็บอกว่าดี เขามีโรคประจำตัว ก็ได้ยาเหมือนกับที่ตอนเสียเงิน และประทับใจหมอ บางคนไปผ่าตามาก็ดี"

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่(8) ยังไม่เคยได้ไปใช้บริการบัตร 30 บาท เนื่องจากว่าสุขภาพแข็งแรงดี และถ้าหากเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็จะใช้บริการที่คลินิกใกล้บ้านเพราะสะดวกในการเดินทาง หรือ บางคนก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขสาขาของโรงพยาบาลเลิดสิน ที่มาเปิดให้บริการในชุมชน เพราะโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทอง อยู่ใกล้และถ้าหากว่ามีอาการหนัก ทางศูนย์ก็จะส่งต่อไปที่โรงพยาบาลเอง นอกจากนี้ ผู้ร่วมสนทนาได้ให้ความเห็นเพิ่มเติม ในส่วนของการรักษา โดยใช้บัตร 30 บาทว่า มักจะได้แต่ยาพื้นฐานทั่วไป เช่น พาราเซตามอล รู้สึกว่าไม่คุ้มกับค่าเสียเวลา และค่าเดินทาง แต่ก็มี คนที่เคยได้ใช้บริการ บัตร 30 บาท ให้ความเห็นว่า ก็ได้รับการบริการที่ดี เหมือนกับตอนที่ใช้บัตรสุขภาพแบบเก่า ไม่มีปัญหาอะไร

"ถ้าไปโรงพยาบาล ค่ายรถกับค่ากินก็หมดแล้ว"

"ส่วนมากไปหามะถ้าเผื่อเป็นหวัด เขาจะให้แต่พารา ทิฟพี มา พวกนี้ตามร้านมันก็มีนะ"

"นั่งรถไปตั้งไกล เสียค่ายรถไปเป็นร้อย ได้ทิฟพีมาเจีย"

ในเรื่องของการบริการด้านอื่นๆ เช่น การทำบัตร การจัดหาที่นั่งพักรอ การอำนวยความสะดวกต่างๆ ไป และประสิทธิภาพของการรักษา นั้น ผู้ร่วมสนทนา บอกว่า เท่าที่ทราบมา ก็เห็นว่าพอใช้ได้ ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน แต่ในเรื่องของการต้อนรับ และการพูดจากับคนไข้ นั้น เห็นว่า โรงพยาบาลเอกชนจะพูดจากับคนไข้ ดีกว่าโรงพยาบาล ของรัฐ ซึ่งขอบเขตแบบตะคอกกับคนไข้ หรือญาติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ได้มีความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ร่วมสนทนา ถึงเรื่องการใช้สิทธิบัตร 30 บาทในการรักษาทุกโรค ว่า เท่าที่ทราบมาก็เห็นว่าใช้ได้กับทุกโรคจริง แต่ยังไม่แน่ใจในกรณีที่เป็นหนัก หรือเป็นโรครุนแรง เช่นโรคไต

"คนแก่เขาก็พูดไม่ค่อยรู้เรื่องอยู่แล้ว ก็พูดดีๆ กับเขาก็ได้ กระทั่งกระทั่งกับเขา เขาก็ไม่เข้าใจอยู่ดีใช่ไหม"

"คิดว่าโรงพยาบาลที่ไหนก็บริการไม่แตกต่างกัน บางคนก็ไปเจอที่ดี แต่บางคนก็เจอไม่ดี"

"ตามที่เขาไปรักษามาก็น่าจะจริงนะ แต่มันก็มีบางส่วน ถ้าว่าเป็นหนัก อย่างไฉนเนี่ย ก็ไม่รู้"

สำหรับผู้ที่เคยได้ใช้บริการ ให้ความเห็นว่าเป็นโครงการที่ดี แต่การบริการจากโรงพยาบาล ทั้งการพูดจาของเจ้าหน้าที่ และการรักษาพยาบาล ยังไม่ดีเท่ากับการเสียเงินค่ารักษาเอง ทำให้ไม่อยากไปใช้บริการอีก และสำหรับคนที่ไม่เคยไปใช้ ก็ไม่อยากไปใช้บริการ เนื่องจากได้ยินจากเพื่อนบ้าน แล้ว รู้สึกไม่ชอบ

"มีมันก็ดี แต่ว่า 30 บาท เขาบริการไม่ค่อยดี เขาจะเสี่ยง เขาจะเบี่ยงเบนไปอย่างอื่น แต่พอเราไปรักษาที่เสียดังค์ เขากลับรักษาดีกว่า แต่มันก็แพงเกินกำลังที่เราจะหามาได้ "

"ก็พูดจาหยวนคายน พูดจาไม่ดีเลย กระโชก ไม่ค่อยเอาใจคนไข้เลย จะพูดปิดไปว่าหมอไม่อยู่มั่ง อะไรมั่ง "

"เคยไปตอนที่ปวดฟัน มันก็ใช้ได้(ใช้บัตร)เพราะเราไม่ได้ไปทำสวยทำงามอะไร มันปวดก็ไปถอน แต่ไม่ได้ทำ เพราะเขาพูดไม่ดี เขาบอกว่าคนไข้เยอะ ต้องทำบัตรไว้ล่วงหน้า 1 อาทิตย์ และยังไม่มีพอนะ เราถามว่าเราต้องถอนหรือต้องอุด หรือทำอะไร เขามาย้อนถามว่า คุณไม่รู้หรือว่าคุณเป็นอะไร ก็เราไม่ได้เป็นหมอนี่ เราจะรู้ได้ไง ถึงได้มาหาหมอให้ตรวจ "

"บางทีเราบอกว่าเราเป็นนู่น เป็นนี่ เขาก็หาว่าเรารู้ดี แล้วมาหาหมอทำไม เป็นยังงี้เลย 30 บาท โมโหมากเลย "

เมื่อถามถึงโรงพยาบาลที่อยากจะใช้บริการนั้น ได้รับคำตอบจากผู้ร่วมสนทนาว่าอยากจะทำเลือก โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ๆ กับชุมชน แต่ก็ไม่แน่ใจว่าจะสามารถใช้บริการบัตร 30 บาทได้หรือไม่เพราะทราบมาว่า บางโรงพยาบาลก็ไม่เข้าร่วมโครงการ และ ยังไม่แน่ใจว่า จะสามารถรักษาได้ทุกโรคหรือไม่

จากการสนทนากลุ่ม(9) พบว่า การใช้บริการบัตร 30 บาท ของคนในชุมชนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยมีคนไปใช้บริการ เนื่องจากสุขภาพยังแข็งแรงดี หรือมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด เท่านั้น และบางคนก็ยังไม่มียบัตร 30 บาท จากการสอบถามคนที่เคยไปใช้บริการให้ความเห็นว่า การรักษานั้น ดี แต่การพูดจาของพยาบาลยังไม่สุภาพ

จากการสนทนา(10)กลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาให้ความเห็นว่า บัตร 30 บาทรักษาทุกโรคได้จริงตามชื่อโครงการและมีความมั่นใจในการรักษา พอสมควร

"น่าจะจริง เพราะว่า รักษาทุกโรค หนักๆ ก็รักษาได้ "

"ก็จริงค่ะ เขามองว่ามันรักษาได้ทุกโรค หนักๆ ก็เชื่อค่ะ "

"ก็มั่นใจ มีเพื่อนโดนยิงไปรักษา แรกๆ ก็ไม่ดี นอนเลือดไหลอยู่ตั้งนานนะ แล้วค่อยมาดูแล และหลังๆ ก็เริ่มดี ก็ปลอดภัยกลับมานะ "

"โดยค่ะ(เคยใช้บริการบัตร 30 บาท) เขาให้ยามาก็พอใช้ได้ ก็ดีเหมือนกัน"

จากการพูดคุยกับกลุ่มผู้ร่วมสนทนาถึงเรื่องความแตกต่าง ของการให้บริการจาก โรงพยาบาลก่อนและหลังการมีบัตร 30 บาท ได้รับข้อมูลจากผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนที่เคยไป ใช้บริการมา ว่าการบริการเหมือนกัน ไม่มีข้อแตกต่าง แต่จากการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมสนทนา และคนในชุมชนส่วนใหญ่ ยังไม่เคยไปใช้บริการบัตร 30 บาท เพราะเคยได้ยินมาว่า การรักษา และการให้บริการ ไม่ดี และบางคนที่ไม่ไปใช้เนื่องจาก ก็ยังไม่ได้ทำบัตร

"ไม่เคยใช้ แต่เขาบอกมันไม่ดี"

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นเพิ่มเติม ถึงเรื่องการใช้สิทธิบัตรฯ ในการรักษาทุกโรคนั้น ว่า คงไม่สามารถใช้ได้ทุกโรคจริง เพราะโรคบางโรค มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และค่ายาแพง รัฐบาลคงไม่มีงบประมาณ มาสนับสนุนได้ทั้งหมด

"คิดว่าไม่ ด้วยยาบางตัวมันก็แพง"

"ไม่ผ่า ไปเอกซเรย์อะไร มันก็แพง มันก็ต้องเลย 30 บาทขึ้นไป"

"คิดว่าไม่ทุกโรค รัฐบาลจะเอาเงินที่ไหนมาช่วย บางอย่างรักษาที่มันก็เป็นหมิ่น"

"ก็ไม่แน่ใจเพราะไม่ค่อยได้ไปรักษา ส่วนมากจะไปคลินิก"

จากการสอบถามถึงความคิดเห็นต่อโครงการฯ กลุ่มผู้ร่วมสนทนาได้พูดถึงโครงการฯ ว่า ช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ เนื่องจากที่ผ่านมาก่อนที่จะมีบัตร 30 บาทนั้น ถ้าเกิดเจ็บป่วยต้องไปรักษาที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องเสียค่ารักษาพยาบาลครั้งละ ประมาณ 200 บาทขึ้นไป พอมีโครงการ 30 บาท ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่จะได้รับยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือได้ยาเสื่อมคุณภาพ ทำให้บางครั้งต้องซื้อยาจากร้านขายยาเสริม นอกจากนี้ ยังมีเด็กในชุมชนเกิดอาการแพ้ยารุนแรง เนื่องจากการไปรักษาด้วยบัตร 30 บาทด้วย

"มีบัตร 30 บาท ก็ดีขึ้น นิดหนึ่ง เพราะก่อนมีบัตร 30 บาท เราจะไปรพ.เอกชนแห่งที่หนึ่ง หรือ ไม่ก็ โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ 2 อย่างน้อย ก็ต้อง 200 บาทขึ้นไป แต่ผลของยา ล่าช้ามาก บางครั้งเราต้องใช้ยาข้างนอกช่วย คล้ายๆ ว่าเขาให้ยาอ่อนเกินไป"

"ไปซื้อมันก็แพงกว่า 30 บาท แต่มันได้ผลเร็ว คือ ทานดอนเย็น ก่อนนอน ดันมาดีขึ้น เพราะ พราเอาไม่อยู่ แต่ว่าเราปรึกษาหมอแล้วนะ ที่รู้จัก และอยู่ใกล้เคียง"

"ที่นี่ มีเด็กที่ แพ้ยา จากยา 30 บาท หนึ่งกลับเลยล่ะ คือเขา ก็เป็นหวัด นะ แล้วกินยา ใหม่ ทั้งตัว ลอก ทรมาณ"

ดังนั้น คนในชุมชนส่วนใหญ่จึงขาดความมั่นใจในการใช้บริการ และบางคนยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หรือไม่ก็ซื้อยากินเอง ซึ่งมีทั้งยาสามัญประจำบ้าน ยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร แตกต่างกันไปตามความสะดวกในแต่ละครอบครัว

"เรายอมเสียเงินเองดีกว่า ถ้าเราเสียเงินเรารู้ว่าเดือนนี้เราต้องฮึดคัดละแต่ดีกว่ามาเป็นหนูลอง ยา"

"เราไม่เชื่อมั่น เราก็เลยไม่ใช้"

"จะช่วยเหลือตัวเองก่อนมากกว่า กินยาเอง เพราะไปแล้วมันจะเสียเวลา"

"ใช้ยาสามัญประจำบ้านกันไปก่อน คือดูแลตัวเองได้เราก็จะดูแลตัวเองกันไปก่อน"

"อย่างเด็กป่วยเราก็จะปฐมพยาบาลกันก่อน ถ้าไม่ไหวแล้วจริงๆ เราถึงจะไปโรงพยาบาล"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การให้บริการในภาพรวม ไม่แตกต่างจากตอนที่ไม่มีบัตรมากนัก โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง เพียงแต่ บางครั้ง ต้องรอคิวนาน และมีการกำหนดเวลาในแต่ละวัน สำหรับการไข้บัตร ทำให้ล่าช้าและเสียเวลาบ้าง

"มันก็ไม่ต่างอะไร เพียงแต่เราไปรัฐบาล มันอาจจะล่าช้า รอนาน แต่ถ้าเราเสียเงิน การบริการ การดูแล การตรวจเช็คต้องดีกว่า"

"บริการมันก็เหมือนเดิมแหละ แต่ว่าอาจจะข้านิดหนึ่ง และตรวจเป็นเวลาด้วย คือพอเลยเวลาราชการแล้ว 30 บาทใช้ไม่ได้"

"จากที่เราเคยรักษามาเนี่ย เห็นว่า รัฐบาลยอมไม่เต็มร้อยเหมือนเอกชนที่เราเสียเงิน ในด้านการรักษาและบริการ ตั้งแต่ก่อนมีบัตร 30 บาท แล้ว"

ผู้เข้าร่วมให้ความคิดเห็นว่า โรงพยาบาลที่อยากจะไปใช้บริการถ้าหากสามารถเลือกได้นั้น เป็นโรงพยาบาลไหนก็ได้ เพียงแต่ให้เป็นโรงพยาบาลที่เต็มใจให้บริการ และดูแลรักษาคนไข้ อย่างมีประสิทธิภาพ

"ที่ไหนก็ได้ ขอให้เขาอำนวยความสะดวกบัตร 30 บาท เรา เทคโนโลยีเราเหมือนเราเป็นญาติเขา"

"ที่ที่เขาใจเต็มร้อย บัตร 30 บาทเนี่ยะ ให้เขามีคุณภาพเพียงพอมีภัยกับโรคที่จะรักษา ถ้า 30 บาท ได้ยาไม่มีคุณภาพ กิน 3 วัน 4 วัน ก็ยังทรมาณอยู่ มันก็ไม่มีประโยชน์ "

จากการสนทนากลุ่ม(11) ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อมูลว่า ตอนที่ไม่มีโครงการ 30 บาท เมื่อเจ็บป่วยคนในชุมชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเลิดสิน และคลินิก ซึ่งถ้าไปคลินิกจะเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งประมาณ 300-400 บาทซึ่งเป็นเงินที่เยอะมาก แต่ในปัจจุบันมีบัตร 30 บาทคนในชุมชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลตำรวจ สาเหตุที่คนในชุมชนเลือกไปใช้ 2 โรงพยาบาลนี้เพราะว่าบริการดี และดูแลผู้ป่วยดี ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบางคนที่มีประสบการณ์ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนให้ข้อมูลว่า เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการดีมาก

"แต่มีบัตรแล้วไป รพ.เลิดสิน และ รพ.ตำรวจ ได้รับการดูแลดี"

จากการสนทนา(12) เห็นว่าโครงการ 30 บาทสามารถรักษาทุกโรคได้จริงตามนโยบายที่ได้วางไว้จากประสบการณ์ที่เคยไปใช้บริการ และจากการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน แต่มีบางคนที่ไม่ทราบว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจริงได้เนื่องจากยังไม่เคยไปใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าป่วยหรือไม่สบายก็ซื้อยากินเอง จึงทำให้ไม่ทราบ

จากการสอบถามถึงความคิดเห็นต่อโครงการ 30 บาท และปัญหา มีผู้เข้าร่วมสนทนามีประสบการณ์ในการใช้บริการตามสิทธิ์ที่ได้รับพบว่า การบริการไม่ดี ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเล่าว่าเมื่อก่อนที่ไม่มีโครงการ 30 บาท เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาคนจะไปรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุข 41 หรือที่โรงพยาบาลเทพธารินทร์ การบริการจะดีมาก แต่หลังที่มีโครงการ 30 บาท ในมาคนที่ไม่มีบัตรหรือมีสิทธิ์ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลกลัวหน้าไท้การบริการดีเหมือนกัน จาก

การสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนามีความเห็นเพิ่มเติมว่า ถ้าให้เลือกโรงพยาบาลได้จะเลือกใช้  
บริการโรงพยาบาลของรัฐเช่นโรงพยาบาลจุฬาฯ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นต้นเพราะว่าอยู่ใกล้  
บ้าน และอีกอย่างอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ครบ ส่วนนโยบายที่ว่า 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้เข้า  
ร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่า ยังไม่สามารถรักษาทุกโรคได้ อย่างโรคที่ร้ายแรงเช่นโรคมะเร็ง  
โรคไต และโรคที่ต้องเสียเงินเยอะยังรักษาไม่ได้

*"ถ้าจะให้เลือกโรงพยาบาลได้นะ จะเลือกโรงพยาบาลของรัฐ เช่นโรงพยาบาลจุฬาฯ โรงพยาบาลตำรวจ  
เพราะใกล้บ้าน และอีกอย่างอุปกรณ์แพทย์ครบ"*

จากการสนทนากลุ่ม(13) ทราบว่า คนในชุมชนเกือบทุกคนมีบัตร 30 บาทแต่  
ส่วนใหญ่ยังไม่เคยไปใช้บริการ เนื่องจากเจ็บป่วยไม่ร้ายแรงมากนักจึงไปใช้บริการที่ศูนย์สา  
ธารณสุขชุมชนคือศูนย์ 50 หรือซื้อยากินเอง จากการพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์ในการ  
ใช้บริการพบว่า บางคนบอกว่าบริการดี บางคนบอกว่าบริการไม่ทันใจ บางคนก็เจอเจ้าหน้าที่ที่  
บริการไม่ดีพูดจาไม่เพราะ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่าแล้วแต่บุคคลที่ไปรับบริการ ซึ่งผู้  
เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความคิดเห็นว่ามีสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลจะเลือกโรงพยาบาลที่มี  
มาตรฐาน มีคุณภาพในการรักษาพยาบาล และจากนโยบายที่ว่า30 บาทรักษาทุกโรคนั้นผู้เข้า  
ร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่ารักษาได้โรคทุกจริง

*"ถ้าเลือกโรงพยาบาลได้นะ จะเลือกโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน "*

จากการสนทนากลุ่ม(14) พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ยังไม่เคยใช้บริการ  
กัน แต่มีบ้างบางคนที่ไม่ไปใช้บริการ ซึ่งให้ความเห็นว่า ได้รับการบริการเป็นอย่างดี เมื่อสอบ  
ถามถึงการเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการกันที่ศูนย์ 21วัดธาตุทอง ในขณะที่เจ็บป่วย  
เล็กน้อยอย่าไม่ร้ายแรง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ก่อนที่จะมี โครงการ30 บาท คนใน  
ชุมชนจะไปใช้บริการกันที่คลินิกใกล้บ้านเนื่องจากสะดวกและรวดเร็ว แต่พอมีโครงการ 30บาท  
คนในชุมชนไปใช้บริการกันที่ศูนย์วัดธาตุทอง ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากนัก

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบางคนที่มีประสบการณ์จากญาติพี่น้องที่เคยไปใช้บริการ  
เล่าให้ฟังว่า การบริการโดยเฉพาะการพูดจาของเจ้าหน้าที่พยาบาลพูดจาไม่ดีเลยถ้าใช้บัตร 30  
บาท

*" จากที่ญาติเคยไปใช้บริการมานั้น เจ้าหน้าที่พยาบาลจะพูดจาไม่ดี จะพูดว่าถ้ารอได้ก็รอ แต่  
ถ้ารอไม่ได้ก็ไม่ต้องรอ 30 บาทจะเอาอะไรหนักหนา"*

ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ความเห็นว่า แต่ถ้ามีสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลได้จะเลือก  
โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านกัน เช่น คลองตัน , เพชรเวช , จุฬาฯ เป็นต้น ผู้เข้าร่วมสนทนาที่  
เคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลคลองตันให้ความเห็นว่า ให้การรักษาไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องยาไม่  
ค่อยมีคุณภาพและเจ้าหน้าที่พยาบาลก็พูดจาไม่สุภาพ

*"ก็ควรที่จะให้เจ้าหน้าที่พูดจาให้ดีกว่านี้ "*

จากการสนทนากลุ่ม(15) ถึงความคิดเห็นต่อโครงการฯ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม  
บางคนที่เคยไปใช้บริการให้ความเห็นว่าได้รับบริการที่ดี แต่มีบางคนยังไม่เคยได้ใช้บริการจะไม่  
ทราบถึงการบริการ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า เมื่อก่อนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลกลาง  
แต่ในปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท แต่ยังไม่เคยไปใช้บริการเลย เพราะ  
เพิ่งเปลี่ยนบัตร ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่า ถ้ามีสิทธิให้เลือกโรงพยาบาล คนในชุมชนก็  
จะเลือกโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท เพราะอยู่ใกล้บ้าน แต่ก็จะมีบางคนเลือกโรงพยาบาลคลอง



ด้าน ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคิดว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้จริง แต่บางคนก็บอกว่ายารักษาโรคใดน่าจะให้ถูกว่านี้หน่อย เพราะว่าแพงเกินไป

จากการสนทนากลุ่ม(16) ได้ทราบความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา บางคนที่เคยได้ใช้บริการมาแล้วว่า โรงพยาบาลมีการแบ่งแยกการบริการเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้บัตร 30 บาท และกลุ่มที่จ่ายเงินค่ารักษาเอง และกลุ่มที่มีการประกันสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าโครงการนี้ เป็นผลดีสำหรับคนที่ไม่มีเงินที่จะรักษา แต่ ก็จะได้รับบริการที่ไม่ดี ไม่มีการดูแลเอาใจใส่คนไข้ การพุดจาโดยเฉพาะพยาบาล ไม่สุภาพ และได้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ในการรักษา

"ถ้าจะให้คิดว่า 30 บาทดีมั๊ย ก็คิดว่าดีสำหรับคนไม่มีเงิน

"คนที่จ่ายเงินก็จะได้ยาอีกตัวหนึ่ง โดยจะไม่เหมือนกันกับคนที่ใช้ 30 บาท ส่วนใหญ่คนที่ใช้ 30 บาท จะได้แต่ยาพาราเซอลส่วนมาก ส่วนมากจะเจอที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท"

"คนที่ซื้อคสิ ที่ใช้ 30 บาท ไปใช้ที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท เคยเป็นมาลาเรียขึ้นสมองหรือว่าเคยเป็นไข้เลือดออกขึ้นสมอง เคยมีอายุแล้ว พอมีอาการชักเค้าเอาไปส่งโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท แต่เค้าก็ไม่ได้ทำอะไรให้ กว่าจะมาทำอะไรให้จนเขาตายไปแล้ว ก็เขาสั่งบอกว่า 30 บาทตายทุกโรคไม่รักษาให้"

คนในชุมชนส่วนใหญ่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆมักจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไทเลย แต่ถ้าสมมติว่ามีสิทธิเลือกโรงพยาบาลได้ผู้ร่วมสนทนาจะเลือกใช้คสิที่กล้วยน้ำไทเพราะอยู่ใกล้บ้าน แต่ถ้าจะเลือกจริงๆสำหรับทุกคนที่เข้าร่วมสนทนามีความคิดเห็นว่าจะเลือกโรงพยาบาลจพฯ เป็นส่วนใหญ่ เพราะมีอุปกรณ์ในการรักษาครบทุกอย่าง และมีความคิดว่าโรงพยาบาลจพฯเขาให้บริการดีสำหรับคนที่เคยไปใช้

ทางกลุ่มผู้ร่วมสนทนา มีความคิดเห็นว่าการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ระหว่างผู้ใช้บัตร 30 บาทกับใช้เงินสด มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

"เห็นได้จากโรงพยาบาลของรัฐ คือต้องรอนานถ้าเปรียบเทียบกับคนที่มียบัตรคิวแล้ว คนที่มียบัตร 30 บาท จะโดนเรียกข้ากว่าคนที่ไม่มีบัตร เพราะว่าเขาใช้เงินสด"

### 3. ผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบัน(หลังจากรัฐบาลมีนโยบาย 30 บาท)และในอนาคตมีอะไรบ้าง มีกลไกแก้ไขในครอบครัว/ชุมชนอย่างไร น่าจะแก้ไขให้ดีกว่า ปัจจุบันอย่างไร (สิทธิ ใช้ครอบคลุมได้ทุกคน)

ผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบันหลังจากมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคที่ประชาชนพูดถึงมากคือเรื่องการจำกัดเขตบริการ ระบบการส่งต่อไม่ดีโดยเฉพาะแพทย์ไม่ยอมส่งตัวเมื่อรักษาไม่ได้ต้องรอให้อาการหนัก จะส่งต่อต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก ระบบส่งต่อที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบโดยตรงคือเรื่องการต้องจ่ายค่าเหมารถซึ่งค่อนข้างจะเป็นภาระกับประชาชนที่มีฐานะยากจน ความครอบคลุมของสิทธิการรักษาระหว่างอุบัติเหตุและ 30 บาท เป็นประเด็นปัญหาที่ประชาชนพูดถึงมากเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูงและไม่ครอบคลุมบริการ ในโครงการ 30 บาท การใช้ช่องทาง 30 บาทจะมีขั้นตอนมากกว่าสมัยก่อนที่เป็นบัตรสงเคราะห์ไม่ต้องคอยควยวาทเท่ากับปัจจุบัน ในส่วนกรุงเทพมหานครเนื่องจากการดำเนินการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ผลกระทบที่เกิดขึ้นเบื้องต้นคือไม่สามารถไปใช้บริการฟรีจากศูนย์บริการสุขภาพได้เช่นเดิมแต่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนซึ่งบางคนอาจไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่และผู้ใช้



บริการ และการคอยคิวที่นานขึ้น และปัญหาขาดการประชาสัมพันธ์ว่าต้องไปใช้บริการที่ขึ้นทะเบียนที่ใดทำให้ประชาชนยังไม่ค่อยเข้าใจระบบการให้บริการ

## ตัวอย่างผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนในส่วนภูมิภาค

ในอนาคตนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ร่วมสนทนามีความเห็นว่าต้องการใช้บัตรทองที่สถานบริการใดก็ได้ภายในจังหวัด

ผู้ร่วมสนทนาทราบว่า 30 บาท ไม่ได้รักษาได้ทุกโรค เช่น อุบัติเหตุรถยนต์หรือจักรยานยนต์ ให้ใช้ พ.ร.บ. และต้องจ่ายเงินเอง แต่ปัจจุบันได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่กรณีรถไม่มีประกันอุบัติเหตุแนะนำให้ใช้ พ.ร.บ. คันอื่นที่มีประกัน หมอจะได้เงินจากประกัน เพราะถ้าเข้าระบบสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลได้เงินน้อยกว่านี้แน่ ถ้าค่ารักษามากกว่า 15,000 บาท ให้ใช้สิทธิบัตรทองได้

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า นโยบายควรช่วยเหลือทั้งคนจนและคนรวยการจ่ายเงิน 30 บาท ยังไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระเนื่องจากไม่เคยป่วย

กรณีบัตรสุขภาพ 500 บาทถ้าไปรักษาปีละครั้งก็แยะไม่คุ้ม แต่ถ้าเป็น 30 บาทจะดีกว่า ถ้ากรณีที่ป่วยบ่อยๆ ใช้สิทธิ 30 บาท ก็แยะเหมือนกัน ผู้ร่วมสนทนามีวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองคือ ซื้อยาปรับประเทานเองเช่น ยา แก้วหวัด 5 บาท

มีบัตรสุขภาพ 500 บาทดีกว่าเพราะสามารถใช้สิทธิได้หมดทั้งครอบครัว และสามารถไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลใดก็ได้และไม่ต้องไปทำบัตรข้ามเขต และบัตร 30 บาท จะไปรักษาที่อื่นต้องให้ไปตามระบบส่งต่อ แต่บางรายเห็นว่าตนเองฐานะยากจนจึงไม่มีเงินซื้อบัตร 500 บาท

วันนี้ไปจ่าย 30 บาท พรุ่งนี้ไปจ่ายอีก 30 บาท ลองคิดรวมสิว่ามีหนึ่งจะเสียเงินเท่าไร บัตรสุขภาพต้องหาเงินมาต่ออายุทุกปี แต่บัตร 30 บาท ไม่ต้องต่ออายุทุกปีมีความสะดวกมากกว่า ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ทราบว่า 30 บาท ไม่คุ้มครองอุบัติเหตุการฟอกไต และพบเห็นเพื่อนบ้านฟอกไตสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง แต่ยังสามารถจ่ายค่ารักษาได้เพราะมีบัตรช่วยจ่าย แต่ถ้าเป็นคนจนคงไม่มีปัญญาและต้องตายแน่ๆ แต่บางรายขอพึ่งระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

นโยบาย 30 บาท ต้องช่วยเหลือคนจน มีแต่คนจนที่ทำบัตรทอง ไม่เห็นคนรวยเขาทำ 30 บาท สามารถไปรักษาได้ทุกเมื่อ ไม่มีเงินก็ไปได้ บัตร 500 บัตรไม่มีเงินซื้อ ไม่มีบัตร 500 บาทเมื่อป่วยไปโรงพยาบาลไม่ทราบว่าเสียเงินเท่าไร ไม่มีเงิน ไม่มีบัตร จึงไม่ไปโรงพยาบาล

ผู้ร่วมสนทนาเคยถูกยึดบัตรทองเมื่อไปรับบริการรักษานอกเวลาราชการ ถูกเจ้าหน้าที่ตรวจพบมีสิทธิประกันสังคมอยู่ด้วย จึงถูกยึดบัตรยังไม่ได้ถอนสิทธิประกันสังคมและถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จึงเกิดกรณีค้างชำระในโรงพยาบาล

มีบัตรทองด้วยและบัตรประกันสังคมด้วย ก็คิดว่ามีบัตรทองอยู่แล้วคิดว่าใช้บัตรทองได้ สุดท้ายไปหมดทั้งสองอย่าง ดุขตัดๆกัน จะแก้ไขอย่างไร

ทุกคนทราบว่านโยบาย 30 บาท รักษาไม่ทุกคนและไม่ทุกโรค ยกเว้นคนที่ไม่มีบัตรประชาชน และคนที่ไม่มีบัตรประกันสังคม ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่านโยบาย 30 บาท มีความเหมาะสมเพราะฐานะยากจนไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล และดีสำหรับคนจนและคนรวย

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ที่มีฐานะยากจนถ้ามีการรับบริการรักษาพยาบาลที่บ่อยครั้งจะมีผลกระทบด้านการเงิน สำหรับคนรวยไม่มีผลกระทบเพราะสามารถจ่ายได้

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่านโยบายควรมุ่งเน้นช่วยเหลือคนจนมากที่สุด ควรให้การช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงเป็นพิเศษ มีความต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือทั้งคนจนและคนรวยแต่เนื่องจากเป็นคนที่มีรายได้ต่ำ จึงต้องให้รัฐบาลช่วยเหลือคนจนก่อนเท่าที่จะช่วยได้ และคำนึงถึงถ้ารัฐบาลช่วยเหลือทั้งคนจนและคนรวยงบประมาณที่สนับสนุนจากรัฐบาลอาจมีไม่เพียงพอ

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ทราบว่านโยบาย 30 บาท รักษาได้ครอบคลุมทุกโรค บางรายทราบว่าไม่ครอบคลุมทุกโรคแต่ไม่ทราบโรคใดที่ 30 บาทไม่คุ้มครอง

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีโครงการ 30 บาทรักษาได้ครอบคลุมทุกโรคหรือไม่ผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งเคยไม่ได้รับยาเบาหวานเพราะไม่มีเงินชำระค่ายาเพราะไม่มีบัตรทอง

คนจนต้องการให้รัฐบาลมุ่งช่วยเหลือคนจนก่อน เนื่องจากเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย ไม่มีอาชีพที่แน่นอน คนจนมีความลำบาก อดๆ อยากร

ถ้าต้องไปรับบริการทุกวันต้องชำระเงินครั้งละ 30 บาทต้องมีปัญหาแน่นอน สามารถจ่ายติดต่อกันได้แค่ 7 วันแรกก็เต็มที่แล้ว เพราะเรามีอาชีพรับจ้าง เงินที่มีอยู่บ้าง 100-200 บาท ก็หมดไปเพราะระยะนั้น (เจ็บป่วย)เราก็มองไม่เห็นค่าผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า ถ้าดูฐานะกันจริงก็ควรยกเว้น(การเก็บเงิน 30 บาท) ทั้งหมด คิดว่านโยบาย 30 บาทดี บิดาเคยป่วยเป็นนิ้วถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลศรีสังวร ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายอะไรเลย

ผู้ร่วมสนทนาที่มีข้อเสนอแนะว่า นโยบาย 30 บาท ถ้าจะให้ดีกว่านี้ สำหรับคนยากจนควรให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมเสียเลย หรือทำบัตรสงเคราะห์เหมือนเมื่อก่อนให้คนจน

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ทราบนโยบาย 30 บาทไม่ได้รักษาทุกโรค ทุกคนทราบว่าอุบัติเหตุ 30 บาท ไม่คุ้มครองลูกชายเคยประสบอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ล้ม ไปทำแผลทุกวัน เสียเงิน 600 กว่าบาท แต่ไม่มีเงินจ่าย จึงขอจ่ายแค่ 100 บาท เป็นรถไม่มี พ.ร.บ. รถเก่าไม่มีไฟ ไม่มีกระจก แต่ไปโรงพยาบาลก็ลำบากเหมือนกัน กลัวถูกตำรวจจับ เคยถูกจับครั้งหนึ่งเสียค่าปรับให้ตำรวจ 200 บาท ถ้าจะช่วยประชาชนจริงๆ ก็ต้องการให้ 30 บาท รักษาได้ทุกโรค บางครั้งคนจนไม่มีพยานะเป็นของตนเอง ถ้าไปกับคนอื่นแล้วเกิดอุบัติเหตุด้วยกัน เจ้าของรถไม่มี พ.ร.บ. คนนั่งไปด้วยก็ไม่มีอะไรเลย ก็ต้องเสียเงินอีก ผู้ร่วมสนทนาเสนอแนะว่า ขอร่วมจ่ายประกันอุบัติเหตุราคาถูกปีละ 100 บาท ให้ใช้ได้ทั้งครอบครัวหรือรายบุคคลก็ได้

เป็นการร่วมจ่าย เพราะอยู่เราไม่ไปชนเขา เขาก็ชนเรา แต่ถ้าจะให้ดี ต้องการรักษาฟรีดีกว่า ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่า นโยบายของรัฐบาลมุ่งช่วยเหลือคนจนมีความเหมาะสมดี เพราะคนรวยเขามีเงินจ่าย และเขาไปรักษาโรงพยาบาลใหญ่หรือโรงพยาบาลเอกชนด้วยซ้ำ คนรวยไม่ใช่สิทธิ 30 บาทหรอก คนรับจ้างนอนเตียงธรรมดา คนรวยเขาไม่นอนอย่างเรา

เมื่อเจ็บป่วยไม่มากผู้ร่วมสนทนามักใช้บริการที่สถานีนามัยเนื่องจากมีความสะดวกอยู่ใกล้บ้าน เดินไปรับบริการรักษาก็ได้ หากไม่หายจะไปฉีดยาตามบ้าน เสียค่ารักษา 60 บาท เงินที่ใช้จ่ายในการรักษามักมาจากการยืมเงินจากญาติ ตั้งแต่มีบัตรทอง คิดว่าดี เพราะว่เมื่อก่อนเจ้าหน้าที่สนใจคนไข้บ้างไม่สนใจบ้าง หลังจากมีบัตรทองเจ้าหน้าที่สนใจดูแลมากขึ้น เปรียบเทียบกับบัตรสุขภาพ 500 บาท ต่อครอบครัว คิดว่าบัตรทองดีกว่า เพราะบัตร 500 บาท ถ้าปีหนึ่งไม่ป่วยก็เสียเงินฟรี สำหรับบัตรทองจะเสีย 30 บาทเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย

ผู้ร่วมสนทนาเห็นด้วยกับนโยบาย 30 บาทที่มุ่งช่วยเหลือคนยากจน เนื่องจากคนรวยสามารถจ่ายเงินเองได้เมื่อเจ็บป่วย ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมสนทนาคือ ต้องการไปรักษาโรงพยาบาลศรีสังวรได้เนื่องจากสะดวกในการเดินทางไปรับบริการรักษา

เมื่อก่อนตอนที่ใช้บัตร 30 บาทตอนแรกโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมส่งแพทย์มาตั้งคลินิกที่นี้ตั้งแต่เวลา 15.00 น.ถึง 20.00น. พร้อมรถพยาบาล ถ้าใครป่วยหนักสามารถส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรได้ทันทีโดยไม่ต้องไปแหวะตรวจที่โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม และมีแพทย์มาตรวจที่สถานีนามัยสัปดาห์ละหนึ่งวัน สามารถไปรับบริการได้สะดวกไม่ต้องเดินทางไกล และได้ตรวจรักษาทั้งแพทย์ แต่ปัจจุบันไม่ทราบเกิดอะไรขึ้น ทางโรงพยาบาลเขาปิดคลินิก และงดไม่ให้มาตรวจที่สถานีนามัย ส่งผลกระทบคือถ้าเจ็บป่วยหนักต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งต้องเดินทางไกลหรือเหมารถไปในราคา 200-300 บาท ถ้าถูกส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ศรีสังวรต้องนั่งรถย้อนกลับไปที่กลับมา

ผลกระทบของนโยบาย 30 ส่วนใหญ่ไม่มี แต่มีข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนาคือ ให้ไปรักษาที่ใดก็ได้เพื่อไม่ยากเจอปัญหาไม่แฉ่ไม่ส่ง การแก้ไขปัญหาคือ ไม่ต้องการให้ 30 บาททำเป็นขั้นเป็นตอน จะทำให้คนป่วยเสียชีวิตเสียก่อน ต้องการให้ 30 บาทรักษาได้กับทุกโรคทุกคน นโยบาย 30 บาทควรมุ่งช่วยเหลือคนจน เพราะคนรวยไม่ได้เดือดร้อนเรื่องอะไร เสียเงินรักษาเอง

ผู้ร่วมสนทนามีความเห็นเกี่ยวกับนโยบาย 30 บาทดังนี้ ดีเพราะไม่ต้องเสียเงิน แต่ว่าหนึ่งโรคเสีย 30 บาท คนหนึ่งเป็นหลายก็ต้องเสียหลายสิบ ดีตรงที่ว่าไม่ต้องเสียเงิน แค่ 30 บาทเราก็พอหาได้บ้าง แต่ตามบ้านเราก็ดี แต่ป่าต้องไปรักษาไกล ต้องมีค่ารถ ค่าอาหาร อย่างน้อย ประมาณ 2,000 บาท ค่าอนกัแพงเมื่อก่อน 10 บาท แต่เดี๋ยวนี้ 30-40 บาทต่อคน ห้องหนึ่งนอนประมาณ 12 คน แออัดมาก เพราะมีแต่คนจนอยู่ ต้องคอยระวังตัวกันเอง คนรวยเขาไม่มีปัญหาเขานอนห้องเดี่ยวคินละ 150 บาท ลูกชายป่วยเป็นโรคเอดส์ ใช้บัตรผู้มีรายได้ น้อย ไม่ต้องเสียเงินแต่มีค่าใช้จ่ายอย่างอื่น เช่น กางเกงอนามัย คนเฝ้าต้องกินอาหารทุกวัน ส่วนมากไปอยู่นาน หมอเขาส่งสารให้กินข้าวที่โรงพยาบาล ช่วงที่ลูกป่วยต้องกู้เงินตอนนี้ยังใช้หนี้ยังไม่หมด ตอนนี้ยังเป็นหนี้อยู่อีก 5,000 บาท ตอนลูกตายมีเงินแค่ 300 บาท พี่น้องเขาส่งสารเลยให้เงินเอามาเผาที่บ้าน ใครไม่เจอ ใครไม่จนไม่รู้หรือว่าความจนเป็นอย่างไร

ในอนาคตของนโยบาย 30 บาท ผู้ร่วมสนทนามีความต้องการบัตรฟรีมากกว่าจะได้ไม่ต้องเสียเงิน พูดถึง 30 บาทคนจนก็ไม่อยากเสียเหมือนกัน เราอยากได้รับการรักษาแบบที่ไม่เสียเงิน เพราะบางครั้งกว่าที่เราจะเก็บเงินได้ 30 บาทแล้วก็ต้องมีค่ารถ ค่ากินของเราอีก ถ้าเราไม่เสียเราก็จะได้รักษาฟรี ก็จะเบาภาระค่ารถ ค่ากินของเราลงได้ส่วนหนึ่ง ส่วนคนมีเงินเขาก็ยกอกได้แค่ 30 บาทเอง แต่เราคนจนกว่าจะหาได้มันยาก ถ้าเราไม่ได้ทำงานก็ไม่มี

อยากให้มี 30 บาทไปเรื่อยๆ แต่ถ้าอยากจะช่วย อยากจะให้ฟรีไปเลยไม่ต้องเสีย 30 บาทรักษาได้โรคเดียว แต่เราเป็นไทรอยด์ เป็นมะเร็ง เราได้รับการรักษาที่ละขั้นตอน วันนี้เราไปเสีย 30 บาท พรุ่งนี้เราก็ต้องไปเสียอีก 30 บาท แล้วค่ารถที่เราต้องไปหาทุกวัน คนจนก็ต้องมีปัญหาอยู่อย่างนี้ตลอดไป

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่านโยบาย 30 บาท ที่มุ่งช่วยเหลือคนจนมีความเหมาะสมแล้วที่เขาให้มา ให้ หลังจากที่เขาให้บัตร 30 บาทเข้ามาช่วยเหลือ จากที่เราทำงาน วันละ 100 บาท จะต้องไปเสียค่ารักษาครั้งละ 400-500 บาท ถ้าเราป่วยเยอะก็ต้องเสียเงินเยอะ แต่เรามีบัตรทองหรือ 30 บาทก็ช่วยเหลือได้ แต่ถ้าพูดถึงการอยากได้สำหรับคนจนคือ ไม่อยากเสียเงิน แต่ก็พอใจในสิ่งที่เขาให้ ผู้ร่วมสนทนาไม่ต้องการเสียเงิน เพราะสำหรับคนจนไม่เสียเงินได้ก็ดี นโยบาย 30 บาทมุ่งช่วยเหลือคนจน ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว คนรวยมีเงินจ่าย คนจนไม่มี เหมาะสมที่สุดแล้ว

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่ทราบความครอบคลุมของสิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่ต้องการให้ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค มีข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มคือ ถ้าเป็นไปได้ขอร่วมจ่ายเงินค่าประกันเพิ่มเติม 100 บาทในนโยบาย 30 บาท แต่ขอให้คุ้มครองกรณีอุบัติเหตุด้วย

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ทราบว่า นโยบาย 30 บาทมีสิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมทุกโรค ได้แก่ เอดส์ โรคร้ายแรงเช่น มะเร็ง เพราะรักษาในระบบ 30 บาทไม่หายต้องไปรักษาที่อื่นที่เขา รักษาได้ ต้องมีเงินถึง มีเจ้าหน้าที่แนะนำให้ไปรักษาโรงพยาบาลอื่นแต่ต้องเสียเงินเอง ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่านโยบาย 30 บาทควรมุ่งช่วยเหลือคนจน ดูแลคนยากจน เพราะคนรวยเขาไม่อดอยาก

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่เห็นว่า นโยบาย 30 บาทมีความเหมาะสมดี ไม่ต้องเสียเงิน ยังไม่พบข้อเสีย

ในอนาคตต้องการให้ 30 บาท ใช้ข้ามเขตรักษาได้ เสนอให้สถานอนามัยเขียนหนังสือส่งตัวรักษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ได้เลยพบปัญหาไม่แยไม่ส่ง ขอไปรักษาที่อื่นก็ไม่ได้ ผู้ร่วมสนทนาเสนอแนะวิธีแก้ไขปัญหาคือ ต้องการไปรักษาโรงพยาบาลอุดรดิตถ์มากกว่าโรงพยาบาลศรีสังวร เนื่องจากค่าเหมารถไปโรงพยาบาลศรีสังวรเป็นเงิน 500 บาท ค่าเหมารถไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นเงิน 300 บาท ไปโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ใกล้กว่าสามารถจ่ายเงิน 30 บาท เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลติดต่อกันได้ 3 วัน ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ทราบดีว่า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคมีสิทธิการรักษาได้ไม่ครอบคลุมทุกโรค และทราบว่าโรคที่ไม่คุ้มครองคือ อุบัติเหตุ บางคนไม่มีเงินไปทำประกันรถ บางทีรถหมดสภาพต้องตรวจสภาพรถก่อน มีข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนาคือ ต้องการให้ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค ผู้ร่วมสนทนาต้องการให้นโยบาย 30 บาทมุ่งช่วยเหลือคนจน

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าเมื่อครั้งที่ใช้บัตรสุขภาพ 500 บาทก็ดี แต่มักมีอุบัติเหตุ ให้เราใส่เงิน 100-200 บาท

บัตรสุขภาพ 500 บาท ดีกว่า ถึงจะจ่ายปีละ 500 บาท แต่ก็ถือว่าเป็นการประกันตัวเราไว้ แต่ 30 บาท ต้องจ่ายเรื่อยๆ บางครั้งก็เป็นแค่การเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ บัตรสุขภาพ 500 บาทถึงแม้ว่าจะไม่ป่วยก็ไม่เป็นอะไร ถือว่าเป็นการประกัน

บัตร 30 บาท ดีกว่าเพราะไม่เสียเงิน ผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งเห็นว่า บัตรสุขภาพ 500 บาทดีกว่า เพราะถ้าโรงพยาบาลรักษาไม่ได้ก็ส่งตัวไปรักษาต่อ แต่ยี่นี่โรงพยาบาลรักษาเองไม่ไหวจึงส่งต่อ ไม่แย่งไม่ส่ง ไม่แย่งจริงไม่ส่ง ถึงกับขนาดขอให้ส่งตัว ผู้ร่วมสนทนาทุกคนอยากไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรเพราะเดินทางสะดวกเสียเงิน ค่ารถเที่ยวละ 20 บาท จากบ้านถึงโรงพยาบาล และยาดีกว่า ถ้าไปโรงพยาบาลสวรรค์โลกต้องเสียค่ารถโดยสารและรถสามล้อรับจ้าง 3 ต่อ

ความต้องการของชุมชนคือต้องการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรจึงดำเนินการจัดการประชุมบนศาลาวิถึ โดยมีกำนันและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้นำในการประท้วง ผลสรุปสุดท้ายคือโรงพยาบาลสวรรค์โลกยินยอมให้สถานีอนามัยออกหนังสือส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลศรีสังวรได้เลยโดยไม่ต้องไปผ่านขั้นตอนที่โรงพยาบาลสวรรค์โลก แค่นี้ก็พอใจแล้ว โรงพยาบาลสวรรค์โลกไม่ยอมโอนค่าหัวให้โรงพยาบาลศรีสังวร การประท้วงทำหึ่งด่าบดล มีผลเริ่มเข้ามาประมาณ 2 เดือนแล้ว ผู้ร่วมสนทนาทราบสิทธิ 30 บาทไม่คุ้มครองอุบัติเหตุ แต่บางรายไม่ทราบความครอบคลุมสิทธิ 30 บาท เนื่องจากคนจนไม่ได้เข้าสังคมเลยไม่รู้เรื่อง ข้อเสนอของผู้ร่วมสนทนา คือต้องการให้ 30 บาท คุ้มครองอุบัติเหตุด้วย เพราะอาจเกิดกรณีเขาชนเรา เขาต้องรักษาเรา ถ้าเขาชนแล้วหนี เราต้องรักษาเอง แต่อยากให้คนชนเป็นคนเสียเงิน

การทำบัตรฟรีควรทำให้เฉพาะคนจน เพราะคนจนไม่มีเงิน ไม่ใช่เป็นคนที่เห็นแก่ตัว แต่เพราะต้องไปโรงพยาบาลทุกเดือน ถ้าไม่ไปก็ไม่มียากิน ผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งเห็นว่าถ้ารัฐบาลช่วยเหลือทุกคนได้ฟรี รัฐบาลก็จะล้ม

ผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งไปรับบริการที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลให้ชำระเงิน 30 บาทก่อนเข้ารับบริการ ผู้ร่วมสนทนา ในกลุ่มเห็นว่าเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม หากผู้รับบริการไม่ป่วย หรือไม่ได้รับยา ก็เสียเงินฟรี

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่เข้าใจการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างไรได้แก่โรคอะไรบ้าง การใช้บัตรทองข้ามเขตต้องชำระเงินเองหรือไม่

ผู้ร่วมสนทนาเสนอวิธีแก้ไข "แย่งแล้วส่ง" ได้แก่ 1) ให้ส่งตัวไปก่อนที่อาการจะแย่ง 2) ให้หมออธิบายให้เข้าใจเรื่องการรักษา ความสามารถในการรักษา ถ้ารักษาไม่ได้ให้ส่งไปตั้งแต่นำ 3) ให้หมอวินิจฉัยก่อนว่าควรส่งหรือไม่ควรส่ง

นโยบาย 30 บาท ดี เพราะเมื่อก่อนเคยนอนโรงพยาบาลพบปัญหาเจ้าหน้าที่เรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลทุกวัน ปัจจุบันเวลาออกโรงพยาบาลจึงเรียกเก็บเงินครั้งเดียว(30 บาท) บัตร 30 บาทก็ดีอยู่มาหาหมอได้รับยา ไม่เสียเงินเพราะมีบัตรรายได้น้อย ในอนาคตผู้ร่วมสนทนาต้องการให้ไปรักษาที่ไหนก็ได้

ผู้ร่วมสนทนาทราบว่าสิทธิบัตรทองไม่ครอบคลุมทุกโรค เช่นผ่าตัดต่อกระดูกและไม้ค้ำกระดูกการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ร่วมสนทนาคนหนึ่งเคยเสียเงินเมื่อเกิดอุบัติเหตุเป็นจำนวน 4,000-5,000 บาท แต่ก็มีข้อเสนอแนะคือต้องการให้นโยบาย 30 บาท คุ้มครองอุบัติเหตุด้วยเพราะบางครั้งขับมอเตอร์ไซค์ชนสุนัข สุนัขวิ่งตัดหน้า มีปัญหาเรื่องการใช้งบบัตรทอง คือไม่สามารถใช้งบบัตรทอง คือไม่สามารถใช้งบบัตรทองได้เมื่อไปทำงานรับจ้างอยู่ที่กรุงเทพฯ มีข้อเสนอแนะคือ ต้องการให้ประชาชนทุกคนไปรับบริการโดยใช้บัตรที่ไหนก็ได้ คิดว่าการจ่ายเงิน 30 บาท เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลสามารถจ่ายได้ ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง ต้องการช่วยเหลือรัฐบาลบ้าง นโยบาย 30 บาทควรมุ่งช่วยเหลือทุกคนทั้งคนจนและคนรวย ควรให้บัตรทองทุกคนบัตรสุขภาพ 500 บาทต่อครอบครัวสามารถไปรักษาที่ไหนก็ได้ แต่ดีเฉพาะผู้ที่ป่วยบ่อยๆ ส่วนบัตร 30 บาท ต้องไปรักษาตามขั้นตอน โดยไปรักษาที่สถานีอนามัยก่อน และจึงไปโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลรักษาไม่ไหวก็ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอื่น และถ้าไม่ป่วยเลยใช้บัตร 30 บาทดี

กว่า ผู้ร่วมสนทนาสรุปว่า บัตร 30 บาทเหมาะสมกว่า เพราะต้องการช่วยเหลือรัฐบาล แต่ต้องไป  
ตามขั้นตอน ป่วยมากต้องการใช้จ่ายแค่ 30 บาทไม่ต้องการให้ผู้รับบริการจ่ายเงินเพิ่มอีก

เคยไปรับบริการฉีดวัคซีน เสียเงิน 30 บาท ยาก็ไม่มี จริงๆไม่อยากเสีย เมื่อก่อน  
เสียค่าเข็ม 1 บาท เดียวนี้เสียค่าแผ่นกระดาษตรวจเบาหวานครั้งละ 5 บาทอีก รวมเป็น 35 บาท  
เขาบอกว่า ค่ายา 35 บาท ฉันทักจ่ายให้เขา โดยรับบริการ 3 เดือนต่อครั้ง เราก็ไม่อยากจะตรวจแต่  
เขาให้ตรวจทุกครั้ง ตรวจครั้งใดก็ปกติ ควรตรวจปีละครั้งก็พอแล้วเพราะเรารู้ตัวเราเองว่าเราปกติ  
ตรวจมะเร็งปากมดลูกก็เสียอีก 30 บาท ผู้ร่วมสนทนาไม่กล้าหักท้วงสถานีนอามัย

ที่สถานีนอามัยไม่น่าจะเก็บเงิน 30 บาท ยาก็ไม่มี เป็นอะไรนิดๆหน่อยๆไม่กล้า  
ไปเพราะไม่คุ้ม ถ้าเป็นโรงพยาบาลมีหมอดตรวจก็ไม่มีอะไร

ผู้ร่วมสนทนาเสนอแนะดังนี้ คือ 1)อยากให้บริการฟรีที่สถานีนอามัย แต่ควรไปเสียเฉพาะที่โรง  
พยาบาลเท่านั้น 2)ต้องการให้มีคนกลางมาควบคุมการจ่ายเงินของผู้รับบริการ เช่นค่าฉีดวัคซีน  
ค่าตรวจปัสสาวะเบาหวาน การตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผู้ร่วมสนทนาไม่ทราบสิทธิ 30 บาท มีสิทธิเหมือนกับประกันสังคม โดยประชา  
ชนขอร่วมจ่ายแต่จ่ายในจำนวนเงินที่น้อยกว่าประกันสังคมจริงๆ ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งยกกรณี  
ตัวเองเป็นตัวอย่าง คือสามีมีสิทธิประกันสังคม ส่งเงินเดือนละ 100 กว่าบาท ได้รับเงิน  
สงเคราะห์บุตรเดือนละ 150 บาทต่อเดือน และเปรียบกับผู้ร่วมสนทนารายอื่นที่ถือบัตร 30 บาท  
หากมีการเจ็บป่วยสองครั้ง จ่ายเงินไป 60 บาท เกือบเท่ากับเงินที่จ่ายให้สำนักงานประกันสังคม  
ที่เป็นรายเดือนของสามี

นโยบาย 30 บาท มุ่งช่วยเหลือคนทุกคน แต่พบเห็นคนป่วยมากกว่าคนจนใน  
โรงพยาบาล เพราะเป็นคนจนไปโรงพยาบาลไม่สะดวก คนจนต้องป่วยมากถึงไปโรงพยาบาล  
เพราะห่วงที่จะทำมาหากินทุกวัน

ปัญหาคือ ไม่แย่งไม่ส่ง เคยนำพ่อไปรักษาโรงพยาบาลสวรรค์โลกเพราะฉุกเฉิน  
เป็นนอกเวลาราชการ จึงข้ามเขตไปรักษาแต่ไม่ทราบว่าบัตรทองจะต้องใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาล  
ที่ระบุในบัตรเท่านั้น และถูกต้องว่าทำไมไม่แย่งก็ไม่ส่ง ตอนที่ตีๆทำไมไม่ส่ง แย่แล้วส่งมาทำไม  
ถ้าหมอไม่ส่งเราก็ไม่ได้ไป

ถ้าเราเป็นคนไข้เราก็อยากไปโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อม  
ผลกระทบของ 30 บาทคือ รักษาข้ามเขตไม่ได้ สมัยก่อนใช้บัตร 500 บาท ไปรักษาที่ไหนก็ได้  
ถ้าไปเจอหมอดีเขาก็จะทำให้เลย ถ้าไม่ดีก็จะถามว่าทำไมไม่เอาคนไข้มา

ข้อเสนอแนะ นโยบาย 30 บาทในอนาคต ผู้ร่วมสนทนาต้องการรักษาที่ไหนก็ได้  
เพราะคนจนไม่มีรถยนต์ที่จะขี่ออกไปย้อนมา ต้องใช้มอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะในการเดินทาง มี  
ความลำบากในการเดินทาง

ผู้ร่วมสนทนาทราบสิทธิ 30 บาท ไม่ได้ครอบคลุมทุกโรค เช่นอุบัติเหตุ และมีข้อ  
เสนอแนะคือ ต้องการให้ 30 บาทรักษากรณีอุบัติเหตุได้เพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เคยถูกเรียกเก็บ  
เงินค่ารักษาจำนวน 10,000 บาท ต้องกู้เงินเพื่อจ่ายค่ารักษา คิดว่านโยบายรัฐบาลควรมุ่งช่วย  
เหลือคนจน เพราะคนชราไม่มีคนเลี้ยงดู เสนอแนะให้รัฐบาลให้เงินช่วยเหลือคนแก่ที่ทำงานไม่  
ได้ เพราะคนหนุ่มสาวสามารถทำงานได้อยู่

บัตร 30 บาทดีกว่า บัตรสุขภาพ 500 บาทเพราะถ้า 500 บาทไม่ป่วยเลยก็ไม่ได้  
ข้อเสียของ 30 บาทคือรักษาได้โรงพยาบาลเดียว อยู่ที่อื่นฉุกเฉินต้องเสียเงินเอง อยู่ที่ไหนต้อง  
วิ่งกลับมารักษาโรงพยาบาลนี้เอาบัตรไปใช้ที่อื่นไม่ได้

ผู้ร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิ 30 บาทครอบคลุมทุกโรคหรือไม่

ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งทราบกรณีอุบัติเหตุ 30 บาทไม่คุ้มครองการแปลงเพศไม่  
อยู่ในความคุ้มครองของ 30 บาท โรคเอดส์ โดยรับทราบข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์

ผู้ร่วมสนทนามีวิธีป้องกันตนเองในกรณีโรคที่สิทธิ 30 บาทไม่คุ้มครองเพื่อไม่ให้  
เสียเงินจากการเจ็บป่วย คือ การป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ โดยการไม่หาโรคใส่ตัว ถ้าให้ดูแล  
ลงไม่ไหว รังเกียจ ห้ามแล้วไม่ฟัง ไม่นำให้การช่วยเหลือ

นโยบาย 30 บาทควรมุ่งช่วยเหลือทุกคน ไม่ควรเลือกฐานะ ถ้าเป็นคนจนคงตายแน่ๆ แต่ถ้าเป็นคนรวยคงไม่ยอมเสียเงินมากๆ ผู้ร่วมสนทนาสวนใหญ่เห็นว่่านโยบาย 30 บาทควรช่วยเหลือทุกคนทั้งคนจนและคนรวยเพื่อความเสมอภาค

บางรายเห็นว่าต้องการช่วยเหลือคนจนก่อนเพราะคนรวยเขาช่วยเหลือตัวเองได้

หลังจากที่ใช้นโยบาย 30 บาท ปัจจุบันถูกบังคับให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลสวรรณโลกก่อน ไม่มีความสะดวก โรงพยาบาลไม่แยะไม่ส่ง ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวรเลยเพราะโรงพยาบาลอยู่ใกล้กว่า ค่ายรถถูกกว่า ถ้าไปโรงพยาบาลสวรรณโลกต้องต่อรถหลายเที่ยว ไม่มีความสะดวกเพราะไม่มีรถเป็นของตนเอง ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนา คือต้องการรักษาที่ไหนก็ได้

ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งป่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสังวร ครั้งแรกไม่เสียเงิน ครั้งที่สองถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาล ไม่มีเงินจึงหนีกลับบ้านนโยบาย 30 บาทมุ่งช่วยเหลือคนจนผู้ร่วมสนทนาเห็นว่ามีความเหมาะสม ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่านโยบาย 30 บาท ควรช่วยเหลือคนจนมากกว่าเพราะคนจนมีจำนวนมากกว่า และคนรวยเขาไม่เดือดร้อน ผู้ร่วมสนทนาสวนใหญ่ไม่ทราบความครอบคลุมของสิทธิบัตร 30 บาท

ข้อเสนอแนะของผู้ร่วมสนทนา คือต้องการให้ 30 บาทคุ้มครองอุบัติเหตุด้วย เพราะบางครั้งมีกรณีชนแล้วหนี ผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งไม่ได้ต่ออายุประกันรถ เพราะไม่มีเงินจ่าย แต่ก่อนไปโรงพยาบาลก็พูดไม่เพราะ แต่ตอนนี้รู้สึกจะพัฒนาขึ้นมาก พูดเพราะแทบทุกที่ แต่ก่อนไปหาหมอน้อยก็ไม่ได้ ขึ้นเสียงดัง ว่ามาหาหมอทำไม แหม! คนป่วยไม่มาหาหมอจะไปหาใครละ แต่ตอนนี้ดีมากๆ แต่ก่อนเวลาเราไปหาตอนกลางคืน เช่น ปวดท้องไป เราบอกว่าเงินไม่พอ เจ้าหน้าที่จะขึ้นเสียงว่า รู้ว่าป่วยทำไมไม่เตรียมเงินเตรียมทองมา เราเองก็ไม่มี พักหลังนี้รู้สึกว่าจะเปลี่ยนชุดเป็นชุดใหม่ พูดดีขึ้นมาก ไม่ใช่แต่ทางโรงพยาบาลหรืออนามัยนะครับ ทางอำเภอก็ดีเหมือนกันให้บริการเยี่ยม ไม่มีความแตกต่าง การวางแผนครอบครัวก็ดี การตรวจสุขภาพก็ดี (แสดงว่าก่อนมีโครงการ จนท. ได้ทำไว้ดีแล้ว) การส่งต่อโรงพยาบาลอื่นไม่มีการบอกให้ทราบเลย

เห็นแสงบริการดี ดมน้ำหวานไวให้กิน บเคมีขาย แต่เก่าบดี ถ้าเงินบหลายไปบได้ ให้แต่ยาพารา บริการดีขึ้น, รวดเร็ว, แบ่งหน้าที่กันชัดเจนขึ้นในจุด เบาหวาน, ผู้ป่วยทั่วไปยังเข้าอยู่ แต่ก่อนค้ายามันถูกเสียเงินไม่ต่างกัน แต่การบริการปัจจุบันต่างกัน เราไป รพ.เจ้าหน้าที่ก็ไม่รังเกียจมาจับมาดูแลไม่รังเกียจเรา เพื่อนก็ให้บริการดีแต่สงสัยว่าทำไมยังไม่ตรวจก็ฉีดยาให้แค่ถามว่าเป็นอะไร ทานอาหารเย็นมั๊ยหมูปอกว่ากินข้าวเย็นตามปกติ เพื่อนก็มาคลำดูและบอกว่าสงสัยเป็นโรคกระเพาะ

การบริการเดี๋ยวนี้อีกดีแต่ก่อนเจ้าหน้าที่ชอบด่า เดี๋ยวนี้อาเรียกไม่เจอก็จะออกมาเรียกหาข้างนอกเลยไม่เหมือนเมื่อก่อน แต่ก่อนผมเคยเป็นทหารไปรบที่เมืองลาวเวลาไปหาหมอลำมีคนป่วยหลบหนีจาก รพ.ฝรั่งจะเอายาวิ่งตามไปให้ผมอยากให้เป็นแบบนี้ครับ บริการดีให้ยาก็ถูกกับโรคสามารถบรรเทาอาการได้ดี ก็บริการเท่าเทียมกันดีตามคิวหมายเลข 1-2-3-10 อะไรพวกนี้

เจ้าหน้าที่จริงๆอย่าง พยาบาลพูดดีแต่ผู้ช่วยพยาบาลพูดไม่เพราะ ผมป่วยใช้บัตรทองแบบไม่เสียเงินคือบัตรผู้สูงอายุ มีอาการอาเจียนหลายครั้งจนลุกไม่ขึ้นขอร้องให้คนนำส่ง รพ.ต่วน ก็ให้บริการดีผมนอนดูอาการและให้น้ำเกลือที่ รพ.ก็อาการดีขึ้น ผมไม่ได้เอาบัตรไปแต่บอกเจ้าหน้าที่ให้แจ้งญาติทราบ การบริการก็ยังช้าอย่างอื่นก็ดีถ้าไม่มี รพ.ผมคงเสียชีวิตแล้วเคยไป รพ. สามีเจ็บท้องก็พาไป รพ.ถึง รพ. ประมาณตี 5 กว่าระหว่างที่พญสามีเข้าไปใน รพ. เจ้าหน้าที่ก็นั่งคุยกันอยู่ แพทย์เวรก็ยังไม่มาเจ้าหน้าที่ถามว่าเป็นอะไรมาก็บอกให้เอาผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียง แล้วก็มาดูอาการ แล้วบอกว่าสงสัยเป็นโรคกระเพาะก็ฉีดยาให้ การบริการดีกว่าเมื่อก่อนมากเดี๋ยวนี้นะขากก็มากขึ้นหมอกก็มากขึ้นด้วย ไม่แตกต่างกันตอนหนูไปคลอดลูกยังไม่รู้โครงการ 30 บาทใช้บัตรสุขภาพ 500 บาทเจ้าหน้าที่ถามว่าใช้บัตรอะไร ถ้าคนจนมากๆก็ใช้บัตร สปร.แต่หนูอยู่กับแม่เพื่อนก็เลยให้ใช้บัตร 500 บาทกับแม่ ค่อนข้างเตียงที่มาคลอดใช้บัตร สปร. แต่เข้าห้องคลอดที่หลังหนู ญาติก็เลยถามว่าทำไมไม่ได้เข้าไปพร้อมกันทำไมเอาบัตรคน



จนไว้ทีหลัง บัตรทองนี้เวลาเรียกก็จะเรียกตามคิวก่อนหลัง เดียวนี้เรียกตามคิวเท่าๆกันแต่ก่อน ถ้าคนรวยมาที่ 100 ก็จะมีคนรวยเข้าก่อนตอนนี้มีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องบัตรคิวดี

ข้อดี เสียเงินน้อยไม่เสียเงินมาก กรณี สอ. ถ้าค่ายาไม่ถึง 30 บาท ก็จะเสียตามราคายาถ้าเกิน 30 บาท ก็จะเสีย 30 บาท กรณี รพ. จะเก็บ 30 บาท และตอนนี้แบ่งเขตพื้นที่ใหม่จะต้องไปขึ้นกับอนามัยบ้านเป้า ถ้าชาวบ้านพาลูกไปฉีดวัคซีนที่ รพ.ก็จะต่อว่าว่าทำไมไม่ไปที่สอ.เนื่องจากแบ่งเขตบริการแล้วกลัววัคซีนไม่พอ ข้อเสีย ได้ยาไม่สมควรอย่างเมื่อเดือนที่แล้วเป็นความดันสูงไปนอนที่ รพงเกือบ 1 ชั่วโมงแต่ได้ยา Para 10 เม็ดเท่านั้น มาถึงบ้านลูกบอกว่าจะไม่ชียาความดัน ได้ยาไม่ตรงกับโรค

เมื่อปีที่แล้วไปนอน 4 คืนก็ให้บริการดีแต่ให้ยาน้อยให้แค่ขวดเดียว ไม่ได้บอกเหตุผล ก็อยากให้เราถามเพิ่มมั่วแต่คุยกันก็เลยคิดว่าคุณหมอลองจะไม่บอกหรือก็เลยกลับบ้านแต่อยากรู้เหมือนกันว่ามีเหตุผลอะไร

โรคที่เป็นหนักอยู่แต่ให้ยาน้อยแต่ไม่กล้าถามคิดว่าหมอลองจะแนะนำให้พอดีกับโรคแต่เราก็ไม่รู้รายละเอียด

เรื่องการบริหารนี้ดีทั้งก่อนมีโครงการและหลังมีโครงการคือบริการดีตลอด มันสะดวกตอนกลางวัน (ตอนกลางวันใน รพ. กองบินต้องปลูกทหาร เพราะประตูทางนี้เขาปิด บางคนก็เลยไปก็ไปคลินิก ขอใบส่งตัวย้อนหลังก็ไม่ได้ ตอนกลางวันดีไปสะดวก กลางคืนไปไม่ได้ ปิด 20.00 น. เวลาป่วยมากก็ลำบาก บางครั้งการส่งต่อก็ไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็ว เพราะบางครั้งส่งมาแล้วหมอปลายทางก็ไม่รับ บางครั้งปวดมากก็ต้องไปคลินิก เสียเงินเหมือนเดิม คงสิแยมั่ โรงพยาบาลกะบ่ได้เงินพัฒนาโรงพยาบาล เขากะบ่มียากิน ไปโรงพยาบาลคือแต่ก็กะเสียเงินทีละ 100 บาท

ก่อนขีมีโครงการฯ เจ็บไข้ได้ป่วยขีข้อยากินเอง ส่วนหลายขีเป็นยาแผนโบราณหรือสมุนไพร แต่ถ้าอาการบดขีขีไปหาหมออนามัย หลังมีโครงการฯ เจ็บไข้ได้ป่วยขีไปหาหมออนามัย แต่ถ้าอาการบด

ผลกระทบจากการจำกัดเขตบริการ มันสะดวกตอนกลางวัน (ตอนกลางวันใน รพ. กองบินต้องปลูกทหาร เพราะประตูทางนี้เขาปิด บางคนก็เลยไปก็ไปคลินิก ขอใบส่งตัวย้อนหลังก็ไม่ได้ ตอนกลางวันดีไปสะดวก กลางคืนไปไม่ได้ ปิด 20.00 น. เวลาป่วยมากก็ลำบาก บางครั้งการส่งต่อก็ไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็ว เพราะบางครั้งส่งมาแล้วหมอปลายทางก็ไม่รับ บางครั้งปวดมากก็ต้องไปคลินิก เสียเงินเหมือนเดิม คงสิแยมั่ โรงพยาบาลกะบ่ได้เงินพัฒนาโรงพยาบาล เขากะบ่มียากิน ไปโรงพยาบาลคือแต่ก็กะเสียเงินทีละ 100 บาท

ก่อนขีมีโครงการฯ เจ็บไข้ได้ป่วยขีข้อยากินเอง ส่วนหลายขีเป็นยาแผนโบราณหรือสมุนไพร แต่ถ้าอาการบดขีขีไปหาหมออนามัย หลังมีโครงการฯ เจ็บไข้ได้ป่วยขีไปหาหมออนามัย แต่ถ้าอาการบดขีขีไปโรงพยาบาล หรือถ้าบ่สะดวกอีหลี คือ ทางไกล จุกเงินขีไปคลินิกแถวบ้าน และการใช้สิทธิจะใช้สิทธิที่บ่บอกในบัตร หรือขีจ่ายเองในกรณีขีไปรักษา นอกเขต หรือคลีนิค

ช่วยได้มากลดรายจ่ายเวลาเจ็บป่วยได้มากแทนที่จะได้เสียเงินมากก็เสียแค่ 30 บาท ประหยัดค่าใช้จ่ายเพราะแต่ก่อนเสียเงินครั้งละประมาณ 500 บาทถ้าเข้าไปรักษา รพ.ในเมือง 30 บาทดีกว่าเพราะถ้าเราไม่ได้เป็นอะไรก็ไม่ต้องเสียเงินแต่ถ้าโครงการบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท ป่วยหรือไม่ป่วยก็ต้องเสียเงิน 500 บาท แต่ช่วงแรกๆก็ไม่มีคนยอมรับเนื่องจากเข้าใจผิดคิดว่าจะต้องเสียเงิน 30 บาททุกครั้งขีไปรับบริการ ถ้าวันไหนไปรับบริการหลายครั้งจะเสียเงินหลายครั้ง ถ้าไม่มีโครงการ 30 บาท ขีไม่ได้ไป รพ.เพราะไม่มีเงิน "เจ็บขาหนึ่งกะบ่ไปใช้ขาหนึ่งกะบ่ไปเพราะมันบ่มีเงินกะบ่กล้าไป" ถ้าบ่มีบัตร 30 บาทแสงสิทุกข้กว่าเก่าทุกข้อีหลี มีโครงการ 30 บาท เจ็บขาหนึ่งกะบ่ไปได้มันบ่ได้เสียหลาย คู่มือนี้คนจนสามารถเข้าถึงการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลหลายชั้น บ่คือแต่ก็ สมัยแต่ก็ถ้าบ่เจ็บขนาดคางก่ายรถ กะขีปล่อยให้เขาเองหรือกะบ่ินหายากินเอง (ขี้อยา / สมุนไพร) เพราะว่ามันบ่มีเงิน คู่มือนี้เจ็บน้อยเจ็บหลายเสียขากันหมด คนจนกล้าไปหาหมอหลายชั้นผู้นำอภิปรายก็ดี แต่ฉันไม่มีเงินไปหาหมอ ถึงป่วยหน่อยก็ทนเอา ป่วยเล็กๆน้อยๆ ก็ได้จ่าย 30 บาท ไปหาหมอ บ่ได้เสียทีละหลาย

ถ้ามีบัตรทองแสงหลายกว่านั้น มีเงินไปถึง 100 กะไปหาหมอได้ ,แม่ใหญ่หมายไปฝากอหัง  
ชั้นเป็นคอฟกอกกะบ่ได้เสียหลาย บัตร 30 บาทก็ถูก ในที่นี้ถือว่าดีนะคะ แต่ก่อนนี้สมมติเป็นเล็ก  
น้อยก็ไม่กล้าไปเพราะว่าเสียเงินไขใหม่คะคุณหมอ อาจจะเสียเงินก็ไม่กล้าไปกินหยุกกินยาพื้น  
บ้านก็แล้วไป เดียวนี้เป็นนิดหน้อยก็รีบไปรักษาเพราะว่ามันเสีย 30 บาท คิดว่าดีอยู่คะ ต่างกัน  
เพราะเราได้ไปตรวจสุขภาพเรื่อยแต่ก่อนคนเราไม่ค่อยได้ไปหาหมอ ถ้าพูดถึงหมอกคนจะกลัว  
อยู่นะเดี๋ยวนี้สะดวกสบายหลายอย่าง การคมนาคมก็สะดวกทาง รพ.ก็ส่ง เจ้าหน้าที่ไปสำรวจ  
ตรวจสุขภาพทุกปี หรือ 6 เดือนก็ไป อย่างคนแก่ เมื่อหมอหรือเจ้าหน้าที่เคลื่อนที่ไปบ้าน  
อสม.หรือประธานอสม. ไปถามทุกข์สุขว่าช้อยปวดหัว แม่ปวดหัว ขอยาในจุดนั้นได้งายขึ้นมี  
ความสะดวกสบาย แต่ก่อนคนไป รพ.นี้ะกลัว ถ้าไม่เป็นมากจะไม่ค่อยไปพูดกันงายๆอาจจะ  
เรียกเป็น 100...200...300 แล้วแต่ตัวยา คนเป็นโรคแต่ละโรคไม่เหมือนกันตัวยากี่แพงไม่  
เหมือนกัน เดียวนี้จะไปตรวจเลือดเป็นเบาหวานก็แค่ 30 ก็ไปตรวจยังงี้นี่นา

อยากให้โครงการ30 บาทรักษาและให้ยาสมกับโรคไม่ไขให้แต่ยาแก้ปวด เจ็บ  
ท้องในกระเพาะก็ให้ยาแก้เจ็บท้อง เป็นความดันก็ให้ยาลดความดันไม่ไขเป็นล่าไส้ก็ให้ยาแก้  
กระเพาะ อยากได้ยาแก้ล่าไส้ ฉันมีโรคประจำตัวก็ต้องหยุดยา ไม่มีเงินไปรับยา ก่อนนี้ได้บัตร  
ฟรี แต่ปีนี้ไม่ได้รับบัตรฟรี เมื่อไม่ได้รับบัตรฟรีก็ไม่ได้ไปรับยา ต้องกินยา ประจำ แม่แต่ยาพารา  
10 เม็ด ก็ยัง 30 บาท ไปที่ไรก็ 30 บาทเลย แทบจะ ไม่อยากไปหาหมอเลยหละ ป่วยหน้อยก็  
ทนเอา ขนาดสบท้องจนไส้ แทบขาดก็ไม่กล้าไปเอายา กระเพาะจะร้วแล้วแต่ไม่กล้าไปเอา  
ยา ซ้อยยาพาราในหมู่บ้านกินทีละบาท สองบาท

เราไม่ได้ทำประกันเพราะถ้าเราเอาเงินมาทำประกัน ก็ขาดค่าใช้จ่ายในเรื่องอื่น ก็  
เลยไม่ได้ทำประกัน เพราะเงินเราไม่พอถ้าทำประกันก็ขาดเงิน ถ้าจำเป็นจริงๆที่จะต้องจ่ายให้  
มากกว่า เช่น 40-50 บาท ก็จ่ายได้ คิดว่าถ้ารักษาตัวเองต้องจ่ายได้

คิดว่าสุขภาพจะดีขึ้นในอนาคต เพราะบางโอกาสเราจะสงสัยในตัวเราเอง เอ๊ะ...  
เราเป็นโรคนั้นโรคนี่ เราก็รีบไปตรวจเพราะว่าเงิน 30 บาทนี้ ถึงไม่มีก็ต้องหา แค่ 30 บาท ก็  
พอหาได้ ยืมเอื้อยืมน้องก็ได้ เราจะรีบ  
แต่ก่อนท้อง เดมาอันนี้ (ลูก) ก็ไปตรวจเรื่อย มันเสียเงินถูกหลายก็เลยไปอยู่เรื่อย ว่าแต่ปวดหัว  
หน้อยหนึ่งก็ไป เป็นแผลหน้อยหนึ่งก็ไป ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกก็ไป ไปหมตตรวจเลือด  
ตรวจอะไรก็ไปหมด พอมาท้องเดมาอันนี้(ลูก) ก็เลยหยุดไป ไปตรวจตามหมอนัดถึงไป

มีบัตร 30 บาทนี้ดีนะไปรักษาที่โรงพยาบาลก็ดี ที่อนามัยก็ดี ดีกว่าบัตร 500  
บาท แต่ถ้าข้ามเขตก็ต้องเสียเงิน  
สถานีอนามัยที่อื่นอย่างฉันอยู่ที่นี่แล้วไปรักษาที่อื่นที่ไม่ใช่เขตของเราก็ต้องเสียเงิน

**ผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร**

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มบอกว่า ตอนนี้อยู่ไม่รู้ลึกถึงผลกระทบอะไร เพราะยังไม่เคยไปใช้  
บริการแต่ถ้าบัตรสามารถใช้ในกรุงเทพฯได้แล้ว ก็อยากจะลองไปใช้บริการดู ว่าเป็นยังไง เพราะ  
เคยได้ยินมาว่า ถ้าเป็นบัตร 30 บาท หมอไม่ค่อยสนใจ ใช้เพียงหุฟังมาจิม ำที่หน้าอก แล้วก็  
จ่ายยา พาราเซตามอลให้เท่านั้น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายของรัฐบาลนั้นทราบแต่เพียงว่า  
ทุกคนมีสิทธิเหมือนกัน คือ ถ้ามีบัตรก็ใช้ได้ จ่าย 30 บาททั้งคนจนคนรวย ซึ่ง ในกรณีของคน  
รายนั้นผู้ร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่าสิทธิใช้เหมือนกันไม่ควรแบ่งแยก แต่คนรวยจะไปใช้  
สิทธิหรือเปล่า และถ้าหากใช้บริการบัตรจริงก็คิดว่าเขาคงจะต้องจ่ายค่าห้องพิเศษเพิ่มอีกเพราะ  
เขามีเงิน สามารถซื้อความสะดวกสบายได้ แต่ถ้าจะต้องไปตัดสิทธิของคนรวยออกนั้น ก็ไม่มัน  
ใจว่าคนรวยเขาจะยินยอมหรือไม่

จากการสนทนากลุ่มถึงผลกระทบของโครงการฯ ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อมูลว่า ที่  
ผ่านมา ยังไม่ได้รับผลกระทบอะไร เพราะยังไม่เคยได้ใช้บริการและมีความเห็นว่า รัฐบาลน่าจะดู  
แลโครงการนี้ให้เกิดประโยชน์กับประชาชนโดยเฉพาะคนยากจน ส่วนการคิดค่าบริการหรือค่า  
รักษาพยาบาลแยกตามรายการต่างๆรายการละ 30บาทนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่า  
เป็นภาระสำหรับคนจนเหมือนกัน เพราะถ้าหากบางโรคมีขั้นตอนในการรักษามาก ก็หมายถึงว่า  
ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากตามไปด้วย



ส่วนที่จะมุ่งการรักษาไปที่คนจนนั้น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่เห็นด้วยเพราะ การจะ  
แยกว่าใครจน หรือรวยนั้น ทำได้ยากเพราะบางคนก็ไม่ได้เปิดเผยฐานะที่แท้จริง และมีผู้ร่วม  
สนทนาบางคนให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ถึงแม้รัฐบาลจะสามารถคัดกรอง คนจน คนรวยได้ แต่ก็  
ไม่เห็นด้วยถ้าจะเลือกให้บริการตามฐานะ เพราะบางครั้งคนที่มีความฐานะดีอาจจะเกิดปัญหาหรือติด  
ขัดด้านการเงินขึ้นมาจะหันหันได้เหมือนกัน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับความคิดและจิตสำนึกของคนรวย  
เองว่าจะใช้สิทธินั้นหรือไม่

"ไม่เห็นด้วย เพราะถ้าหากคนเขาขัดสนขึ้นมา ก็น่าเห็นใจ ขึ้นอยู่กับสำนึกของคนรวยว่า จะใช้  
สิทธิหรือไม่ เพราะบางคนเขาก็ไม่เปิดเผยฐานะ วัดกันไม่ได้ ถ้าเขาอยากใช้ ก็ให้เขาใช้ "

ผู้เข้าร่วมสนทนามีความเห็นที่ 2 คือโครงการนี้ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรคจริง เช่น  
โรคมะเร็ง หรือโรคที่ร้ายแรง คงไม่สามารถใช้สิทธิได้ หรืออาจจะได้รับการรักษาที่ไม่ดี และ  
ถ้าจะใช้นโยบายการรักษามุ่งไปเฉพาะคนจนเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสนทนา ก็ไม่เห็นด้วยเพราะคิด  
ว่า ฐานะของคนเรามีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในแต่ละครอบครัวก็  
ไม่แน่นอน ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ การจะดูว่าใครจนหรือรวยนั้นอาจจะมองจากภายนอก  
ได้ เช่น การแต่งตัว บุคลิกภาพ แต่ก็ไม่สามารถนำมาตัดสินได้ทั้งหมดดังนั้นจึงอยากให้การ  
รักษาและการใช้สิทธิมีอย่างเท่าเทียมกันทุกคน

"ไม่ต้องมาคนจน คนรวยหรอก ประชาชนมันเท่าเทียมกัน คนรวยบางคนเขาก็ใช้บางคนที่เขา  
ประหยัด "

จากการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลว่า มีผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนสังเกตว่า การที่มี  
โครงการ 30 บาทขึ้นมานั้นทำให้มีคนเข้าไปใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งทำให้คนที่มีความ  
จำเป็นที่จะต้องรักษาจริงๆ เสียเวลาไปด้วย

"ส่วนมากคนที่ไปโรงพยาบาลที่ไปใช้บัตร 30 บาทเนี่ย เป็นพวกคนมีดรงค์ ผู้ดีนะ เป็นอะไรนิด  
อะไรหน่อยก็ไปตรวจละ ทำให้โรงพยาบาลคนล้น"

"แฟนพูดนะว่า เป็นนิดๆ หน่อยๆ ก็ไป เพราะมันแค่ 30 บาท ถ้าไปคลินิก ก็ สองสามร้อยแล้ว คน  
ก็เลยหันไปโรงพยาบาลกันหมด ทำให้ล่าช้า "

และถ้าจะมีการรักษาพุ่งไปเฉพาะคนจนนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มบางคนเห็น  
ด้วยและเป็นเรื่องดี เพราะจำนวนคนที่ไปใช้บริการจะได้น้อยลง และคิดว่าคนที่มีความ  
ฐานะดีควรจะเสียสละให้กับคนจนบ้าง และมีผู้เข้าร่วมสนทนาบางคนไม่เห็นด้วย เนื่องจากมีความ  
เห็นว่าคนรวยอาจจะล้มละลายได้ และอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ คิดว่าคนรวยคงไม่มาใช้สิทธิทุกคน  
เพราะต้องการความสะดวกสบายในการรักษามากกว่านี้ ดังนั้นก็ไม่จำเป็นต้องตัดสิทธิใคร และ  
การที่จะบอกได้ว่าใครจนหรือรวยนั้นต้องทำการสำรวจ เพราะมองจากภายนอกก็ไม่สามารถรู้ได้

ผู้ร่วมสนทนา ให้ความเห็นว่า การที่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ระบุไว้ใน  
บัตร มีปัญหาพอสมควร เพราะไม่สะดวกในการเดินทาง แต่ถ้าจะไปรักษาที่คลินิกต้องเสียค่า  
รักษาพยาบาลจำนวนมาก และจาก นโยบายที่ว่า 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนา  
กลุ่มให้ความเห็นว่า ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรค เช่น โรคเอดส์ และโรคเกี่ยวกับช่องปาก ไม่  
สามารถใช้สิทธิบัตร 30 บาทได้ การมุ่งการรักษาให้เฉพาะคนจน ผู้เข้าร่วมสนทนาเห็นด้วยกับ  
นโยบายนี้ เพราะเห็นว่าตามปกติ คนรวยหรือคนที่ฐานะดี ก็ไม่ได้ใช้สิทธิอยู่แล้ว จึงอยากให้  
คนจนได้รับสิทธินี้เต็มที่

"ให้คนรวยเขาจะใช้หรือเปล่า เขามีเงินเขาก็ไปเอกชน ที่มันดีกว่า ส่วนคนจนมันไม่มีทางเลือก  
มันก็ต้องเอาไปใช้อยู่แล้ว เรามีบัตรไปไม่เสียดรงค์เราก็ดองเอา"

"อย่างเราไม่สบาย ถ้ามีดรงค์สักหน่อย ไม่ไหวร้าย ก็อยากไปคลินิกที่ว่าดีๆ หน่อย"

จากการสอบถามผลกระทบของโครงการที่มีต่อสุขภาพ ชุมชนฯ ผู้เข้าร่วม  
สนทนาส่วนใหญ่ เห็นว่า โครงการฯ นี้ไม่สามารถรักษาได้ทุกโรคจริง เพราะเคยอ่านข้อมูลที่โรง

พยาบาลที่ติดประกาศไว้ว่า มีโรคที่ยกเว้นที่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง เช่น โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้นจะใช้บริการไม่ได้

"เขาจะแปะเอาไว้ให้ไปอ่านเอาเอง เขาจะเขียนไว้ว่าโรคนี้อะไร เสียเท่าไร"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่า ถ้าสามารถเลือกโรงพยาบาลที่จะใช้บริการได้ คนในชุมชนส่วนใหญ่จะเลือกโรงพยาบาลเอกชน ที่อยู่ใกล้กับชุมชนเพราะทราบว่ามีบริการที่ดี สำหรับการมุ่งการรักษา ให้เฉพาะคนจนนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี แต่อาจจะมีปัญหาตรงที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่า คนไหนจน คนไหนรวย

"มันก็ดี ถ้าให้คนที่เขาไม่มีเงินจริงๆ แล้วเขาจะรู้ได้ไง ว่าคนไหนคนจน คนไหนรวย"

จากการสอบถามถึงผลกระทบของโครงการที่มีต่อสุขภาพ ชุมชน ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ต่างมีความเห็นตรงกันว่า การที่บัตร 30 บาท ระบุชื่อโรงพยาบาลในการรักษาไว้ นั้น ทำให้ไม่สามารถใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุข ซึ่งสะดวกสบายกว่าการไปโรงพยาบาลได้ ทำให้ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง ถ้าต้องการใช้บริการที่ศูนย์

"เมื่อก่อนผู้สูงอายุไปใช้บริการที่ศูนย์ ก็ไม่เสียเงิน แต่ตอนนี้เขาเปลี่ยนเป็นบัตร 30 บาท ศูนย์เขาก็ให้ไปโรงพยาบาล"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่า ถ้าหากสามารถเลือกสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลได้ จะเลือกโรงพยาบาลรัฐที่อยู่ใกล้กับชุมชน และที่เคยไปใช้บริการมาบ้างแล้ว เพราะจะเกิดความคุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีการบริการดี ๆ เช่น โรงพยาบาลรามมา โรงพยาบาลเดชา เป็นต้น

"ที่บ้าน จะมีบัตร 30 บาทหรือไม่ก็ไปรามาหมด เพราะคุ้นเคย"

"เขาบอกว่าเข้าของเอกชนจะดีกว่าของรัฐ เราก็ไม่รู้ละเพราะไม่เคยไปใช้"

จากนโยบายที่ว่า 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าไม่ เป็นความจริง อาจจะมีบางโรคที่ไม่สามารถใช้สิทธิ บัตร 30 บาทในการรักษาได้ เช่น โรคไต การทำศัลยกรรมตกแต่ง เพราะมีค่ารักษาที่สูง เพราะเคยเห็นที่ติดประกาศไว้ที่โรงพยาบาล

"เท่าที่ฟังๆ มันไม่จริงนะ "การศัลยกรรมตกแต่ง ไม่ได้ โรคอื่น ไม่รู้ แต่คิดว่าโรคไตไม่ได้ มันแพง"

"เคยเห็นที่โรงพยาบาลเขาเขียนว่า รักษาทุกโรค เอ็ดส์ก็ได้"

สำหรับนโยบายที่จะมุ่งการรักษาไปที่เฉพาะคนจนเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสนทนามีความคิดเห็นต่อนโยบายดังกล่าวว่า เป็นเรื่องที่ดีหากทำได้ แต่ในความเป็นจริงนั้นจะเป็นการยากในการที่จะแยกว่าใครเป็นคนจน หรือคนรวย ถ้าเป็นในชุมชนนี้อาจจะใช้วิธีสอบถามจากผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชนได้ แต่ก็ไม่สามารถตัดสินได้อย่างชัดเจนทั้งหมด ดังนั้น จึงอยากให้การบริการและการใช้สิทธิครอบคลุมทุกกลุ่ม และอีกเหตุผลหนึ่งไม่อยากจะแยกสิทธิการใช้บัตร ตามฐานะ เนื่องจาก เกรงว่าจะไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดี จากโรงพยาบาลถ้าหากเป็นคนจนเข้าไปใช้บริการ และคิดว่าคนที่ไม่มีเงิน ก็คงไม่ใช้สิทธินี้อยู่แล้ว

"ถ้าอยากทราบก็สอบถามจากผู้เข้าชมชนได้ หรือสอบถามจากคนในชมชนได้ ช่วยกันตรวจสอบได้ ดูจากการแต่งตัว แต่ก็ไม่แน่ ดูไม่ออก บอกไม่ถูก เพราะทุกคนก็มีบ้านอยู่ มีข้าวกินทั้งนั้น "

" เราไม่ต้องการให้แยกเป็นคนจนคนรวย เพราะถ้าเราไปแยกเป็นว่า คนนี้จน คนนี้รวยเนี่ย เมื่อไปโรงพยาบาล พวกพนักงานต้อนรับเมื่อเห็นเป็นคนจน จะไม่ยอมบริการคนจน เอาคนรวยไว้ก่อน "

" คนที่มีเงินเขามีเงินจ่ายพิเศษอยู่แล้ว ดังนั้นก็ไม่ต้องแยกสิทธิคนจนคนรวย "

" สิทธิของเขาที่เขาจะได้ เขาก็ต้องไปเอาใช้ไม่ใช้มันก็เรื่องของเขา "

" คนรวยเขาก็ไม่ใช้บัตร 30 บาทอยู่แล้ว ก็มีแต่พวกเราตามชมชนนี้แหละที่ใช้ "

ที่ผ่านมา ยังไม่มีผลกระทบอะไรที่ชัดเจนสำหรับคนในชมชน มีเพียง โรงพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตร นั้น (โรงพยาบาลเลิดสิน) อยู่ไกลจากชมชน ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก และถ้าหากว่าสามารถเลือกโรงพยาบาลในการรักษาได้ บางคนบอกว่า อยากเลือก โรงพยาบาลจุฬาฯ เพราะเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ มีแพทย์ที่มีความชำนาญเป็นจำนวนมาก และเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการรักษามีประสิทธิภาพ แต่ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ไม่ต้องการให้มีการระบุ โรงพยาบาลที่สามารถใช้บริการได้ อยากจะใช้บริการได้ในทุกโรงพยาบาล ตามความสะดวก และความสมัครใจ

" ที่ระบุไว้ในบัตร ก็ดี แต่อยากเปลี่ยนให้เป็นที่ใกล้บ้าน "

" ถ้าเป็นไปได้ ไม่อยากให้ระบุโรงพยาบาล เพราะว่าการเดินทาง การเจ็บป่วยมันเกิดขึ้นได้ ทุกที่ น่าจะใกล้ที่ไหนก็เข้าได้เลย "

สำหรับนโยบายการรักษา ที่จะมุ่งให้สิทธิเฉพาะคนจนนั้น ทางกลุ่มผู้มาร่วมสนทนา ให้ความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ถ้าหากสามารถปฏิบัติได้จริง ถือเป็นเรื่องที่ดี แต่คิดว่า การกำหนดว่าใครเป็นคนจน คนรวย นั้น ทำได้ยาก แม้แต่คนในชมชนเดียวกันก็ยังไม่บอกไม่ได้ทั้งหมด ว่าใครบ้างที่จน และใครบ้างที่รวย เพราะไม่มีเกณฑ์ในการตัดสิน แต่ละคน แต่ละครอบครัว มีภาระ ที่ต่างกัน ดังนั้น จึงมีความเห็นว่า ควรจะให้สิทธิ ทั้งคนจนและคนรวย แต่ใช้สิทธิ นั้น ก็แล้วแต่ ความจำเป็นและความสมัครใจของแต่ละ ซึ่ง คิดว่า คนที่มีฐานะดี หรือคนรวย คงไม่ใช้สิทธิบัตร 30 บาท ในการรักษา อย่างแน่นอน

" มันพูดไม่ถูกนะอย่างเราอยู่กันทุกวันนี้ ก็ไม่ใช่ว่ามี มีจ่ายค่าเช่าบ้าน มีใช้ มีกินอยู่ทุกวัน พอชนๆ เดือนเท่านั้นเอง ถ้าหากรวยมากกว่านี้ ก็คงไม่อยู่แถวนี้ "

" จริงๆ ถ้าเขาทำอย่างนั้นได้ ถ้าเขาสำรวจได้ ว่าใครจนใครรวยจริง มันก็น่าจะดี อยู่ที่วิธีการสำรวจของเขาด้วย ว่าเขาสำรวจได้ครบไหม "

" ก็น่าจะช่วยทั้ง 2 ฝ่ายแหละ เพราะมันแยกไม่ได้ รันนี้รวย ฟร่งนี้จนยังมีเลย "

" คนรวยที่ว่า นี้ จะเอารวยขนาดไหนล่ะ เพราะว่ามันมีหลายระดับนะและถ้าคนเขารวยจริง เขาคงไม่ใช่หรือบัตร 30 บาทเนี่ย คิดว่าเขาต้องมีพวกประกันชีวิตอะไรคุ้มครองชีวิตเขาอยู่ นอกจากคนที่มียรายได้ไม่พอกินนะแหละ เขาถึงมาใช้ 30 บาท " "ใช้ไม่ใช่อังใจ คิดว่าเขามีสิทธิ ก็ให้สิทธิเขาไป "

ที่ผ่านมา ผลกระทบที่คนในชุมชนส่วนใหญ่ได้รับ จากการใช้บริการบัตร 30 บาท คือ เรื่องการต้อนรับที่ไม่สุภาพของ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และ ไม่ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการรักษา

"บริการให้สุภาพหน่อย ไม่ใช่กระโชกโชกฮากใส่พวกเรา เห็นพวกเราจนแล้วทำเป็นไม่ต้อนรับ มันเสียความรู้สึกมากเลย"

"เขาคงเห็นว่า เสีย 30 บาท จะเอาอะไรอีก ประมาณเนี่ย"

"เอายาถูก ๆ มาให้เรา หรือยาไม่ถูกกับโรค เกรดต่ำๆ มาให้เรา"

"ถ้ายามันแพงเกิน 30 บาทเขาก็น่าจะคิดเพิ่มสักนิดหน่อย เพราะว่าขอให้ดีๆ หน่อย"

ถ้าหากจะมโนโยบาย ที่มุ่งการรักษา ให้เฉพาะคนจน เท่านั้น ทางกลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มใหญ่ไม่เห็นด้วย เนื่องจากว่า ไม่สามารถบอกได้ว่าใครเป็นคนจน หรือ คนรวยได้อย่างชัดเจน และไม่ทราบว่า ต้องจนหรือรวยระดับไหน ถึงจะสามารถใช้สิทธิได้ นอกจากนี้ มีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า คนที่ใช้บริการ บัตร 30 บาท นั้นส่วนใหญ่ จะเป็นคนจนอยู่แล้ว คนที่ฐานะดี หรือ พอจะมีเงินจ่ายค่ารักษาเอง คงไม่ใช้สิทธินี้ เพราะต้องการความสะดวกสบาย และ อาจจะไม่มั่นใจในบริการและการรักษา ถ้าหากใช้สิทธิ การรักษาด้วยบัตร 30 บาท

"มองลักษณะ ไม่ได้หรอก บางคนแต่งตัวไม่ดี แต่เงินเขามี มันก็มี "

" ถ้าเป็นคนรวยเขาก็ไม่เข้ามาเข้า 30 บาทหรอก แต่มันก็ไม่แน่เป็นบางคนไป แต่ถ้าเป็นคนจนก็ต้องไปพึ่ง 30 บาท "

" ไม่รู้สิ เรามองคนไม่ออก คนจนคนรวยก็แต่งตัวเหมือนกันหมด หน้าตาจะเสริมเติมแต่งอะไรก็ได้ "

"พวกเราก็เชื่อว่ามีย่อยๆ ต้องเข้าเขาอยู่ทุกวัน ทุกเดือน อย่างนี้ถือว่าจนไหม"

"คิดว่าเป็นคนรวยคนจน ก็น่าจะใช้ 30 บาทได้ด้วยกัน แต่ก็ต้องดูว่าคนรวย รวยมากแค่ไหน แต่ ก็ดูไม่ออกนะว่า คนรวยขนาดไหน ถึงจะให้ใช้หรือไม่ให้ใช้ มันมีหลายระดับด้วยนะ"

จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนามีความเห็นว่าการรักษาโดยใช้บัตร 30 บาท ทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางคนพูดจาไม่สุภาพกับคนไข้ และต้องรอคิวนาน แต่ถ้าโครงการฯ มุ่งการรักษาให้เฉพาะคนจนเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่า เป็นเรื่องที่ดี และเห็นด้วย เนื่องจากจำนวนคนไข้ที่ใช้สิทธิ จะได้ลดลง ไม่ต้องเสียเวลาในการรอคิวมาก แต่โรคที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก หรือยามีราคาแพง นั้นอยากจะให้ใช้สิทธิได้ทั้งคนจนและคนรวยเพราะเห็นว่า โรคเหล่านี้มีคนป่วยจำนวนมาก แต่ผู้เข้าร่วมสนทนาบางคน มีความเห็นว่า การจะแยกว่าใครเป็นคนจน คนรวย นั้น ทำได้ยาก และไม่มีเกณฑ์ในการตัดสินที่ชัดเจน แต่บางคนก็เห็นว่า คนจนก็คือคนที่ไม่มีกิน มีรายได้ต่อเดือนต่อครอบครัวไม่เกิน 4,000 บาท

"จะไปถามมาจากไหน ไปรู้มาจากไหน ว่าคนนี่จน คนนี่รวย"

"ก็คิดอะพี่ เวลาอาจจะได้ไม่ต้องรอนาน คนที่ไม่มีเงิน ไปนั่งรอเป็นวัน 2 วัน บางวันก็ยังรักษาไม่ได้ ยังต้องไปนั่งรอคิวอีก"

"คนรวยเขามีเงินแล้ว ยังจะมาหาอีก (มาใช้สิทธิบัตรฯ) เขาน่าจะเสียเงินได้ ไม่เหลือบ่ากว่าแรง"

"โรคที่แพงๆ น่าจะทั้ง 2 กลุ่ม(คนจนและคนรวย) คิดว่าโรคที่มันแพงๆ มันจะไม่เป็นกันทุกคน"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นถึงผลกระทบจากโครงการฯ ว่า การที่ระบุโรงพยาบาลในบัตร ทำให้ไม่สะดวกต่อประชาชนในการไปใช้บริการ เนื่องจากว่าโรงพยาบาลอยู่ไกลจากบ้าน ทำให้บางคนไม่ยอมไปใช้บริการถ้าไม่จำเป็น เพราะเสียเวลาในการเดินทางมาก และอีกประเด็นหนึ่ง คือ อาจจะถูกการปฏิเสธการใช้สิทธิจากโรงพยาบาลที่ไม่ได้ระบุไว้ในบัตรได้ ในกรณีที่เข้ารับรักษาแบบฉุกเฉิน ดังนั้น ถ้าหากเลือกโรงพยาบาลที่ระบุในบัตรได้เอง ผู้ร่วมสนทนา ส่วนใหญ่จึงอยากจะเลือก โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน แต่บางคน ก็ยังไม่มีข้อมูลในการตัดสินใจ

"ลูกชายเคยไปใช้ ก็ช่วงไม่มีตั้งค์ก็ต้องใช้ แต่มันต้องไปหาหมอไกล"

"บางโรงพยาบาลเขาก็ไม่ให้เข้าหรอก บัตร 30 บาทใช้ไม่ได้ อย่างคลอดลูกเจ็ย เราไปไม่ทัน เราฝากไว้ที่อื่นเรามีบัตร 30 บาทเราไม่เสีย เสียแค่ 30 บาท แต่เราเจ็บกะทันหัน เราไปโรงพยาบาลใกล้ๆ เรามีบัตร 30 บาท กส่วเขาไม่ให้เราเข้า หรือให้เราเข้าก็ต้องเสียเงิน"

"ถ้าเลือกได้ จะเลือก สิรินคร เพราะอยู่ใกล้"

สำหรับนโยบาย มุ่งการรักษาให้เฉพาะคนจน นั้น ทางกลุ่มผู้ร่วมสนทนา เห็นด้วยทุกคน

"มันน่าจะดี ก็คนรวยมันมีตั้งค์อยู่แล้ว จะไปช่วยทำไมคนรวย ถ้าจะช่วยก็ต้องช่วยคนจนจริงๆ"

และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ถ้าจะแบ่งหรือแยกว่า ใครเป็นคนจน ใครเป็นคนรวย นั้น สามารถทำได้ โดย ดูจากลักษณะงานที่ทำ และรายได้ ถ้ามีงานประจำที่มันคง และมีรายได้ต่อเดือนเป็นหลักหมื่นขึ้นไป ก็ถือว่าเป็นคนรวย ส่วนคนจน จะมีลักษณะ การทำงานในแบบหาเช้ากินค่ำ แต่ถ้าจะพิจารณาจากการแต่งตัว หรือ เครื่องประดับของแต่ละคน นั้น เห็นว่าไม่สามารถตัดสินได้อย่างชัดเจน เนื่องจากว่า คนจนบางคนก็ชอบแต่งตัว

"ของเขามันมีแน่นอนอยู่แล้วเงินเดือนประจำเดือนหนึ่งเป็นหมื่นๆ อย่างเราเดือนหนึ่งไม่ถึงหมื่นได้วันต่อวัน"

"การแต่งกาย เครื่องประดับนี้ มันบอกไม่ได้หรอก มันไม่แน่นอน บางคนเขาก็อยากมี หาเข้ากินค่าเขาก็มี ก็เก็บเงินซื้อ บางคนก็ซื้อเงินผ่อน"

"ยากนะ การแต่งตัวนี่ดูไม่ออก ดูไม่ได้ บางคน จนก็แต่งตัวเร็ด"

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า คนในชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจในโครงการนี้ว่า สามารถรักษาได้ทุกโรคจริงตามที่โฆษณาไว้หรือไม่ เพราะที่เคยได้เห็นจากข่าวในหนังสือพิมพ์ นั้น บางโรงพยาบาลไล่ให้คนไข้ไปรักษาที่อื่น ที่ผู้ป่วยใช้บัตร 30 บาทในการรักษา และในบางโรคมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หรือมีค่าอุปกรณ์เสริม ที่ราคาแพง ซึ่ง บัตร 30 บาท อาจจะครอบคลุมไม่ถึง ดังนั้น จึงเห็นว่า บัตร 30 บาท ใช้ได้กับการรักษาเพียงบางโรค ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น

"คิดว่า คงจะเป็นประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ที่จะครอบคลุมทั้งหมด"

"สมมติว่าเราไปรักษาด้วยอุบัติเหตุ คิดว่าเบื้องต้นเราอาจจะใช้บัตรได้ แต่ถ้ามีการผ่าตัดเพิ่มเติม มีการใช้อุปกรณ์เสริมเข้าไปพวกเหล็กตามข้างในพวกนี้ หรือมีการเปลี่ยนอวัยวะ มันจะคลุมได้มั๊ย ตรงนี้เรายังไม่มั่นใจเท่าไร"

"เขาพูดกันโครมๆ ว่า 30 บาท รักษาได้ทุกโรค แต่ไม่รู้ว่าเป็นหนักขึ้นมา เขาจะรักษาให้หรือเปล่า" "เหมือนที่หนังสือพิมพ์ลงข่าวเมื่อเร็วๆ นี้ ที่โรงพยาบาลลาดกระบัง ที่เขาไล่ให้ไปรักษาที่อื่น ขนาดเขามีบัตร 30 บาท นะ ที่เขาเป็นมะเร็ง "

"มันก็ช่วยได้ คือบัตร 30 บาท มีไว้ มันก็ให้อุ่นใจนิดหนึ่ง ตรงที่เวลาเด็กเป็นไข้เล็กๆ น้อยๆ อุ่นใจตรงนี้นิดเดียวเอง ดีกว่าไปหาหมอคสสินิค ร้อยกว่าบาท แต่สำหรับผู้ใหญ่ เมื่อป่วยหนักแล้ว ไม่มีความมั่นใจ"

สำหรับนโยบาย การมุ่งการรักษาให้เฉพาะคนจน นั้น ทางกลุ่มผู้ร่วมสนทนา เห็นด้วยทุกคน

"เห็นด้วยนะคะ"

"อันนี้ก็สมควรนะ ให้กับคนที่เขารายได้น้อย แล้วก็เมื่อให้กับเขาแล้ว ควรให้สิทธิเต็มที่ แล้วก็ให้มีใจเต็มร้อยด้วยเมื่อรับรักษาไม่ว่าจะเป็นหมอ พยาบาล หรือ ผู้ช่วย"

และการที่ตัดสินใจใครเป็นคนจน หรือคนรายนั้น อาจจะทำได้ยาก แต่ถ้าเป็นคนในชุมชนเดียวกัน ก็พอจะบอกได้ คือดูจากการแต่งตัว การใช้ชีวิต และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

"ดูยากนะ พุดยากมากๆ ส่วนมากคนจนเขาก็มีทองใสไข่มุก ก็ไม่รู้คนไหนจนคนไหนรวย"

"ถ้าเป็นคนในพื้นที่มันก็พอรู้ ก็ต้องดูการแต่งตัว ดูการกิน การอยู่ สถานที่ที่เขาอาศัยอยู่"

"สอบถามเพื่อนบ้านใกล้เคียงก็ได้"

จากการสอบถามถึงผลกระทบของโครงการที่มีผลต่อสุขภาพได้ข้อมูลว่า ตอนนี้อย่างไม่มีผลกระทบอะไร เนื่องจากบางคนยังไม่เคยไปใช้บริการผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับการมุ่งเน้นไปที่คนจน จากการสอบถามถึงวิธีไหนที่มองคนไหนจนคนไหนรวย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ควรดูที่ สภาพบ้านความเป็นอยู่คนจนต้องเช่าอยู่ การแต่งกาย รายได้ต่ำเป็นต้น เมื่อสอบถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในกรณีที่รัฐช่วยเราแล้ว เช่นโครงการ 30 บาท กองทุนหมู่บ้านแล้วเราคิดจะตอบแทนประเทศชาติอย่างไรผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่าจะไม่ติดยาเสพติดและจะทำให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอเนื่องจากไม่ต้องไปใช้บริการโครงการจะได้ประหยัดงบประมาณ

"ดูสภาพ ดูบ้าน ต้องเช่าเขาอยู่ คนรวยไม่ต้องเช่าไม่มีรายได้ มีรายได้หน่อย"

จากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ที่ผ่านมายังไม่ได้รับผลกระทบอะไร และคิดว่ารัฐบาลควรจะมุ่งเน้นการรักษาไปที่กลุ่มคนจน และคนที่มีรายได้น้อย และเห็นด้วย เนื่องจากคนรวยส่วนใหญ่ไม่ค่อยไปใช้บริการอยู่แล้ว เพราะว่าคนรวยมีเงินจ่ายค่ารักษา ในกรณีที่จะแยกใครจนหรือรายนั้นผู้เข้าร่วมสนทนาบอกว่า ไม่สามารถแยก ทำได้ยากมากซึ่งดูได้ยากมากบางคนก็ไม่ทราบฐานะที่แท้จริง

ส่วนในเรื่องที่จะตอบแทนรัฐ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ให้ในชุมชนได้รับการศึกษาที่ดีเพื่อที่จะได้มาตอบแทนทำงานช่วยเหลือรัฐได้ และอีกอย่างไม่ติดยาเสพติด ไปใช้สิทธิในการเลือกตั้ง

จากการสอบถามถึงผลกระทบของโครงการฯที่มีต่อสุขภาพ ชุมชน และสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ควรได้รับนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่า ตอนนี้อย่างไม่มีผลกระทบอะไร เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วมีคนที่ไปใช้บริการน้อยมาก ส่วนเรื่องการจำแนกว่าคนไหนเป็นคนจน คนรายนั้นไม่สามารถบอกได้เนื่องจากบางคนไม่รู้ฐานะที่แท้จริง

จากการสอบถามถึงการช่วยเหลือหรือตอบแทนรัฐอย่างไรบ้างนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อมูลว่า ทำแต่สิ่งดีๆ ทำตนเพื่อสังคม และให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อไม่ต้องไปใช้โครงการ 30 บาทจะได้ประหยัดค่าใช้จ่าย

จากสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่า โครงการนี้ยังไม่รู้ว่ามีผลกระทบอะไร เพราะโดยส่วนใหญ่ที่เคยไปใช้บริการให้ข้อมูลว่า ให้การบริการดี รวมทั้งการรักษา ส่วนในเรื่องการแยกแกว่าคนรวยหรือคนจนนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่า ควรจะดูจากที่อยู่อาศัย, รายได้น้อย, ที่อยู่อาศัยต้องเช่า และส่วนการที่จะมุ่งรักษาไปในกลุ่มคนจนนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ความเห็นว่า ควรจะให้เสมอกันไม่ว่าจะจนหรือรวย

จากการสอบถามถึงผลกระทบต่อโครงการฯที่มีต่อสุขภาพ ชุมชน และสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ควรได้รับ ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ความเห็นว่าไม่ได้รับผลกระทบอะไร เนื่องจากไม่ค่อยได้ไปใช้บริการ และการที่จะมองหรือแยกแกว่าใครจนหรือรายนั้น ไม่สามารถที่จะแยกได้ว่าคนไหนรวยหรือจนนั้น แต่ถ้ามองกันนั้นจะมองในเรื่องการมีน้ำใจมากกว่า และการที่จะมุ่งการรักษาไปในเฉพาะกลุ่มคนจนนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนาไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่า 30 บาทควรรักษาได้ทุกคน ไม่ควรแบ่งแยกแกว่าใครจนหรือรวย

จากที่ได้พูดคุยกันกับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความคิดเห็นว่า โครงการ 30 บาทนี้ ในความคิดเห็นส่วนใหญ่คิดว่ารักษาไม่ได้ทุกโรค เช่น โรคเอดส์ ส่วนการที่จะมุ่งการรักษาไปในกลุ่มคนจนนั้นผู้เข้าร่วมสนทนาส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ควรจะช่วยเหลือไม่ว่าจะจนหรือรวย เพราะทุกคนมีสิทธิเป็นของตัวเองมีเพียงบางคนเท่านั้นที่เห็นด้วย เนื่องจากว่าถ้าเลือกให้บริการเฉพาะคนจนจะทำให้คนจน ได้รับการบริการที่ดีขึ้นได้

ส่วนการจะเลือก หรือพิจารณา ว่าคนไหนจนหรือรายนั้น ผู้ร่วมสนทนามีความเห็นว่าจะตัดสินได้จากการแต่งกาย การศึกษาคือ ถ้าเป็นคนจนจะไม่ค่อยได้เรียน และการประกอบอาชีพ รวมถึงที่อยู่อาศัยด้วย

ผู้เข้าร่วมสนทนา เห็นว่า โครงการ 30 บาทฯ ยังไม่สามารถรักษาได้ครอบคลุมทุกโรค เช่นที่เกี่ยวกับเลือด หรือโรคที่ร้ายแรง หรือใช้ค่ารักษาที่แพง

และถ้าหากมีนโยบายการรักษามุ่งไปให้เฉพาะกลุ่มคนจนนั้น มีความคิดเห็นว่า น่าจะเจาะจงไปเลยจะดีกว่าว่าใครควรได้รับสิทธิบ้างเพราะไม่สามารถบอกได้ว่า ใครเป็นคนจนหรือรวยได้อย่างชัดเจน ส่วนการที่จะดูว่าคนไหนจนหรือรวย

"ถ้าจะดูได้จากการประกอบอาชีพ ไม่ว่าจะใหญ่โตหรือเล็ก แต่ถ้ายังมีหนี้ก็ยังคงถือว่าจนได้เหมือนกัน แต่ในขณะที่คนจนนั้น ถ้าเขาไม่มีหนี้แต่ก็ยังพอเลี้ยงชีพได้ พออยู่พอกินและไม่มีหนี้ก็ไม่ถือว่าจนได้เช่นกัน"

## ข้อเสนอแนะ

ประชาชนต้องการเลือกขึ้นทะเบียนเองถ้าทำได้ และไม่ยากให้มีการจำกัดสิทธิสามารถไปรักษาที่ใดก็ได้ต้องการขยายความครอบคลุมการรักษาทุกทุกโรค ต้องการประชาชนที่อพยพไปอยู่ต่างถิ่นใช้บัตรได้ง่าย เช่นไปทำงานที่ใดก็ให้ขอมาได้ ต้องการให้ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือก เมื่อญาติไม่สบายมาก

"อยากให้เลือกไปไหนก็ได้เพราะตอนนี้เวลาจะขอตัวไป รพ.ศูนย์ ก็ไม่อยากให้ไป แต่คนไข้เราคิดว่าเป็นมากแล้ว เจ้าหน้าที่ก็ขอดูอาการอีกก่อน ยังไม่ให้ไป อยากให้ง่ายขึ้นเลือกไปไหนก็ได้มีคนใส่เตียงแตกให้เห็นตายให้เห็นแล้ว " และถ้าเป็นไปได้คือขอให้รักษาที่ใดก็ได้เมื่อเจ็บหนัก

" รพ.ของรัฐอยากให้ไปไหนก็ได้หมดอยากให้เป็นแพทย์และมีบัตรทองอย่างนี้ดีแล้ว แพทย์มีแต่ให้รอคนป่วยจะไม่ไหวแล้ว "

สำหรับคนจนไม่ควรเสีย 30 บาท เนื่องจากหลายๆ ครั้ง ก็ไม่มีเงินให้โดยเฉพาะผู้สูงอายุอยากให้ระบุเป็นฟรีต่อไป ไม่ต้องจ่ายเงิน รายละเอียดในส่วนภูมิภาคมีดังต่อไปนี้

### ข้อเสนอแนะของประชาชนในส่วนภูมิภาค

1. กรณีเป็นคนต่างจังหวัดมาอยู่ในพื้นที่อยากให้มีสิทธิในการไปรับบริการสุขภาพเท่ากัน
2. การกำหนดเขตบริการ : มีปัญหาต่อการไปใช้บริการมาก ควรมีการปรับปรุงดังนี้  
กรณีฉุกเฉิน หรือเจ็บป่วยหนัก มีขั้นตอนการส่งต่อมากเกินไป ไม่สะดวกอยากให้สามารถไปรักษาที่ รพท./รพศ. ได้เลยไม่ต้องมีขั้นตอนมาก
3. การให้บริการ : อยากให้บริการรวดเร็วขึ้น มีแพทย์มาตรวจมากขึ้น คิดว่าอยากให้สิทธิคุ้มครอง เพราะคนนี้เป็นคนไม่มีบัตร เป็นคนดกหล่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีในทะเบียนบ้านเป็นคนต่างจังหวัดมาอยู่ในพื้นที่ ถ้าเมื่อไปใช้บริการ เขาอาจพูดไม่อยากได้ยื่นตั้งนี้ออกมาอยากให้ใช้สิทธิเทียบเท่ากัน เหมือนกันทุกคน

" สามัญชนเป็นหนักตอนนั้นเป็นโรคริดาไมนเคด้า หมอสดิฉันพาไป รพ.ใหญ่เลยไปถึงเขาให้ออกซิเจน หมอก้ให้ออน รพ.ฉันไม่ได้จ่ายเงินขอสงเคราะห์ก็ไม่ได้ เขาก้บอกอยู่ว่าฉันต้องได้จ่ายเงินเพราะผิดขั้นตอน ที่เห็นมีแต่ผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพให้ปีละ 1 ครั้งเป็นมานาน อยากให้มาตรวจเพิ่มปีละ 2 ครั้ง "

" อยากให้บริการให้เร็วขึ้น มีหมอหลายชั้น บางทีไปแต่เข้ายังอยู่คิว 50-60 ห้องตรวจกะให้มีเพิ่ม ,แยกตรวจโรค ,ฝากห้อง,เบาหวานแต่ละอย่างกันไป "

### ข้อเสนอแนะของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีข้อเสนอแนะต่อโครงการดังนี้

" ควรได้รับการบริการและการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีจากโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาลโดยไม่เลือกว่าเป็นการใช้บริการบัตร 30 บาทหรือไม่ "

" อยากให้หมอเขาดูแลเราดีๆ ไม่ใช่เห็น 30 บาทมาแล้วไม่สนใจ ให้พารา ก็ไม่เอา "

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการดังนี้

" ต้องการให้คิดค่าบริการในการรักษาพยาบาลรวมทั้งขั้นตอนของการรักษา เสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 30บาท และได้รับการรักษา การดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากโรงพยาบาล เพราะคิดว่าไม่มีใครอยากเจ็บป่วย และไม่อยากใช้บริการของโรงพยาบาลถ้าไม่มีความจำเป็น "

" เราไม่อยากเจ็บ ไม่อยากป่วย ไม่อยากใช้เงินของเขา เอาไว้เป็นส่วนที่คนที่เขาป่วยจริงๆ ไปใช้ส่วนนี้ "



" ควรให้การบริการที่ดีเช่น การพูดจาที่ไพเราะกับผู้ป่วย การตรวจและวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยไม่เลือกปฏิบัติตามฐานะ หรือดูที่การแต่งตัว "

ปรับปรุงในด้านการให้บริการ เช่น การต้อนรับ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่บางคนหน้าบึ้ง พูดจาไม่ไพเราะ และการจัดยาให้กับคนไข้ที่ใช้สิทธิบัตร 30 บาท ให้เหมือนกับคนไข้ทั่วไปที่จ่ายค่ารักษาเอง

จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะคือ ที่ผ่านมามีพบว่า จำนวนบุคลากรในการให้บริการในส่วนของ 30 บาทมีน้อย จากประสบการณ์ที่เคยไปใช้บริการมานั้น จะมีห้องแยกไว้ต่างหาก และมีหมอประจำอยู่ไม่เกิน 2 คน แต่มีคนไข้บริการนั้นเป็นจำนวนมาก จึงควรเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล ให้มากกว่า และควรใช้ยาที่มีคุณภาพดีในการรักษาเหมือนกับการรักษาที่ต้องจ่ายเงินเอง ส่วนการบริการด้านอื่นๆ นั้น คิดว่าตอนนี้ ดีขึ้นแล้ว เพราะตามโรงพยาบาลจะมีบัตรให้คนไข้และญาติ เขียนแสดงความคิดเห็นต่อหมอหรือพยาบาลได้ ซึ่งเมื่อหมอหรือพยาบาล บริการให้ดี ก็เคยเขียนชมเชยไปด้วย และที่ต้องการมากที่สุดคือ ต้องการเลือกโรงพยาบาลที่จะไปใช้บริการได้เอง อย่างน้อย 3 แห่ง

"จริงๆแล้วเรื่อง 30 บาท ทำถูกต้องแล้ว แต่ผิดตรงที่เลือกโรงพยาบาลไม่ได้"

จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้โครงการฯ สามารถใช้บริการที่ ศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้าน และคลินิกเอกชนได้ด้วย เนื่องจากอยู่ใกล้ บ้านสะดวกในการไปพบแพทย์ ส่วนเรื่องการให้บริการด้านอื่นๆ จาก แพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลนั้น ผู้เข้าร่วมสนทนาอยากให้มีการให้บริการแบบ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ถ้าคิดว่าถ้าหาก หมอ หรือพยาบาลเป็นผู้ป่วยเองแล้ว อยากจะได้รับการบริการอย่างไร นอกจากนี้ยังต้องการได้รับยาที่มีคุณภาพเหมือนกับการรักษาที่จ่ายค่ารักษาเอง

"จริงๆ แล้ว เรื่องบริการนี้ เราไม่ได้เรียกร้องให้บริการอะไรเรามากมาย ให้สนใจเราเหมือนเป็นญาติ หรือคิดว่าปฏิบัติดีดังใจกับเขาให้มีความรู้สึกที่ดี"

"อยากได้ยาเหมือนกับที่เสียตังค์ ไม่ต้องการยาที่ดีที่สุด แต่ก็ไม่ใช่ยาที่เอามากินแล้วไม่ได้ผล ตัวอย่างนั้นมันทำให้เรารู้สึกอยากเสียตังค์มากกว่า"

จากการสนทนากลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะ คือควรให้โรงพยาบาลมีการให้บริการที่ดีกับประชาชนทุกคน ที่ไปใช้สิทธิ 30 บาทโดยเฉพาะพยาบาลที่คัดกรองคนไข้ ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้มีการปรับปรุงในเรื่องการต้อนรับผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพราะปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่พูดจาไม่สุภาพกับคนไข้และญาติของคนไข้ และอีกเรื่องหนึ่ง ที่ต้องการให้ปรับปรุงคือ มีการแยกส่วนการบริการเฉพาะผู้สูงอายุออกมาจากคนไข้ทั่วไป เพราะที่ผ่านมามีผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติไปด้วยจะประสบปัญหาในการใช้บริการ ค่อนข้างเยอะ เช่น ต้องรอเป็นเวลานานๆ ซึ่งบางคนต้องไปใช้บริการตั้งแต่เช้าโดยที่ยังไม่ได้รับประทานอาหารเช้า บางคนจะมีอาการปวดปัสสาวะบ่อย แต่ห้องน้ำของโรงพยาบาลมักจะอยู่ไกลจากที่ นั่งรอรับบริการ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเดินไปมา ในระยะทางที่ไกล

"คนไข้ที่ไปเฝ้า เขาแยกไป ถ้าได้ยินคำพูดดีๆ ขึ้นมาเฝ้า คนไข้ก็จะมั่งก่าสังใจดีอีกหน่อย ถ้าไปเจอแหวดๆ ๗ ๗ คนไข้ก็จะทรุดลงกว่าเก่า "

"ที่ผู้สูงอายุไม่อยากไปโรงพยาบาลนะ เพราะว่าหมอรับคนไข้รวมกันหมดไม่ว่าจะเป็น 30 บาท บัตรประกันสุขภาพ ถ้าแยกได้ก็อยากให้แยก เพราะผู้สูงอายุบางคนไปตั้งแต่เช้า ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า บางคนเข้าห้องน้ำบ่อยและห้องน้ำโรงพยาบาลอยู่ไกล "

ความคิดเห็นจากผู้ร่วมสนทนา ส่วนใหญ่ อยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องของยา สำหรับคนไข้ที่ใช้สิทธิ 30 บาท ว่า ต้องการให้ตรงกับโรคเป็นด้วย ไม่ใช่ให้แต่ยาพื้นฐานทั่วไป เช่น พาราเซตามอล เท่านั้น ส่วนในเรื่องของการให้บริการด้านอื่นๆ นั้น บางคนเห็นว่าควรปรับปรุง ในเรื่องของการพูดจาของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้นด้วย แต่บางคนก็เห็นว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดการหงุดหงิดขึ้นได้บ้าง เพราะมีคนไข้ไปใช้บริการจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องน่าเห็นใจสำหรับผู้ให้บริการ และไม่จำเป็นต้องปรับปรุงในเรื่องนี้

"ถ้าพยาบาลพูดเพราะ บริการก็ดี เราก็คอบนะ"

"คนมันเยอะ มันก็เป็นของธรรมดาที่จะหงุดหงิดขี้มัย ถ้าเสียพูดกันไม่รู้เรื่องมันก็เป็นของธรรมดา เราก็คงไม่อยากไปถือสาเขา"

"เรื่องพวกนี้ไม่ต้องปรับปรุงก็ได้ ให้มันอยู่ตามธรรมชาติของมันเถอะ"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะ คือ ควรให้โครงการฯ ปรับปรุงการให้ยาที่มีคุณภาพทัดเทียมกับการรักษา ที่ไม่ได้ใช้สิทธิ และการต้อนรับ การพูดจาที่สุภาพ จากเจ้าหน้าที่ และพยาบาล มีการอธิบายถึง กฎเกณฑ์หรือ ระเบียบ วิธีการและบริการที่จะได้รับจากการใช้สิทธิบัตร 30 บาท ให้คนไข้ได้ทราบด้วย

"เขาไม่ยอมอธิบายอะไรให้เข้าใจเลย ว่าการใช้บริการ 30 บาท ต้องเป็นยังไงบ้าง เขาพูดแบบไม่ต้อนรับเลย "

"ตัวยาที่ไม่ดีเอามาให้คนที่จนนะ มันไม่เท่าเทียมกับคนรวย เพราะถ้ากินเข้าไปแล้วไม่หายเขาก็ ต้องมาหาหมออีก ไข้ไหม "

นอกจากนี้ ยังเห็นว่า การไปใช้สิทธิ เฉพาะเมื่อมีอาการป่วยหนัก และซื้อยามากินเองเมื่อมีการป่วยเพียงเล็กน้อยหรือมีอาการไม่รุนแรง ก็ถือว่าเป็นการช่วยเหลือประเทศอีกทางหนึ่งเหมือนกัน เพราะทำให้รัฐไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณ ในการรักษา เกินความจำเป็น

"การไม่ทำให้รัฐเสียเงิน เสียค่ารักษาไข้ไหม คิดว่ามันก็มีส่วน ไม่ใช่ว่านิดหน่อยก็วิ่งไปหาหมอ 30 บาท ซื้อยาเองก็ได้ "

"ก็คือประหยัดให้เขา อันไหนที่เราไม่เหมาะสมจริงๆ ไม่ได้จริงจริงๆ ก็จะไม่ไปหาหมอ "

"ถ้ากินยาเอง เกิน 3 วัน ไม่หาย ไม่มีอะไรดีขึ้น เราก็คงหาหมอ "

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการว่า ให้มีการบริการที่ดีกว่าปัจจุบัน ทั้งในเรื่องของการรักษา การต้อนรับ การพูดจาของพยาบาล ให้เหมือนกับการให้บริการกับ คนที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง

"ให้บริการดีๆ หน่อย เอาบริการให้เหมือนคนเสียเงิน เราก็คงเสียให้เหมือนกัน แต่เราเสียน้อยเท่านั้นเอง"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะดังนี้คือ ควรให้โครงการฯ มีการปรับปรุงในเรื่องของการรักษาพยาบาล กรณีฉุกเฉินให้สามารถใช้บริการโดยใช้สิทธิบัตร 30 บาท ได้ในทุกโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นโรคทั่วไปให้ไปใช้สิทธิตามโรงพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรเหมือนเดิม และผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อมูลว่าการที่ดูแลรักษาสุขภาพของตัวเองให้แข็งแรง ก็ถือว่าการช่วยรัฐอีกทางหนึ่ง เพราะ รัฐจะได้ไม่ต้องเสียงบประมาณ มารักษาประชาชนมาก

"ถ้าฉุกเฉินให้เข้าที่ใกล้ๆ ได้"

"เวลาเราเป็นอะไรบีบบีบ อยากให้เข้าได้ทุกโรงพยาบาล เอาเฉพาะฉุกเฉิน ถ้าป่วยทั่วไป ก็ใช้ตามบัตร" "ถือเป็นการช่วยอย่างหนึ่งเหมือนกัน คือไม่ให้รัฐเสียค่าใช้จ่าย"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ กล่าวคือ ให้โครงการฯ มีการปรับปรุง ในด้านการต้อนรับ การดูแลคนไข้ และพยาบาลให้บริการดียิ่งขึ้น ปรับปรุงคุณภาพของยาให้มีประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้มีการขยายเวลาการใช้สิทธิบัตร 30 บาทในการรักษาโรค หรืออาการป่วยที่ไม่ฉุกเฉินออกไปอีก และให้มีการชี้แจงรายละเอียด ถึงสิทธิการรักษาว่าครอบคลุมโรคอะไรบ้าง เพราะที่ผ่านมา ไม่ค่อยมีใครทราบ หรือถ้าต้องการทราบก็ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาลก่อน จึงจะได้รับแจกเอกสาร ส่วนคนที่ไม่เคยไปโรงพยาบาลก็จะไม่ได้รับ

"เปลี่ยนแปลงนิสัยของนางพยาบาล บางทีเขาไม่ค่อยทศแคร์เท่าไร แล้วก็เรื่องด้วยว่า เรื่องเวลาในการรักษา น่าจะขยายออกไป ยากให้มันเสมอภาคเหมือนกับคนมีดั่งค์"

"รายละเอียดที่มันครอบคลุมทุกโรคเนี่ย ให้มันชัดเจนมากกว่านี้ แค่นี้ๆ คนเขาคิดว่ารักษาได้ แต่พอไปจริงๆ แล้วมันไม่ได้"

"ต้องไปที่โรงพยาบาลก่อนถึงจะได้ (เอกสารชี้แจงรายละเอียด) แกวนี่เขาไม่มีชี้แจงอะไรเลย นอกแต่ว่า 30 บาท ไปรักษาที่ไหนเท่านั้น"

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ กล่าวคือ ต้องการให้ปรับปรุงในเรื่องการบริการให้รวดเร็วมากกว่านี้ ซึ่งการบริการรักษาควรให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาบางโรงพยาบาลต้องรอนาน บางโรงพยาบาลหมอมานให้บริการช้า

จากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ คือ ควรให้บัตร 30 บาทใช้ได้ทุกโรงพยาบาล กล่าวคือในบัตรไม่ต้องระบุโรงพยาบาล หรือกำหนดเขตให้ใช้ได้เหมือนบัตรประจำตัวประชาชน

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ กล่าวคือ ปรับปรุงในเรื่องการบริการให้รวดเร็วมากกว่านี้ ซึ่งบางครั้งไปรับบริการใช้เวลานานมากเสียเวลา

จากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ ว่าควรให้รักษาให้เท่าเทียมกัน และได้ทุกโรค และควรให้รัฐบาลช่วยในเรื่องค่ารักษาโรคที่ใช้จ่ายแพง เช่น โรคไต, มะเร็ง

ผู้เข้าร่วมสนทนาให้ข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ คือ ในเรื่องการบริการควรปรับปรุงบุคลากรในการพูดจา และคุณภาพการรักษาโรคควรให้ยาที่มีคุณภาพไม่ควรแบ่งแยก

"ไม่ใช่ให้ยาที่ไม่ดีหรือให้ยาที่หมดอายุมาให้เราหรือให้ประชาชนกิน และในกรณีที่ไม่ไปตาม ร.พ. ก็อยากให้ผู้เจ้าหน้าที่พูดจาให้ดีหน่อยก็แล้วกัน"

ผู้เข้าร่วมสนทนาอยากจะให้มีการบริการที่ดี เช่น ควรลดขั้นตอนในการติดต่อลง เพราะที่ผ่านมา ต้องติดต่อเจ้าหน้าที่หลายห้อง หลายโต๊ะ ทำให้เสียเวลาไปมาก และ ต้องการความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจมากกว่าปัจจุบัน ที่ต้องใช้เวลาในการรอคิวเป็นเวลานาน

ส่วนในการที่จะตอบแทนรัฐ ตอบแทนชุมชน ผู้ร่วมสนทนาคิดว่าให้ช่วยกันทำความดี ไม่ขายยาเสพติด และให้ช่วยกันทำความดีให้แก่ชุมชน ครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน และสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

ผู้เข้าร่วมสนทนา มีข้อเสนอแนะ ต้องการให้ใช้บัตรได้ในทุกโรงพยาบาล โดยไม่มีการกำหนดเวลาในการใช้บัตร และสามารถรักษาได้ทุกโรคจริงๆ นอกจากนี้ ยังได้มีความคิด

เห็นเพิ่มเติมว่า การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เป็นการตอบแทนประเทศชาติอีกรูปหนึ่ง ที่คนทั่วไปสามารถทำได้ เพราะเป็นการลดภาระของโรงพยาบาลทั้งในการบริการและงบประมาณในการรักษา

"ต้องรักษาสุขภาพให้ดี เพื่อไม่ต้องใช้ 30 บาทให้เยอะ เพราะว่าเป็นไปไม่ได้ว่าโรคหนึ่ง 30 บาท ต้องหลักร้อยชิ้น แต่ส่วนที่เหลือรัฐต้องออกให้"

"คนในชุมชนสุขภาพต้องแข็งแรงทั้งชุมชน หรือว่าชุมชนต้องสะอาด ทำให้คนในชุมชนไม่ต้องไปใช้ 30 บาท ทำให้รัฐได้เอาเงินส่วนที่เหลือจากนี้ไปทำอย่างอื่นได้อีก"

#### 4. ถ้ารัฐบาลไม่สามารถให้สิทธิการรักษาครอบคลุมทุกโรคทุกคน - ดังนั้นนโยบายควรมุ่งไปที่คนจนเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ผลกระทบในปัจจุบันสำหรับผู้ประสบการณในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนคือ การคอยคิวยาว เนื่องจากจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น ขั้นตอนการรับบริการยุ่งยากทั้งในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร นโยบายที่ควรมุ่งไปที่คนจนส่วนมากประชาชนเห็นด้วยโดยเฉพาะเมืองงบประมาณมีจำนวนจำกัดเนื่องจากคนรวยสามารถที่จะจ่ายเองได้อยู่แล้ว แต่มีข้อจำกัดที่จะใช้เกณฑ์และวิธีการในการค้นหาคนจนอย่างไร เมื่อไม่มั่นใจในการตัดสินใจใครจนใครรวยก็เลยคิดว่าน่าจะให้เท่าๆ กัน โดยคนจนคิดว่าคนรวยมักจะไม่น่ามาใช้บริการหรือเมื่อมาใช้บริการส่วนใหญ่ก็จะใช้ห้องพิเศษ และจากการที่ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่มาใช้บริการจะมาใช้ต่อเมื่อเจ็บป่วยหนัก จึงเห็นว่าโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงน่าจะเป็นโรคที่ทุกคนทั้งคนจนและคนรวยมีโอกาสเท่าๆ กันในการใช้บริการ

ให้คนจนมากกว่า คนรวย รวยอยู่แล้วไม่ต้องให้เพราะเขามีเงินจ่ายได้ อยากให้ช่วยทั้งคนจนและคนรวยแต่ให้ช่วยคนจนก่อนจะดีแต่บางครั้งคนรวยอาจจนได้ ก็น่าจะช่วยให้เหมือนกัน

น่าจะให้คนจนมากกว่า เพราะคนจนมีจำนวนมากกว่าคนรวย น่าจะให้กับทุกคนแต่ให้ช่วยคนจนจริง ๆ ก่อน เพราะไม่มีเงินจริง ๆ ลำพังจะกินจะใช้ไปวัน ๆ ยังหาแทบไม่มีอยู่แล้ว

ให้รักษาเท่าเทียมกันทุกคน เสียเท่ากันทุกคน แค่ 30 บาทเองหาได้ก็ถือว่าช่วยรัฐบาลบ้าง แต่ถ้าไม่มีจริง ๆ ก็ไปหาสังคมสงเคราะห์ให้ช่วยก็ได้

น่าจะเสมอภาคกัน ให้กันทุกคนทั้งคนจนและคนรวย เพราะเป็นคนไทยทุกคนส่วนมากคิดว่าคนรวย ก็ควรจะได้รับบัตรทองเท่าเทียมกัน เพราะไม่แน่อาจจะมีจนแล้วรวยหรือรวยแล้วมาจนก็เป็นได้

ส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยที่จะให้สิทธิเฉพาะคนจน คนรวยไม่ต้องให้ เพราะเขามีเงินจ่ายค่ารักษาอยู่แล้ว

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่สิทธิดังกล่าวควรมุ่งไปที่คนจน เนื่องจากคนรวยสามารถที่จะช่วยตัวเองได้ระดับหนึ่ง ไม่เหมือนกลุ่มคนจน เหตุผลที่พูดคุยมามากที่สุด คือ ค่าครองชีพเพิ่มขึ้นสูงมาก ของกินของใช้จำเป็นแพงขึ้นมาก เช่น แก๊สหุงต้มขึ้นราคาตั้ง 3 ครั้งแล้ว ในขณะที่ค่าแรงยังเท่าเดิม ไข่แต่เดิมมีเงิน 5 บาทซื้อได้ 2 ฟอง ปัจจุบันซื้อได้แค่ฟองเดียว ค่ารถเวลาไปโรงพยาบาลอย่างน้อยไปกลับตกในราว 100 บาท การจ้างงานก็น้อยลง คนในบ้านหารายได้ลดลง เนื่องจากบางคนป่วย หรือ พิกการ ทำให้มีภาระต้องเลี้ยงดูคนในบ้านเพิ่มขึ้น

อยากให้รักษาทุกโรคเหมือนโฆษณา อยากให้คนจน คนรวยมีสิทธิเท่า ๆ กัน  
ถ้าบจำกัด ควรมีนโยบายมุ่งไปที่คนจนมากกว่าคนรวย

ช่วยบริจาคในตู้บริจาค ของ รพ. ช่วยพัฒนาหมู่บ้าน ความสะอาด การรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อใน ชุมชน ช่วยดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีประโยชน์

คนจนควรจะได้รับสิทธิมากกว่าคนรวยในกรณีมีงบจำกัด  
อยากให้ 30 บาทคุ้มครองได้ทุกโรคจริง ๆ รวมทั้งอุบัติเหตุ  
คนจนที่เป็นคนแก่อยากให้มีเงินช่วยเหลือเดือนละ 100-200 บาท  
อยากให้มีสิทธิเท่ากันทั้งคนจนคนรวย รวมทั้งดูแลคนพิการ  
คนรวยไม่ควรมีสิทธิที่จะจ่ายค่ารักษาเอง เพราะเขาจ่ายเองได้  
อยากให้ครอบคลุมทุกโรคจริง ๆ ไม่มียกเว้นไปรับบริการที่ไหนก็ได้  
อยากให้มีสิทธิเท่า ๆ กันทั้งคนจนคนรวย  
คนจนไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ควรดูแลคนจนมากกว่าคนรวย

## 5. ศักยภาพของคนจนจะช่วยเหลือนตนเอง ชุมชน ประเทศชาติได้ อย่างไร

### การช่วยเหลือนตนเอง ชุมชน ประเทศชาติ

มีทั้งมีความสามารถและไม่มีความสามารถในการช่วยเหลือนตนเอง ชุมชน และ  
ประเทศชาติบางคนมองไม่ออกว่าจะช่วยอะไร การช่วยเหลือนชุมชนและประเทศชาติ ผู้ร่วม  
สนทนาเห็นว่า คนจนไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ เพราะลำพังตัวเองก็เอาตัวไม่รอด ต้องช่วย  
เหลือนตนเองก่อน ในความเห็นที่สามารถช่วยได้มีดังต่อไปนี้

1. การช่วยเหลือนตนเอง ผู้ร่วมสนทนาต้องช่วยเหลือนตนเองโดยการรับจ้างไปวันๆ  
แต่ขอทุนทำกินและช่วยปลดหนี้ให้และจะตั้งใจทำมาหากินต่อไป

ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ดูแลสุขภาพ เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ดูแลตนเอง ช่วย  
เหลือนด้านสุขภาพ โดยการดูแลตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีประโยชน์  
ช่วยด้านแรงงาน บริจาคเลือด

การช่วยเหลือนตนเอง คือการทำงาน คนวัยหนุ่มสาวก็ทำงานได้ แต่คนที่ทำงาน  
ไม่ได้ก็แย่งๆ การไม่สร้างหนี้

การช่วยเหลือนตนเอง คือการทำทุกรูปแบบ รับจ้าง ทำทุกอย่างไม่ท้อ ไม่ขี้เกียจ  
เพื่อที่จะดีขึ้น และเอาเงินมาจุนเจือครอบครัว

การช่วยเหลือนตนเอง คือการรับจ้างทำงาน

การช่วยเหลือนตนเองได้แก่ การรับจ้างทำงานไปวันๆ จะได้มีเงินสม่ำเสมอ

การช่วยเหลือนตนเองคือ ต้องการทำงาน มีทุนในการประกอบอาชีพส่วนตัวเพื่อจะ  
ได้มีเงินเก็บออมบ้าง

การช่วยเหลือนตนเอง ต้องดิ้นรนทำมาหากิน บางรายไม่ได้คิดเพราะเลี้ยงลูก  
อย่างเดียว รายที่เป็นผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือนตนเองได้แล้วแต่ยังมีความหวังว่ารอลูก  
หลานเติบโตจะได้ช่วยเลี้ยงดูบ้าง

การช่วยเหลือนตนเองคือ การพยายามขยันหากิน การช่วยเหลือนกันในกลุ่มไม่มี  
เนื่องจากต้องช่วยเหลือนตนเองก่อน

การช่วยเหลือนตนเอง ส่วนใหญ่ช่วยเหลือนตนเองไม่ได้ บางรายช่วยเหลือนตนเอง  
ไม่ได้แล้วเพราะอายุมากไม่สามารถทำงานรับจ้างได้แล้ว บางรายมีภาระต้องดูแลคนชราที่บ้าน  
จึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือนตัวเองให้ดีขึ้นได้ บางรายต้องการค้าขายเพื่อช่วยเหลือนตนเอง

การช่วยเหลือนตนเอง คือ การประกอบอาชีพด้วยตนเอง เช่นการทำกล้วย จักสาน  
รับจ้าง

การช่วยเหลือนตนเอง คือ ต้องมีงานทำจึงต้องช่วยเหลือนตนเองได้การทำอาชีพ  
เสริมจะทำให้รายได้เพิ่ม แต่พบปัญหาค่าแรงถูกระยะเวลานานเช่นการตัดดาปอกระสา  
การคิดใบมะม่วงโดยแยกออกจากกัน ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าควรเพิ่มค่าแรงในอาชีพเสริม

การช่วยเหลือนตนเอง คือ การทำงานเพื่อหากินไปวันๆ เวลาเจ็บป่วยต้องรีบรักษา  
เพื่อไม่ให้เป็นมาซิ่น การดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองให้ดี เพราะเราเจ็บป่วยไม่ต้องเสียเงิน โรงพยาบาลต้องเป็นคนจ่ายเงิน ถ้าโรงพยาบาลไม่ได้จ่ายเงินโรงพยาบาลจะมีเงินเหลือเอาไปช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่น

การช่วยเหลือตนเองคือ การรับจ้างทำงานต่อไปเพราะไม่มีที่ทำกิน ช่วยได้แต่ก็ช่วยได้ไม่มาก ก็เสียเงินให้ 30 บาท ในการรักษาโรค ทำมาหากินในอาชีพสุจริต และเสียภาษีให้รัฐบาล  
ตอบไม่ถูกไม่รู้ว่าจะช่วยได้อย่างไร ก็ได้แต่ทำตัวเองไม่ให้เป็นการมากแก่สังคมและประเทศชาติเท่านั้นเอง  
คิดว่าช่วยทำมาหากินในอาชีพสุจริต เสียภาษีให้รัฐบาล และดูแลสุขภาพให้แข็งแรงจะได้ไม่เป็นภาระให้กับประเทศชาติ  
ช่วยด้วยการหยอดลงตู้บริจาคที่โรงพยาบาล แล้วดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง

2. การช่วยเหลือชุมชน คือการแบ่งปันกันกิน ให้ยืมเงินจำนวนเล็กน้อยเวลาเดือดร้อน ผู้ร่วมสนทนาสวนใหญ่เห็นว่าคนจนช่วยเหลือได้เฉพาะตนเอง  
ช่วยกิจกรรมพัฒนาชุมชน เช่น ถางหญ้า ทำถนน ขุดคลอง ทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคม ช่วยเหลืองานชุมชน สังคม ช่วยด้วยน้ำใจเสียสละ  
บริจาคที่ตู้บริจาค ของ รพ. การรวมกลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์หมู่บ้าน  
เป็นอาสาสมัครดูแลด้านยาเสพติดโดยไม่มีเงินเดือน  
ช่วยพัฒนา หมู่บ้านด้านสาธารณสุข เช่น ทำความสะอาด รมรงค์โรคไข้เลือดออก

การช่วยเหลือชุมชน คือการพัฒนาหมู่บ้าน สิ่งแวดล้อม ต่อด้านยาเสพติด การรวมกลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์หมู่บ้านหลังคาเรือนละ 100บาท จำกัดสมาชิกครัวเรือนๆละ 5 คน ถ้าเกินนี้คิด 20 บาทต่อคน ถ้าเสียชีวิตได้เงิน 13,000 บาท ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าเมื่อเสียชีวิตจะได้ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เป็นผลดีต่อสุขภาพมีส่วนช่วยเหลือตนเองและครอบครัวและชุมชน

การช่วยเหลือชุมชน ผู้ร่วมสนทนามีความต้องการรวมกลุ่มกันทำอาชีพเสริม เพื่อให้มีรายได้และมั่งคั่งทำในหมู่บ้าน และต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือด้านทุนเพื่อการประกอบอาชีพและหาตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ คิดว่าเป็นไปไม่ได้เพราะกลุ่มคนจนเป็นคนกลุ่มน้อย การช่วยเหลือของรัฐบาลคงเข้าไม่ถึงคนจนแต่ก็อยากให้เป็นไปได้

การช่วยเหลือกันในชุมชนคือ การบอกข่าวสารการจ้างงานต่อกัน เช่นการรับจ้างตัดอ้อย ทำให้กลุ่มคนยากจนมีรายได้เพิ่มมากขึ้นเป็นการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม

การช่วยเหลือชุมชน คือ การช่วยเหลือดูแลกัน เมื่อเจ็บป่วยช่วยพาส่งโรงพยาบาล การรวมกลุ่มทำฅาปนกิจสงเคราะห์หมู่บ้าน

การช่วยเหลือชุมชน คือการช่วยกันดูแลเวลาเจ็บป่วย

การช่วยเหลือชุมชน ส่วนใหญ่ช่วยเหลือกันในเรื่องการทำนุญงานบวชพระ แต่งงาน บวชภาค ต้องหยุดงานเพื่อไปช่วยงานเพื่อไปช่วยงาน สาเหตุเพราะ เมื่อเมื่อยามเราเจ็บป่วยจะได้พึ่งพากันในชุมชน

การช่วยเหลือชุมชนคือ ไม่ได้ช่วยอะไรมากก็ได้แต่ไปมาหาสู่กัน

การช่วยเหลือชุมชน คือการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน โดยเพื่อนช่วยเพื่อน ด้วยการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน มีการพึ่งกันเมื่อยามเจ็บป่วยแต่ให้ยืมเงินกันไม่ได้เพราะไม่มีเงิน

การช่วยเหลือชุมชน คือการพึ่งพากันในยามเจ็บป่วยได้แก่การไปเฝ้าไข้กันระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แบ่งยาให้รับประทานได้ แต่ให้พาไปโรงพยาบาลไม่ได้เพราะไม่มีรถ ไม่มีเงิน ช่วยพัฒนาหมู่บ้าน ช่วยรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก

การช่วยเหลือชุมชน คือ การช่วยกันเมื่อมีงานบุญ งานบวชพระงานศพ ทำให้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยกัน สังคมกัน การทำอาชีพในกลุ่มแม่บ้าน

การช่วยเหลือชุมชน คือ การช่วยเหลือ เรื่องเป็นเรื่องตาย โดยการรวมกลุ่ม  
อาสาสมัครในหมู่บ้านศพละ 20 บาท สามารถจ่ายได้เพราะเป็นการช่วยเหลือกัน  
ในชุมชน แต่มีคน  
จนบางส่วนไม่ได้เข้ากลุ่มเนื่องจากไม่มีเงินค่าสมาชิกแรกเข้า จำนวน 500 บาท  
บางรายเคยเข้า  
เป็นสมาชิกแต่ต้องออกจากการเป็นสมาชิกเพราะไม่มีเงินจ่าย การช่วยเหลือ  
เมื่อยามเจ็บป่วย  
ช่วยกันเฝ้าไข้ ไปเยี่ยมเยียนกันเมื่อยามเจ็บป่วย

การช่วยเหลือชุมชนคือ การทำตัวให้เป็นคนดี ช่วยอบรมลูกหลานให้เป็นคนดี  
การช่วยจ่าย 30 บาทเพื่อช่วยรัฐบาล ช่วยเป็นเวรยามดูแลความสงบเรียบร้อยภายในหมู่บ้านตนเอง  
ช่วยปลูกต้นไม้ข้างทาง

การช่วยเหลือชุมชนคือ การรวมกลุ่มกันประกอบอาชีพ แต่พบปัญหาไม่มีงบลงทุน  
ไม่กล้าของบจากที่อื่นเช่น อ.บ.ต.

การช่วยเหลือชุมชน คือ ส่วนใหญ่คิดว่าช่วยเหลือกันไม่ได้ แต่สามารถช่วยดูแล  
แบ่งกันกิน

การช่วยเหลือชุมชน คือ ไม่มีการช่วยเหลือกันอยู่แบบตัวใครตัวมัน ถูกแยกออกจากสังคม  
แต่การช่วยเหลือกันเองก็ไม่มีเพราะช่วยเหลือกันไม่ได้ การเจ็บป่วยพึ่งใครไม่ได้ แต่  
ช่วยเหลือกันเมื่อมีงานบุญ งานศพ ไฟไหม้บ้านช่วยกันบริจาคสิ่งของ แต่ให้เป็นเงินไม่ได้

การช่วยเหลือชุมชนคือ การรวมกลุ่มกันทำประกันชีวิตในหมู่บ้าน เพื่อไม่ให้เป็นการ  
ลูกหลานในภายหลัง เมื่อเจ็บป่วยช่วยกันดูแล

การกู้เงินหมู่บ้าน ผู้ร่วมสนทนาล้วนใหญ่กู้เงินเพื่อเป็นเงินสำรองสำหรับค่าใช้จ่าย  
เมื่อยามเจ็บป่วย บางรายกู้เงินมาสองพันกว่าบาทมาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายระหว่างเฝ้าสามีที่นอนโรงพยาบาล  
ส่วนมากไม่ยอมกู้เนื่องจากกลัวใช้หนี้คืนไม่ได้ การทำอาสาสมัครหมู่บ้านไม่มี เพราะเคย  
ทำแล้วกองทุนล้มในสมัยก่อน เก็บเงินแล้วเงินหายไปไม่รู้หายไปไหน ปัจจุบันยังไม่มี  
การตั้งกองทุนอีก

3. การช่วยเหลือประเทศชาติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การไม่ทำผิดกฎหมาย การ  
รับประทานอาหารถูกหลัก ตรงเวลา พักผ่อนตรงเวลา สนับสนุนรัฐบาลต่อต้านยาเสพติด  
ต้องการให้รัฐบาลยกเลิกโรงงานผลิตบุหรี่ ยาสูบ สุรา เพราะทำลายระบบสมอง ต้องการให้  
รัฐบาลปราบปรามให้หมดสิ้นไป พบสุราเถื่อนมีเต็มไปหมด

ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าต้องรอให้บุตรโตที่ไปทำมาหากินได้ก่อนจึงจะทำให้ฐานะ  
ทางบ้านดีขึ้น บางรายมีวิธีช่วยเหลือตนเองคือ หมั่นทำงานกรณีผู้สูงอายุต้องการทำงานที่  
เหมาะสมกับตัวเอง แต่พบปัญหาค่าแรงงานถูกและใช้เวลาทำงานนาน

คนจนทุกคนทำอาสาสมัครหมู่บ้านโดยจ่ายศพละ 10 บาท เป็นการช่วยเหลือกัน  
ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่มีความรู้สึกว่าเป็นภาระ สามารถ หามา จ่ายได้และจำเป็นต้องสมัครเป็นสมาชิก  
เพราะถ้าคนจนถึงแก่กรรมมีการจัดงานศพ ไม่มีร้านค้าใดให้สินเชื่อบริจาคเพื่อนำมาใช้ในงานศพ  
ก่อน เพราะกลัวว่าคนจนจะไม่สามารถใช้หนี้คืนได้

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเช่นการ  
เลิกสูบบุหรี่ การกู้เงินหมู่บ้านคนจนมีสิทธิ์กู้แต่ไม่กล้ากู้เนื่องจากกลัวจะใช้หนี้คืนไม่ได้ สภาพ  
ร่างกายที่ไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานเพื่อนำเงินมาใช้หนี้ได้ จึงไม่กล้ากู้มาเพื่อลงทุน กลัวการ  
ขาดทุน ที่มีปัญหาฝนแล้งและน้ำท่วมทำให้ไม่ได้ทำนา 3 ปี ติดต่อกันผู้ร่วมสนทนารายหนึ่งเห็น  
ว่า การอพยพไปทำงานที่อื่นเพื่อหารายได้เป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับคนจน เนื่องจากมีภาระ  
เลี้ยงดูคนชรา บุตรหลาน ไม่ทราบว่าจะไปทำงานที่ไหน ต้องการไปทำงานต่างประเทศแต่  
ไม่ต้องการเสี่ยงกลัวถูกหลอกหลวง คนจนมีภาระเป็นตัวกำหนดที่สำคัญว่าใครควรทำอะไร

การช่วยเหลือประเทศชาติคือ การสร้างสุขภาพ ผู้ร่วมสนทนาเห็นว่าผู้ที่ป่วยเป็น  
โรคเรื้อรังควรรับยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันไม่ให้  
โรครุนแรงมากขึ้น จะได้ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้ร่วมสนทนามีความเห็นเพิ่มเติมคือ ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือขั้นตอนการทำ  
บัตรประชาชนใหม่ให้มีความสะดวก ง่ายมากขึ้น

ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลให้คนจนมีที่ทำกินเป็นของตนเอง อาจเป็น  
ได้ก็ได้ ต้องการสนับสนุนเรื่องทุนทำกินและการมีอาชีพที่เหมาะสม เพื่อสามารถส่งลูกหลานให้



เรียนหนังสือสูงๆ เพื่ออนาคตได้มีงานทำที่ดี มีรายได้มากพอเพียงและช่วยเหลือครอบครัวให้มีฐานะและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิคเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยพ่นยาฆ่ายุง และช่วยใส่ทรายเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย

การช่วยเหลือประเทศชาติคือ การป้องกันไม่ให้ลูกหลานติดยาเสพติด ดัดกั้งไม้ที่รก การถางหญ้า

การช่วยเหลือประเทศชาติคือการ ต้องทำความดี ไม่ลักขโมยเขากิน ช่วยพัฒนาชุมชน

การกู้เงินผู้ร่วมสนทนาเคยกู้ 1 ครั้ง แต่ทำนาได้ก็เอาเงินส่งคืนเขาหมด การพิจารณาให้กู้ขึ้นอยู่กับคณะกรรมการว่าจะให้กู้มากหรือน้อย หรือไม่ให้กู้ก็มี

ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมสนทนาถึงวิธีแก้ไขปัญหาคือ ต้องการให้รัฐบาล มาช่วยคนจนจริงๆ ระบุเลยว่า จะช่วยคนจนเท่าไร ให้สง 3 ปี จะได้สงน้อยๆ ถ้าสง 3ปี โดยไม่คิดดอกเบี้ยพอสงไหวมีเงินเหลือกินเหลือเก็บบ้างไว้ในปีต่อไป

ต้องการที่ดินคืนจากสหกรณ์ เอาที่ดินไปค้ำประกันเงินกู้ ก็อยากได้มาเป็นกรรมสิทธิ์ของตัวเอง กลัวเขาจะยึดเอาไป ตั้งแต่ปี 2538 ตอนนี้มีหนังสือสงมาให้ชำระหนี้ถ้าไม่ใช้จะติดคุก ป้าบอกว่าถ้าติดคุกแล้วหมดหนี้ก็จะยอมติด แต่ขอให้หมดหนี้

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือการไปเลือกตั้ง

การช่วยเหลือชุมชน คือ การแบ่งปันอาหารกัน ช่วยเหลือกัน เวลาเจ็บป่วย พาไปส่งโรงพยาบาลต่างคนต่างช่วยกัน

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ ช่วยป้องกันกำจัดลูกน้ำยุงลายเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก เอาทรายอะเบทมาใส่ เอาปูนกินหมากตากแห้งก็ได้ เวลาหมอมาดตรวจลูกน้ำก็ไม่พบ

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ การสร้างสุขภาพ ทำอย่างไรไม่ให้ร่างกายป่วย ออกกำลังกาย

ต้องการรับการสนับสนุนจากรัฐบาลคือต้องการที่ทำกิน ต้องการที่อยู่อาศัย

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ การสอนลูกหลานให้เป็นคนดีการป้องกันยาเสพติด ต้องการให้ลูกหลานได้เรียนหนังสือดีๆ ให้มีอาชีพ ได้ทำงานดีๆ แต่มีปัญหาคือ ความสามารถในการส่งลูกหลานเพราะคนจนไม่มีเงินส่งลูกเรียน แล้วแต่การพิจารณาของรัฐบาลว่าการช่วยเหลือจะเป็นลักษณะการกู้ยืมหรือให้เปล่า เงินกู้หมู่บ้าน คนจนไม่สามารถหาเงินมาใช้คืนเขาได้ ทุกวันนี้แก้ไขปัญหาคือการกู้ที่อื่นมาใช้หนี้กองทุนหมู่บ้าน ดอกเบี้ยร้อยละ 5-10 บาท ซึ่งจำเป็นต้องกู้ บางครั้งกรรมการไม่ให้กู้เพราะกลัวคนจนจะใช้หนี้คืนให้ไม่ได้ แล้วแต่กรรมการจะพิจารณา เคยขอกู้เงินทุนเพื่อการศึกษาแต่ไม่ได้

ความต้องการของผู้ร่วมสนทนา คือ 1)ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือเรื่องให้ทุนทำกินโดยไม่มีดอกเบี้ย 2)ต้องการให้มีกลุ่มประกอบอาชีพในหมู่บ้าน เช่นการรวมกลุ่มแม่บ้าน ดูแลเรื่องการให้เมล็ดลาดจำหน่าย/ส่งผลิตภัณฑ์ 3)ต้องการให้นายกรัฐมนตรีหรือตัวแทนมาดูคนจนในหมู่บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือ 4)ต้องการความช่วยเหลือให้ลูกได้เรียนหนังสือ และ 5) ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องเงินทอง เรื่องหนี้สิน

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ การช่วยเหลือการป้องกันยาเสพติดการสอนลูกหลานให้ห่างไกลยาเสพติด การช่วยเหลือทางราชการทุกครั้งที่มีนโยบายประกาศ

การช่วยเหลือตนเองคือ ต้องการที่มีงานทำ เพราะเก็บขยะมานาน 10 ปีแล้ว การทำตัวไม่ให้ป่วย

การช่วยเหลือประเทศชาติ ไม่มีเพราะต้องช่วยเหลือตัวเองก็จะไม่รอด

การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ การประหยัดพลังงาน ขยันทำมาหากินมากขึ้น ทำให้เศรษฐกิจดีขึ้น การดูแลสุขภาพตัวเองให้ดี

บางรายไม่ทราบวิธีช่วยเหลือประเทศชาติ เพราะเป็นคนไม่มีความรู้ ไม่มีอาชีพหลัก ไม่รู้จะช่วยอย่างไร



การช่วยเหลือประเทศชาติ คือ พัฒนาหมู่บ้านให้ดีขึ้น ช่วยกันสอนลูกหลานไม่ให้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ช่วยรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก การสร้างสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือประเทศชาติ

ก็จะเอาใจช่วยรัฐบาลไม่ยากให้เป็นหนี้ต่างชาติ และที่ช่วยได้อีกก็คือจะดูแลสุขภาพตัวเองไม่เจ็บไม่ป่วย

## บทที่ 5

# อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อคนยากจนในประเทศไทย ปี 2546-47 ศึกษาหลังจากที่นโยบายนี้ปฏิบัติมาไม่น้อยกว่า 2 ปี การวิจัยนี้มีขอบเขตเน้นที่กลุ่มคนยากจนโดยตรง จึงพยายามออกแบบวิธีสุ่มตัวอย่างประชากรให้สะท้อนปัญหาของคนจนมากที่สุด แต่ขณะเดียวกันต้องการให้สามารถเปรียบเทียบได้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ยากจนด้วย จึงทำการศึกษาในจังหวัดที่มีผลการศึกษาผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามา 2 รอบแล้ว กับเลือกกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครเพิ่ม เพื่อให้ผลของการศึกษาสะท้อนปัญหาของคนจนหลายแบบมากขึ้น ในบทนี้ จะสรุปผลการค้นพบที่สำคัญของการศึกษา และอภิปรายเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้ เพื่อให้ได้คำตอบของผลกระทบของนโยบายฯ กับคนจนอย่างมีความเชื่อมั่นมากขึ้น

### 5.1 วิธีวิจัย

วิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการสำรวจครัวเรือน และการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการประชุมกลุ่ม ทั้งนี้ เพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของการใช้วิธีวิจัยเพียงวิธีใดวิธีเดียว

การสำรวจครัวเรือนครั้งนี้ ต้องการเน้นกลุ่มคนจน ทั้งในเมืองและในชนบท เพื่อดูผลกระทบของนโยบายทั้ง 2 เขต ดังนั้นวิธีเลือกกลุ่มประชากร จึงไม่ใช่การสุ่มแบบสุ่มตามความน่าจะเป็น (probabilistic sampling) แต่เป็นการสุ่มแบบเจาะจง โดยใช้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินเมื่อรับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้น ปัญหาการเงินครอบคลุมกลุ่มโรคที่ราคาไม่สูงนัก (คือ การรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก) และกลุ่มโรคที่มีราคาสูง (คือ การรับบริการผู้ป่วยใน) ทั้งเขตเมือง (โรงพยาบาลจังหวัดในจังหวัดที่เลือกเป็นตัวอย่าง และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร) และเขตชนบท (โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดที่เลือกเป็นตัวอย่าง)

เมื่อได้ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเป็นจุดเริ่มต้น ติดตามผู้ป่วยไปถึงที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสมาชิกทุกคนในครัวเรือนนั้น ทำการค้นหาครัวเรือนยากจนในละแวกเดียวกันนั้นเพิ่มเติมอีก ด้วยเชื่อในทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ว่าคนจนมักอยู่รวมกลุ่มกันเป็นละแวก (poor neighbourhood)

แม้การวิจัยนี้ ต้องการขยายภาพของคนจนให้เห็นชัดเจน ขณะเดียวกัน ไม่ต้องการเสนอภาพเฉพาะคนจนแต่เพียงด้านเดียว จึงทำการสุ่มตัวอย่าง ครัวเรือนไม่ยากจนในละแวกที่พบคนจนนั้นพร้อมกันไปด้วย เพื่อได้กลุ่มเปรียบเทียบที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและอุปทานของบริการสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน สิ่งที่ต่างกันคือ ฐานะครัวเรือนที่บอกว่าไม่จน (neighbourhood control)

นอกจากนั้น ยังเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยการประชุมกลุ่มย่อย (กลุ่มละ 4-8 คน) โดยเชิญผู้แทนจากครัวเรือนที่ยากจนในละแวกเดียวกันนั้น ให้ความเห็นเพิ่มเติมในลักษณะกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความกล้าในการเล่าประสบการณ์ของผลกระทบในหลายๆ ด้านมากขึ้น อนึ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพนี้ ไม่ได้ทำกับสมาชิกครัวเรือนที่ไม่จน เพราะ“ค่าเสียโอกาส” ของกลุ่มคนไม่จน จะสูงกว่ากลุ่มคนจน ทำให้การนัดรวม

กลุ่มสนทนากันเป็นเรื่องสาบมาก อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการสนทนาในกลุ่มคนจน คือ การเน้นคุยกันเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการ การได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ ฯลฯ เป็นส่วนใหญ่

การเลือกจังหวัดของการวิจัยนี้ ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ในจังหวัดที่เคยทำการสำรวจครัวเรือนประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาแล้ว (ได้แก่ สุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาคร และภูเก็ต แต่ต่อมาภายหลัง ไม่ได้เก็บข้อมูลครัวเรือนคนจนเพิ่มที่จังหวัดภูเก็ต เพราะจังหวัดมีภารกิจการทำงานด้านอื่นมากจนไม่อาจเริ่มงานภาคสนามของการวิจัยนี้ได้) โดยหวังว่า จะเป็นการต่อยอดความรู้เพิ่มจากการสำรวจครัวเรือนแบบสุ่มซึ่งพบครัวเรือนยากจนจำนวนน้อย การวิจัยนี้ เลือกจังหวัดตัวอย่าง คือ กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้นอีก 1 จังหวัด เพื่อสามารถมีข้อเสนอแนะสำหรับทั้งต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

## 5.2 การค้นหาคนจน

เริ่มจากคำจำกัดความ "ความยากจน" ที่ใช้กันมากคือ เส้นแบ่งความยากจน (poverty line) แบบสัมบูรณ์ที่ใช้รายได้เป็นตัววัดเทียบกับรายได้ขั้นต่ำที่คนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ จุดอ่อนของเส้นแบ่งความยากจนถ้าเป็นเส้นเดียวสำหรับทั่วประเทศ คือ แต่ละท้องที่มีราคาสินค้าเพื่อดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะเขตชนบทไม่ได้ใช้เงินเป็นปัจจัยดำรงชีพที่สำคัญ ดังนั้น ระยะเวลา จึงมีการพัฒนาเส้นแบ่งความยากจนที่แปรเปลี่ยนไปตามภาค จังหวัด เขตเมือง หรือเขตชนบท เพื่อใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

นักเศรษฐศาสตร์การเมือง รวมทั้งนักสังคมศาสตร์ เห็นจุดอ่อนของการใช้รายได้เป็นตัววัดความยากจน จึงเสนอคำจำกัดความของคนจน ขยายออกไปในด้านความเป็นอยู่ทางสังคมมากขึ้น เช่น ความจน คือ การขาดโอกาสทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ การศึกษา การเข้าถึงทรัพยากร ฯลฯ แต่คำจำกัดความนี้ยากต่อการนำไปใช้ค้นหาคนจน นอกจากนั้น ลักษณะทั่วไปของคนจนจากทัศนะของคนจนเอง ยังมีลักษณะที่ขัดแย้งกัน โดยเฉพาะเรื่องการเมือง มีทั้ง กลุ่มที่มีหนี้สิน กับ กลุ่มไม่มีหนี้หรือมีน้อย ถ้ามีหนี้สินจะมีหนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถใช้หนี้ได้ ส่วนการไม่มีหนี้ เพราะไม่มีคนให้กู้ หรือเพราะไม่ยอกู้ เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ จึงเห็นว่า ความพยายามให้คำจำกัดความคนจนเป็นสิ่งที่ยากต่อการปฏิบัติ

การใช้ เส้นแบ่งความยากจน เพื่อค้นหาคนจน มีอิทธิพลต่อการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) หรือบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) แต่ระดับของรายได้เพื่อการออกบัตรที่ใช้ในตลอดช่วง 20 ปี (พ.ศ.2523-2543?) มีการปรับเพียงครั้งเดียว คือ จากรายได้ครัวเรือนไม่เกิน 2,000 บาทต่อเดือน ในระยะแรกปรับเป็นไม่เกิน 2,800 บาทต่อครัวเรือน (คนโสด ปรับจากรายได้ 1,500 บาทต่อเดือน เป็น 2,000 บาทต่อเดือน) ทั้งที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นำเสนอการใช้เส้นแบ่งความยากจนที่ปรับเปลี่ยนตามจังหวัดและเขตเมือง-เขตชนบท แต่ก็ไม่ได้นำมาใช้ เพราะต้องการให้สามารถปฏิบัติได้ง่าย และนักวิชาการบางส่วนขาดความเชื่อถือในข้อมูลที่ใช้ประเมินความทุกข์ของคนจนในจังหวัดต่างๆ โดยใช้เส้นแบ่งความยากจนใหม่

ประสบการณ์การใช้รายได้ครัวเรือน หรือรายได้บุคคล ค้นหาคนจนเพื่อออกบัตร สปน.หรือ สปร.พบมาตลอดว่าพลาดเป้าหมายคนจน จากการประเมินโดยการสำรวจครัวเรือน เช่น พบว่า คนจนจำนวนมากไม่ได้รับบัตร และคนได้รับบัตรจำนวนมากไม่ยากจนจริง มีข้อเสนอแนะของการปรับปรุงวิธีออกบัตร ให้ใช้กลไกสังคมช่วยชี้ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติ

ยาก เพราะกลไกในการออกบัตร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งทุกคนล้วนมีเครือข่ายที่ใกล้ชิดในพื้นที่

การวิจัยนี้ ใช้วิธีค้นหาคนจน จากผู้ป่วยที่มีปัญหาการเงินเมื่อรับการรักษาพยาบาล เป็นครัวเรือนเริ่มต้น จากนั้น ผู้วิจัยเข้าไปในชุมชน ให้สังคมช่วยชี้ จัดทำลำดับครัวเรือนยากจนในละแวก และครัวเรือนไม่ยากจนในละแวก จากนั้นจึงสัมภาษณ์ครัวเรือนทั้งยากจนและไม่ยากจน 8 ครัวเรือนแรก โดยผู้สัมภาษณ์ภาคสนามตัดสินใจว่าครัวเรือนยากจนหรือไม่ยากจนจากลักษณะที่อยู่อาศัยประกอบด้วย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในการใช้มาตรวัดคนจน

เมื่อแบ่งครัวเรือนตัวอย่างเป็นครัวเรือนยากจนและไม่ยากจนได้แล้ว ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายว่าเป็นครัวเรือนยากจนหรือไม่ ตัวแปรอิสระ 8 ตัวแปร ที่มีค่า odds ratio สูง ได้แก่ รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีคนให้กู้/ไม่อยากกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ ไม่มีทรัพย์สิน หาเข้ากิน ค่า ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม มีภาระลูกหลาน โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญเมื่อวิเคราะห์ระดับจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด มี 2 ตัวแปร คือ คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย และมีภาระลูกหลาน เมื่อวิเคราะห์หาจุดตัดของคะแนนลักษณะครัวเรือนยากจนเพื่อทำนายว่ายากจนหรือไม่ ถ้าใช้จุดตัดคะแนนที่ 3 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน จะมีพื้นที่ใต้เส้นโค้ง (ROC) ที่สูงที่สุด (94%) รวมทั้งให้ค่า odds ratio ที่สูงที่สุดด้วย (odds ratio 157) การวิจัยนี้จึงใช้คะแนนลักษณะครัวเรือน 3 คะแนน เป็นเกณฑ์ตัดสินว่าครัวเรือนยากจนหรือไม่

ค่าความสอดคล้องกันด้วยสถิติ Kappa ระหว่างสังคมช่วยชี้ กับ เกณฑ์ครัวเรือนยากจน เท่ากับ 0.82 ( $p=0.00$ ) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก จังหวัดที่มี Kappa สูงที่สุดคือ สุโขทัย 0.97 ตามด้วย อุบลราชธานี 0.79 สมุทรสาคร 0.78 และกรุงเทพมหานคร 0.75 และเมื่อเทียบกับด้วย อัตราความตรงประเด็น และอัตราความครอบคลุม (ดูสูตรหน้า 5 และ ผลวิเคราะห์ในตารางที่ 3.6) พบว่า อัตราความตรงประเด็นโดยรวม เท่ากับ ร้อยละ 90 และอัตราความครอบคลุม ร้อยละ 93) ผลการศึกษานี้ดีกว่าผลประเมินการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร)ซึ่งเป็นการออกบัตรรอบที่ 6 (2541-2543) มากเนื่องจากการออกบัตรในรอบที่ 6 ออกบัตรให้เด็ก 0-12 ปี และผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมด ยกเว้นกลุ่มอายุ 13-59 ปีที่ไม่ได้ออกให้ทุกคน(ในกลุ่มอายุ 13-59 ปีมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 17 ความตรงประเด็นร้อยละ 35)(สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ 2544) สุโขทัยมีอัตราความตรงประเด็นสูงร้อยละ 97 ตามด้วยสมุทรสาคร กรุงเทพฯ และอุบลราชธานี ร้อยละ 82 ส่วนอัตราความครอบคลุม (คือ 100 - ผลบวกปลอมของตารางที่ 3.6) สูงที่สุดที่สุโขทัย ร้อยละ 100 ตามด้วยอุบลราชธานี กรุงเทพฯ และสมุทรสาคร ร้อยละ 85

การตรวจสอบความตรงประเด็นของครัวเรือนยากจน หรือครัวเรือนไม่ยากจน ด้วยข้อมูลรายได้ที่ถามจากการวิจัยนี้ มีข้อน่าสังเกตว่า ครัวเรือนไม่ยากจนตามวิธีสังคมช่วยชี้ที่ถูกจัดใหม่เป็นครัวเรือนยากจนตามเกณฑ์ลักษณะครัวเรือน มีรายได้ต่อคนเฉลี่ยสูงกว่าครัวเรือนยากจนตามวิธีสังคมช่วยชี้แต่ถูกจัดใหม่เป็นครัวเรือนไม่ยากจน ข้อสรุปของความยากจนจึงยังแย้งกันระหว่างแนวคิดรายได้ กับแนวคิดความเป็นอยู่ทางสังคม

### 5.3 สถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนจน

กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในการวิจัยนี้ 8,332 คน เป็นคนจนจากวิธีสังคมช่วยชีวิต ร้อยละ 54 แต่เป็นคนจนตามเกณฑ์ตัดสิน 3 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 52 คนจนมักพบมากในกลุ่มเด็ก (หรืออีกนัยหนึ่ง คือในครัวเรือนยากจนมักมีเด็กมากกว่า) พบมากในกลุ่มผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ หรือถ้ามี จะเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าชนิดไม่ต้องจ่าย 30 บาท

สถานะสุขภาพที่ประเมินเป็นคะแนนด้วยตนเอง กลุ่มคนจนมีสถานะสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่จนทุกกลุ่มอายุ (คะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ 3.58 เทียบกับ 3.85 ตามลำดับ) นอกจากนี้ การเสื่อมค่าของคะแนนสถานะสุขภาพปีนี้ เมื่อเทียบกับคะแนนสุขภาพปีก่อน (ถามย้อนหลัง) พบว่าการเสื่อมค่าของคนจนมากกว่าของกลุ่มที่ไม่จน (กลุ่มคนจนคะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุลดจากปีก่อน 0.07 คะแนน ส่วนกลุ่มไม่จนคะแนนลดจากปีก่อน 0.03)

การเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มคนจน รายงานว่าป่วยมากกว่ากลุ่มไม่จนสำหรับทุกสิทธิการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ การรายงานว่าเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการ ในกลุ่มคนจน สูงกว่ากลุ่มไม่จน (เฉพาะผู้อยู่ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง-พิการ ร้อยละ 2.9 กับร้อยละ 1.2 ตามลำดับ) ส่วนการป่วยหนักจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาสำหรับกลุ่มคนจน มากกว่า กลุ่มไม่จน (เฉพาะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอนโรงพยาบาล ร้อยละ 11.4 และ ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงขาดความเชื่อมั่นในการสรุปว่า เหตุการณ์ใดเกิดก่อนและเหตุการณ์ใดเกิดภายหลัง แม้ข้อถามคะแนนสถานะสุขภาพจะให้เปรียบเทียบระหว่างปีที่แล้วกับปีปัจจุบัน และได้แนวโน้มว่า คนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพน้อยกว่าคนไม่จน และคะแนนสถานะสุขภาพ เสื่อมค่าภายใน 1 ปีมากกว่าคนไม่จน อาจอธิบายว่า คนจนมีอัตราการรายงานโรคเรื้อรัง โรคเฉียบพลัน ในระยะ 2 สัปดาห์สูงกว่าคนไม่จน ค่าถามวิจัยที่รอการพิสูจน์ต่อไปในอนาคต คือ การลงทุนด้านสุขภาพกับคนจนที่มีประสิทธิผล ได้แก่วิธีการแบบใด และจะช่วยให้สถานะสุขภาพดีขึ้นเท่าเทียมกับคนไม่จนหรือไม่

### 5.4 การใช้บริการของคนจน

การใช้บริการสุขภาพของคนจน น้อยกว่าคนไม่จน ตั้งแต่บริการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การรับวัคซีนในเด็ก การตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี การตรวจไขมันในเลือดในวัยผู้ใหญ่ การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มคนจน ใช้บริการน้อยกว่า (เนื่องจาก รายงานว่าป่วยมากกว่า) กลุ่มคนไม่จน โดย ร้านขายยา และสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของรัฐ เป็นที่ที่นิยมใช้บริการเป็นอันดับแรกและอันดับสอง เหมือนกันทั้งกลุ่มจนและไม่จน ส่วนอันดับสามของกลุ่มคนจน ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ แต่สำหรับกลุ่มไม่จน ใช้บริการที่คลินิกเอกชน การเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มคนจนบัตรทอง รับบริการน้อยกว่า กลุ่มบัตรทองไม่จน โดยอันดับของการเลือกใช้สถานพยาบาล (อันดับ 1-3) เหมือนกันทั้งกลุ่มจน และกลุ่มไม่จน

การใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาเมื่อเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มบัตรทองที่เป็นคนจน ใช้สิทธิของตนเมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอก ประมาณร้อยละ 83 แต่ใช้สิทธิกรณีการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 75 ของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด เทียบกับกลุ่มไม่จน ร้อยละ 62 สำหรับผู้ป่วยนอก และร้อยละ 64 สำหรับผู้ป่วยใน

การวิจัยนี้ จึงยืนยันว่า คนจนใช้บริการสุขภาพมากกว่าคนไม่จน และเป็นไป ตามความเจ็บป่วยที่คนจนเป็นมากกว่า ส่วนสถานพยาบาล นอกจากร้านยาแล้ว คนจนจะพึง

บริการจากภาครัฐ ส่วนการใช้สิทธิเมื่อรับการรักษาพยาบาล ยังพบว่า ไม่สูงเท่ากับการวิจัยอื่น ที่การใช้สิทธิที่ตนเองมีเมื่อเจ็บป่วยสูงกว่าร้อยละ 85 สำหรับผู้ป่วยนอกและสูงกว่าร้อยละ 90 สำหรับผู้ป่วยใน (Pannarunothai et al 2003)

## 5.5 ปัญหาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนจน

คำถามวิจัยสำคัญของการศึกษาคั้งนี้ คือ การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลงานตรงเป้าหมายคนจนมากน้อยเพียงใด การสำรวจครัวเรือนคั้งนี้ ยังพบปัญหาการเงินและปัญหาด้านบริการเมื่อคนจนรับบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก โดยปัญหากลุ่มคนจนพบปัญหาด้านการเงินมากกว่า คือร้อยละ 26 ของคนจนจะตอบว่ามีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับบริการ และร้อยละ 0.5 บอกว่าต้องขายทรัพย์สินเพื่อรับบริการ เทียบกับกลุ่มไม่จน มีปัญหาด้านการเงิน ประมาณร้อยละ 3

ส่วนปัญหาด้านบริการ กลุ่มคนจน ให้ข้อมูลว่า พบปัญหานี้ประมาณ ร้อยละ 24 แต่ยังพบน้อยกว่ากลุ่มครัวเรือนไม่จน ให้ข้อมูลว่าพบปัญหานี้ มากถึงร้อยละ 29

การให้ข้อมูลว่าพบปัญหาการเงินและปัญหาการบริการแตกต่างกันไปตามจังหวัด จะเป็นเพราะการใช้พนักงานสัมภาษณ์ที่ต่างกัน หรือความทนได้ต่อปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ปัญหาการเงิน พบมากที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 56 บอกว่ามีปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับบริการ และ อีกร้อยละ 1.1 บอกว่าต้องขายทรัพย์สิน จังหวัดสมุทรสาครและสุโขทัย คนจนมีปัญหาดังกล่าวประมาณร้อยละ 10-13 คนไม่จนมีปัญหามากประมาณ ร้อยละ 1 จังหวัดอุบลราชธานี คนจนให้ข้อมูลว่ามีปัญหาการเงินต่ำที่สุด คือร้อยละ 2.5 คนไม่จนรายงานว่ามีปัญหาเพียงร้อยละ 0.5 ส่วนปัญหาด้านบริการ พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี รายงานปัญหาด้านบริการมากที่สุด จังหวัดอื่นๆ คนจนมีปัญหาด้านบริการประมาณร้อยละ 5-9 ส่วนคนไม่จนมีปัญหาด้านบริการน้อยกว่า คือ ร้อยละ 2-5

ข้อมูลปัญหาด้านบริการ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ การประชุมกลุ่มคนจน ลักษณะปัญหาที่พบมีหลากหลาย แต่การวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ทำการประชุมกลุ่มกับคนไม่จน จึงเปรียบเทียบคุณภาพบริการที่คนจนได้รับ โดยใช้ความพึงพอใจที่สำรวจจากการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า คะแนนความพึงพอใจที่คนจนให้ น้อยกว่า คนไม่จน อย่างมีนัยสำคัญหลายกลุ่ม ทั้งการรับบริการเมื่อเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ การรับบริการจากการป่วยเรื้อรัง และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

โดยสรุป คะแนนความพึงพอใจของการรับบริการที่ประเมินจากคนจน ต่ำกว่าคะแนนความพึงพอใจของการรับบริการที่ได้จากคนไม่จน น่าจะสะท้อนคุณภาพบริการที่ได้รับ หรือปัญหาด้านบริการที่คนจนประสบเมื่อรับบริการ มีมากกว่ากลุ่มคนไม่จน

## 5.6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อค้นพบจากการวิจัยคั้งนี้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

### 5.6.1 การใช้เครื่องมือกรองครัวเรือนยากจน

ถ้าต้องการหลีกเลี่ยง ค่าจำกัดความของ คนจน ที่ใช้มิติของรายได้ เพียงมิติเดียว ตัวคัดกรองครัวเรือนยากจน จากการถามคำถาม 8 ข้อ (รายได้น้อยไม่พอเลี้ยงครอบครัว คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยากกัเพราะกลัวใช้คืนไม่ได้ ไม่มีทรัพย์สิน หาเข้ากินค่า ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม มีภาระลูกหลาน) ถ้าตอบว่าใช่ 3 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีโอกาสเป็นครัวเรือนยากจนมากกว่าร้อยละ 90 และ

สามารถใช้ได้ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ถือว่าเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สมควรพิจารณาเป็นเครื่องมือคัดกรองระดับประเทศ

### 5.6.2 การปรับนโยบายการรับบริการ

คนจนมีความอ่อนไหวมากต่อการได้รับบริการตามที่รัฐบาลประกาศเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้ทำในกลุ่มละแวกคนจน และเทียบคนจนกับคนไม่จนในละแวกเดียวกัน พบว่า แม้คนจนจะมีสถานะสุขภาพไม่ตึง แต่ไม่มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพราะใช้บริการบ่อยตามสถานะสุขภาพที่ไม่ดี แต่คนจนใช้สิทธิการรักษาพยาบาลที่ตนเองมีน้อยกว่าการศึกษาอื่น และพบปัญหาการกัณฑ์ยืมเงินเพื่อได้รับบริการ มากกว่าการศึกษาอื่น คนจนต้องการให้นโยบายการเข้าถึงบริการ สามารถใช้สิทธิได้ทุกที่ น่าจะช่วยลดการไม่ใช้สิทธิของตนลงได้ และช่วยลดภาระการกัณฑ์ยืมเงินเพื่อรับบริการสุขภาพลงได้

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาอังกฤษ

- Carla Y Willis and Charlotte Leighton. **Protecting the poor under cost recovery : the role of means testing.** Health Policy and Planning ; Oxford University Press 199510(3)241-256.
- Grinspun,A., et al.(2001) "**Choices for the poor Lessons from national poverty strategies**"
- Health Systems Research Institute. (1997). **Exempting the Poor : A Review and Evaluation of the Low Income Card(Medical Welfare Scheme ) in Thailand.** Ministry of Public Health, Thailand.
- Kakwani, N. (1993) "Performance in Living Standards: An International Comparisons" **Journal of Development Economics** Vol 41, No.2, pp. 307-336 อ้างใน [www.nesdb.go.th/macro/ded/well-t.html](http://www.nesdb.go.th/macro/ded/well-t.html)
- Levine RE, Griffin CC, Brown T.1992 . **Means testing in cost recovery : a review of concepts and experience.** Washington, DC: The Urban Institute.
- Medhi Krongkaew and others (1987). **A Study on the Urban Poor in Thailand: Phase II,** Thai Khadi Research Institute, Thammasat University.
- Medhi Krongkaew and Nanak Kakwani (1996), "Big Reduction in Poverty", **Bangkok Post: Economic Review Year-End,** pp.21-23.
- Medhi Krongkaew and Nanak Kakwani (1998), "Poverty in Thailand: Defining, Measuring and Analyzing", Working Paper No.4, Development Evaluation Division, NESDB.
- Mills, A. (1990). "**Exempting the poor : the experience of Thailand** " **Social Science and Medicine.** 33 (11), 1241-1252.
- Pannarunothai, S., et al. (1997). "**The poor pay more : health-related inequality in Thailand**" **Social Science and Medicine.** 44(12), 1781-1790.
- Pannarunothai, S., et al. (2002-2003). "**Sustainable Universal Health Coverage : Household Met Need.**



Suganya Hutaserani and Somchai Jitsuchon (1988). "Thailand Income Distribution and Poverty Profile and Their Current Situations", research report prepared for the 1988 TDRI Year-End Conference, Pattaya, 17-18 December 1988.

Isra Sarntisart (1997), "Educational Expansions and Labour Earnings Inequality: The Case of Thailand between 1988 and 1992", *Chulalongkorn Journal of Economics*, 9: 2 (May).

Oey Meesook (1979). "Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76", World Bank Staff Working Papers no.364, Washington, D.C., 1979.

## ภาษาไทย

กระทรวงมหาดไทย, กรมการพัฒนาชุมชน. รายงานการวัดผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน  
โครงการแก้ไขปัญหาคความยากจน(กข.คจ.) มทปด. (2541).

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสาธารณสุขภูมิภาค,  
วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษา  
พยาบาล ปีงบประมาณ 2533 . กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์  
ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ,  
ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535 ม.ป.ท. หน้า 2

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ,  
คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล สำหรับ  
กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,กองนิติการ รัฐธรรมนูญแห่ง  
ราชอาณาจักรไทย พิมพ์เล่มที่ 4 ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2540 จำนวน 500 เล่ม.

กองประเมินผลการพัฒนา, *จดหมายข่าว* (มีนาคม 2541) ปีที่ 2 เล่มที่ 2 (เส้นความยากจน  
และการใช้ประโยชน์) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง  
ชาติ.

กองประเมินผลการพัฒนา, *จดหมายข่าว* (พฤษภาคม 2541) ปีที่ 2 เล่มที่ 3 (ลักษณะ  
และโครงสร้างปัญหาคความยากจนในประเทศไทย) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กองประเมินผลการพัฒนา,รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการจัดทำ Targeting  
Map สำหรับงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจนของประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กองประเมินผลการพัฒนา,  
"เส้นความยากจนและการใช้ประโยชน์" *จดหมายข่าว* ปีที่ 2, ฉบับที่ 2, มีนาคม  
2541.

กนกศักดิ์ แก้วเทพ, องค์ความรู้ว่าด้วย "คนจน" ในประเทศไทย : ทศวรรษ2530  
(2530-2540).

ไตรรงค์ สุวรรณคีรี และ คณะ(2518). " การกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำทั่วประเทศและผล  
ทางเศรษฐกิจ" *วารสารธรรมศาสตร์*, ปีที่ 5 (มิถุนายน-กันยายน พ.ศ.2518)

เมธี ครองแก้ว และจินดนา เขียวศิริ (2518). "การกำหนดระดับความยากจนในประเทศไทย"  
*วารสารธรรมศาสตร์*, ปีที่ 5 (มิถุนายน-กันยายน พ.ศ.2518) หน้า 46-68.

เมธี ครองแก้ว และปราณี ทินกร (2528). "สภาวะความยากจนและการกระจายรายได้ของ  
ไทย ปี 2518-2519 และ 2525" *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์* ปีที่ 3 ฉบับที่  
4 ธันวาคม 2525, หน้า 54-100.

เมธี ครองแก้ว (2536). "เส้นความยากจนเส้นใหม่สำหรับประเทศไทย" ใน ดิเรก ปัทมสิริ  
วัฒน์ (บรรณาธิการ) *ความรู้รักเศรษฐศาสตร์ไทยปี 2535* กรุงเทพฯ: สมาคม  
เศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย.

เมธี ครองแก้ว (2540). "ความเปลี่ยนแปลงในสภาวะความยากจนและการกระจายรายได้  
ในประเทศไทย ปี 2505/06 ถึงปี 2535" ใน คุณหญิง ดร.สุธาวลัย เสถียรไทย  
(บรรณาธิการ) *บทความเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฉลองสิริ  
ราชสมบัติครบ 50 ปี: ว่าด้วยเศรษฐกิจไทย* สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

สุกัญญา หุดะเศรณี (2535) "วิธีการวัดความยากจนและการกระจายรายได้ และแนวทาง  
ปรับปรุง", *วารสารเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์*, 4: 2 (สิงหาคม)

โครงการบัณฑิตศึกษาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(NIDA) รายงาน  
โครงการวิจัยประเมินผล เรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยว  
กับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533 ม.ป.ท.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. 2541. *เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) ฉบับที่ 7* คนจน  
ไทยในภาวะวิกฤติ. กรุงเทพฯ: เอ็ดดิสันเพรสโปรดักส์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน  
ยุทธศาสตร์การขจัดปัญหาความยากจน . วันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2544 ณ  
โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ซิตี จอมเทียนชลบุรี.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผลการดำเนินงาน 2536-2537 การวิเคราะห์ผลการดำเนิน  
งานโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ:  
บริษัทดีไซร์ จำกัด.

สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ ประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษา  
พยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ.2541-2543), 2544  
มปท.มปด.เอกสารจัดสำเนา.

สมชาย สุขสิริเสรีกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ . รายงานการวิจัย  
เบื้องต้นเรื่องการทบทวนและระดมความคิดเห็นเพื่อสังเคราะห์ประเด็นการ  
วิจัยเรื่องโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านบริการสุขภาพ, 2541 มปท.  
มปด.เอกสารจัดสำเนา.

สมชัย จิตสุชน. ความยากจนคืออะไร และวัดได้อย่างไร เอกสารประกอบการประชุม  
ยุทธศาสตร์การขจัดปัญหาความยากจน . วันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2544 ณ โรงแรม  
แอมบาสซาเดอร์ซิตี จอมเทียนชลบุรี.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2533). วิเคราะห์โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย  
ด้านการรักษาพยาบาล : การใช้บริการและการจัดสรรงบประมาณ.  
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.๖

อัมมาร สยามวาลา (2534) บทอภิปราย” ในดิเรณ พงศ์มขพัฒน์ (บรรณาธิการ) ทิศทาง  
การปฏิรูปนโยบายเศรษฐกิจไทยในทศวรรษ 1990 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลง  
กรณ์มหาวิทยาลัย

อัมมาร สยามวาลา (2540). “เศรษฐกิจไทย: 50 ปีของการขยายตัว” ในคุณหญิง ดร.สุธา  
วัลย์ เสถียรไทย (บรรณาธิการ) *บทความเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้า  
อยู่หัวฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี: ว่าด้วยเศรษฐกิจไทย* สำนักงานคณะ  
กรรมการวิจัยแห่งชาติ

อภิชาติ พันธเสน (2540). “วิกฤตการณ์ความยากจนและทางออก” ในพิทยา ว่องกุล  
(บรรณาธิการ) *กลียุคกับหายนะเศรษฐกิจไทย.*

## ภาคผนวก

แบบสำรวจการสำรวจผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
(30 บาท รักษาทุกโรค) ต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพ  
ของคนยากจนในประเทศไทย ปี 2546



การสำรวจผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)  
ต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย ปี 2546

สอบถามโดย.....

เวลาที่ตอบ ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี.....

ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี.....

ครั้งที่ 3 วัน/เดือน/ปี.....

ตรวจสอบความถูกต้องโดย .....วัน/เดือน/ปี.....

รหัสโดย.....(หัวหน้าทีม).....วัน/เดือน/ปี.....

พื้นที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครัวเรือน

ผู้ให้สัมภาษณ์ชื่อ.....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่.....ตำบล .....อำเภอ .....จังหวัด.....

ADD

บ้านเรือนตั้งอยู่ใน  1 เขตเทศบาล  2 นอกเขตเทศบาล

AREA

ประเภทที่อยู่อาศัยของครัวเรือน

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 บ้านโดด    | <input type="checkbox"/> 4 ห้องแถว เรือนแถว | <input type="checkbox"/> 7 ที่อยู่อาศัยในสำนักงาน |
| <input type="checkbox"/> 2 ทาวน์เฮาส์ | <input type="checkbox"/> 5 ดึกแถว           | <input type="checkbox"/> 8 เรือ แพ หรือรถ         |
| <input type="checkbox"/> 3 ห้องชุด    | <input type="checkbox"/> 6 ห้องภายในบ้าน    | <input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ                  |

ลักษณะของที่อยู่อาศัย

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ดึก              | <input type="checkbox"/> 3 ใช้วัสดุถาวรเป็นส่วนใหญ่  | <input type="checkbox"/> 5 ใช้วัสดุที่ใช้แล้วและอยู่ในสภาพผุพัง |
| <input type="checkbox"/> 2 ครึ่งดึกครึ่งไม้ | <input type="checkbox"/> 4 ใช้วัสดุไม่ถาวรในท้องถิ่น |   |

การครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือน

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 เป็นเจ้าของ | <input type="checkbox"/> 3 เช่า   | <input type="checkbox"/> 5 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะ ให้อยู่เปล่า |
| <input type="checkbox"/> 2 เช่าซื้อ    | <input type="checkbox"/> 4 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่าเพราะ เป็นส่วนหนึ่งของค่าจ้าง |  |

การถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 เป็นเจ้าของ    | <input type="checkbox"/> 3 เช่า                 | <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ |
| <input type="checkbox"/> 2 เช่าซื้อที่ดิน | <input type="checkbox"/> 4 ไม่เสียค่าเช่าที่ดิน |                                  |

น้ำดื่มส่วนใหญ่ได้มาจากไหน

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 น้ำประปาภายในบ้าน         | <input type="checkbox"/> 4 น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อไม่ใช่สาธารณะ | <input type="checkbox"/> 7 น้ำดื่มบรรจุขวด |
| <input type="checkbox"/> 2 น้ำประปานอกบ้าน           | <input type="checkbox"/> 5 น้ำฝน                           | <input type="checkbox"/> 8 อื่นๆ           |
| <input type="checkbox"/> 3 น้ำบาดาลหรือน้ำบ่อสาธารณะ | <input type="checkbox"/> 6 แม่น้ำ ลำคลอง ลำธาร น้ำตก       |  |

จำนวนเครื่องใช้ประเภทถาวรที่มีในครอบครองในปัจจุบัน

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 โทรทัศน์สี/ขาวดำ | <input type="checkbox"/> 6 เครื่องปรับอากาศ | <input type="checkbox"/> 11 รถจักรยานสองล้อ             |
| <input type="checkbox"/> 2 วิทยุ/วิทยุเทป   | <input type="checkbox"/> 7 พัดลม            | <input type="checkbox"/> 12 เครื่องจักร (ใช้ในการเกษตร) |
| <input type="checkbox"/> 3 ตู้เย็น ตู้แช่   | <input type="checkbox"/> 8 เตารีดไฟฟ้า      | <input type="checkbox"/> 13 รถอีแต๋น รถไถตัดหญ้า        |
| <input type="checkbox"/> 4 เครื่องซักผ้า    | <input type="checkbox"/> 9 รถยนต์           | <input type="checkbox"/> 14 เรือ                        |
| <input type="checkbox"/> 5 โทรศัพท์         | <input type="checkbox"/> 10 รถจักรยานยนต์   |   |











ตอนที่ 7 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสุขภาพ (ถามทุกคน)

7.1 ความเจ็บป่วยระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์

<p>"ระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)..ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหรือไม่?" บันทึกรหัส ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย(1)ตามต่อไม่ป่วย(2)</p>	<p>ครั้งที่</p>	<p>"ถ้าป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย...(ชื่อ)..ป่วยเป็นโรคอะไรหรือมีอาการอย่างไร" ให้บันทึก ชื่อโรคหรืออาการของโรค อาการแรกเพียงอาการเดียว สำหรับการป่วย เช่น หลอดลมอักเสบ ท้องเดิน ไข้เลือดออก ฯลฯ ถ้าคลอดบุตร ให้บันทึก 'คลอดบุตร'</p>	<p>".....ชื่อ.....ป่วยจนต้องหยุดกิจกรรมประจำวันหรือไม่?" บันทึกรหัส หยุด...(1) ไม่หยุด (2)</p>	<p>"เมื่อเริ่มรู้สึกตัวว่าป่วยในวันแรก...ชื่อ...ทำอะไร?" บันทึกรหัส ไม่ได้รักษาอะไร(01) ไปสถานพยาบาล/ยาสมุนไพร(02) ไปหาหมอที่บ้าน/แผนโบราณ(03) ซื้อยากินเอง(04) ไปหาเจ้าหน้าที่สถานอนามัย(05) ไปโรงพยาบาลชุมชน(06) ไปโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นของรัฐ(07) ไปหาแพทย์ที่คลินิก(08) ไปโรงพยาบาลเอกชน(09)อื่นๆระบุ(10)</p>
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
B	C	D	E	F







ตอนที่ 7 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสุขภาพ (ถามทุกคน)

7.2 การเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (คนไข้ใน)

ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...ชื่อ...เคยป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล (รวมทั้งการคลอดบุตรหรือไม่)	ครั้งที่	"ถ้าป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล...ชื่อ...ป่วยด้วยโรคอะไร?" ให้บันทึก -ชื่อโรคที่ป่วย ถ้าคลอดบุตรให้บันทึก "คลอดบุตร"	".....ชื่อ...เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลประเภทไหน" บันทึกรหัส ร.พ.ชุมชน(1) ร.พ.รัฐในจังหวัด(2) ร.พ.รัฐนอกจังหวัด(3) ร.พ.เอกชนในจังหวัด(4) ร.พ.เอกชนนอกจังหวัด(5) อื่นๆ ระบุ(6)	เป็นร.พ.ที่ระบุในบัตรสิทธิหรือไม่ ขอผู้ตอบระบุ ระบุในบัตร (1) ไม่ระบุในบัตร (2) ไม่เข้าข่าย (3) ไม่ทราบ (9)	".....ชื่อ...เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลเป็นเวลากี่วัน?" บันทึก จำนวนวันที่เข้าพักรักษาตัวในร.พ.
บันทึกรหัส เคย(1) ไม่เคย(2)					
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
B	C	D	E	F	G





ตอนที่ 7 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสุขภาพ (ถามทุกคน)

7.3 การเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการ (การใช้บริการ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

โรคเรื้อรังและความพิการ					การใช้บริการกรณีโรคเรื้อรัง ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				
(ชื่อ)...ป่วยเรื้อรังหรือไม่?	"...(ชื่อ)...มีความพิการหรือไม่?"	ลำดับโรค/พิการที่เป็น	"ถ้าป่วยเรื้อรังตามรหัสโรคที่ระบุ...(ชื่อ)...ป่วยเป็นโรคบันทึกรหัส	"ถ้าพิการตามรหัสโรคที่ระบุ...(ชื่อ)...ป่วยเป็นโรคบันทึกรหัส	ความถี่ที่ใช้บริการกี่ครั้ง	วิธีรักษาส่วนใหญ่ที่ใช้ ไม่ได้รับยาอะไร(01) ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร(02) หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ(03) ซื้อยากินเอง(04) หาเจ้าหน้าที่สถานอนามัย(05) ไปร.พ.ชุมชน(06) ร.พ.จังหวัด/ร.พ.รัฐอื่นๆ (07) หาแพทย์ที่คลินิก(08) ร.พ.เอกชน(09) อื่นๆ ระบุ(10)	สิทธิที่ใช้ บันทึกรหัส ไม่ใช่สิทธิใด ๆ(1) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2) ข้าราชการ(3) ประกันสังคม(4) ประกันเอกชน(5)	ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายต่อครั้ง (บาท)	เบิกเงินได้(บาท) ถ้าไม่รู้ให้บันทึกช่องว่างว่า "ไม่ทราบ" หรือ 99999
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
		1							
		2							
		3							
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

ตอนที่ 7 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสุขภาพ(ตามทุกคน)

ตอนที่ 8 ผลกระทบนโยบาย

7.3 เจ็บป่วยเรื้อรังและพิการ (การใช้บริการ ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

การเจ็บป่วยทุกชนิด

ชนิดโรคเรื้อรัง	การใช้บริการกรณีพิการ (ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)						ก่อนปัญหาการเงิน/การรับบริการหรือไม่	
	ความถี่ที่ใช้บริการ	วิธีรักษาส่วนใหญ่ที่ใช้	สิทธิที่ใช้	ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายต่อครั้ง (บาท)	เบิกคืนได้ (บาท) ถ้าไม่ให้นำบันทึกของนี้ว่า "ไม่ทราบ" หรือ 99999	ความพึงพอใจ	(ชื่อ) ... ประสบปัญหาไม่มีเงินจ่าย ค่ารักษาหรือไม่ มีปัญหาต้องกู้เงิน(1) มีปัญหาต้องขายทรัพย์สิน (3) อื่นๆ (4)	(ชื่อ) ... ประสบปัญหาไม่ได้บริการที่ควรได้รับหรือไม่ มีปัญหา (1) มีปัญหา (1) ระบุประเภทปัญหา
ความพึงพอใจ	มากที่สุด	ไม่ได้รับการรักษา(01)	บันทึกสห			มากที่สุด		
พึงพอใจน้อยที่สุด	(1)	ยาแผนโบราณ/สมุนไพร(02)	ไม่ใช้สิทธิใด(1)			มากที่สุด		
พึงพอใจน้อย(2)	(2)	หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ(03)	ประกันสุขภาพ			มากที่สุด		
พอใจปานกลาง	(3)	ชื่อยากินเอง(04)	ถ้วนหน้า(2)			มากที่สุด		
พึงพอใจมาก(4)	(4)	หาเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย(05)	ข้าราชการ(3)			มากที่สุด		
พึงพอใจมากที่สุด	(5)	ไปร.พ.ชุมชน(06)	ประกันสังคม(4)			มากที่สุด		
		ร.พ.จังหวัด/ร.รัฐอื่นๆ (07)	ประกันเอกชน(5)			มากที่สุด		
		หาแพทย์ที่คลินิก(08)				มากที่สุด		
		ร.พ.เอกชน(09)				มากที่สุด		
		อื่นๆ ระบุ(10)				มากที่สุด		

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

ตอนที่ 9. ความคิดเห็นต่อสภาพครัวเรือนในภาพรวมในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

	ใช่	ไม่ใช่	ตอบไม่ได้
<b>ลักษณะทางเศรษฐกิจโดยทั่วไป</b>			
1. ไม่มีกิน/ไม่พอกิน			
2. รายได้น้อย ไม่พอเลี้ยงครอบครัว			
3. รายได้ไม่สม่ำเสมอหรือรายได้ไม่แน่นอน			
4. คนหารายได้ในครอบครัวมีน้อย			
5. ค่าใช้จ่ายสูง			
<b>หนี้สินและทรัพย์สิน</b>			
1. มีหนี้สิน			
2. ไม่มีหนี้หรือมีน้อย			
3. หนี้สินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ			
4. ไม่สามารถใช้หนี้/ลดหนี้ได้			
5. ไม่มีคนให้กู้/ไม่ยอกู้เพราะกลัวใช้คืนไม่ได้			
6. ไม่มีที่ทำกิน			
7. ไม่มีทรัพย์สิน			
8. ขาดสาธารณูปโภค หรือต้องจ่ายในราคาแพง			
<b>อาชีพและลักษณะส่วนบุคคล</b>			
1. หาเข้ากินค่า			
2. อาชีพรับจ้าง			
3. ตกงาน			
4. ขาดความรู้ประกอบอาชีพที่เหมาะสม			
5. อายุมาก ไม่มีลูกหลาน(แก่ชรา)			
6. ป่วย สุขภาพไม่ดี พักการ			
<b>ลักษณะครอบครัว</b>			
1. ครอบครัวใหญ่ มีลูกมาก			
2. มีภาระลูกหลาน			
3. มีภาระคนป่วยในครอบครัว			
<b>พฤติกรรม</b>			
1. ไม่พยายามดิ้นรนเพื่ออยู่รอด			
2. บริโภคเกินตัว วัตถุนิยม			
3. เล่นหวยกินเหล้าเกียจคร้าน			
4. แยกตัวไม่เข้ากลุ่มหรือสังคม			



ขอได้รับคำขอบพระคุณจาก  
ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

โทร. 0 55 261000 ต่อ 4666

โทรสาร 0 55 261198

<http://www.med.nu.ac.th/chem>

email [chem@nu.ac.th](mailto:chem@nu.ac.th)

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก

องค์การอนามัยโลก



การสำรวจผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)  
ต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย

โปรดทราบ 

ข้อมูลที่ท่านมอบให้ ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจะนำไปใช้ในการเสนอแนวทางการพัฒนาประเทศชาติด้านสาธารณสุข ในเรื่องหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนไทย ขอให้ท่านให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ท่านให้ไป ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่นำข้อมูลไปทำให้เกิดความเสียหายใดๆ กับตัวท่าน ตรงกันข้าม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องของท่านจะทำให้เกิดการกำหนดนโยบายได้ถูกต้อง และเกิดประโยชน์กับท่านและครอบครัวในอนาคต หากข้อมูลที่ท่านให้ผิดพลาด การพัฒนาประเทศด้านสาธารณสุขในเรื่องหลักประกันสุขภาพก็จะผิดพลาดตามไปด้วย

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังว่า จะได้รับความร่วมมือจากครัวเรือนของท่านในการสำรวจครัวเรือนครั้งต่อๆ ไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามผลกระทบของนโยบายรัฐในระยะยาว

การสำรวจผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)  
ต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย

คำยืนยันว่าท่าน ได้ให้ข้อมูลของครัวเรือนท่านโดยสมัครใจ ภายใต้ความเข้าใจว่า การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์จะเป็นไปเพื่อนโยบายประเทศในภาพรวม

ลงชื่อ .....

ตุลาคม-ธันวาคม 2546

เลขที่แบบสอบถาม [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



## บทนำ

โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค หรือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการมาตั้งแต่ต้นปี ๒๕๔๔ โดยรัฐบาลได้ผลักดันนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องจนประชาชนรู้จักโครงการนี้เป็นอย่างดี อาจกล่าวได้ว่าโครงการนี้ประสบความสำเร็จอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ยากจนที่สุดในสังคม เนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้มากกว่าสมาชิกครัวเรือนที่มีรายได้สูง<sup>(๑)</sup> และเมื่อประเมินภาระการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพจากรายได้ครัวเรือนหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าภาระที่เป็นอัตราถดถอยต่อรายได้ลดลงอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด<sup>(๒)</sup>

จนกระทั่งปี ๒๕๔๖ โครงการนี้จึงได้ขยายความครอบคลุมมายังเขตกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นจังหวัดสุดท้าย เพราะเป็นเมืองหลวงของประเทศ มีระบบการบริหารจัดการพิเศษและมีความสลับซับซ้อนแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ จึงศึกษานำร่องถึงผลกระทบจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงและการใช้บริการ ตลอดจนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายของประเทศ และผู้บริหารในเขตกรุงเทพมหานครและเครือข่ายบริการสุขภาพในการปรับปรุงและพัฒนานโยบายและการดำเนินงานโครงการฯ ให้มีประสิทธิภาพ

## วิธีการศึกษา

การสำรวจครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครของการวิจัยนี้มีระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๔๖ ถึงมีนาคม ๒๕๔๗ ต้องการให้ได้ครัวเรือนยากจนจำนวนมากเพียงพอเพื่อดูผลกระทบของนโยบาย จึงใช้การสุ่มแบบเจาะจงเพื่อค้นหาละแวกบ้านที่มีคนจน

อาศัยอยู่ โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินเมื่อรับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นจุดเริ่มต้น ปัญหาการเงินเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยกลุ่มโรคที่ราคาไม่สูงนัก คือการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน ๒๐ ราย และการเจ็บป่วยกลุ่มโรคที่มีราคาสูงคือ การรับบริการผู้ป่วยในจำนวน ๒๐ ราย ติดตามผู้ป่วยไปจนถึงที่บ้านเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสมาชิกทุกคนในครัวเรือนนั้น ค้นหาครัวเรือนยากจนในละแวกเดียวกันเพิ่มเติม ด้วยเชื่อในทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ว่าคนจนมักอยู่รวมกลุ่มกันเป็นละแวก (poor neighbourhood)<sup>(๓)</sup> ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มผู้นำชุมชนถึงครัวเรือนยากจนที่สุดและครัวเรือนที่ไม่ยากจนในละแวกตามวิธีสังคมช่วยชี เพื่อจัดทำลำดับครัวเรือนยากจนและครัวเรือนไม่ยากจน จากนั้นจึงสัมภาษณ์ครัวเรือนทั้งยากจนและไม่ยากจน ๖ ครัวเรือนแรก โดยผู้สัมภาษณ์ภาคสนามตัดสินใจจำแนกครัวเรือนตามเศรษฐกิจฐานะจากลักษณะที่อยู่อาศัยประกอบด้วย นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในการใช้มาตรวัดคนจน ลักษณะที่ชี้ว่าเป็นครัวเรือนยากจน ได้แก่ ลักษณะบ้าน การมีหนี้สิน สามารถใช้ได้ทั้งครัวเรือนในต่างจังหวัดและในกรุงเทพมหานคร<sup>(๔)</sup> การศึกษาครั้งนี้ได้จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น ๕๐๒ ครัวเรือน เป็นครัวเรือนยากจน ๒๗๖ ครัวเรือน และครัวเรือนไม่จน ๒๒๖ ครัวเรือน และการสำรวจครั้งนี้ถามคำถามว่าการเจ็บป่วยทุกชนิดก่อปัญหาด้านการเงินหรือด้านบริการหรือไม่

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความพึงพอใจของการรับบริการแบบต่าง ๆ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจระหว่าง ๐ ถึง ๕ โดยคะแนน ๐ พึงพอใจน้อยที่สุด คะแนน ๒ พึงพอใจน้อย คะแนน ๓ พึงพอใจปานกลาง คะแนน ๔ พึงพอใจมาก และคะแนน ๕ พึงพอใจมากที่สุด

\*การสำรวจนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการ และการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนใน ๔ จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย สมุทรสาคร อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร<sup>(๑)</sup>

**ผลการศึกษา**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

จากการสำรวจครัวเรือนในเขตกรุงเทพมหานครทั้งสิ้น ๕๐๒ ครัวเรือน จำนวนสมาชิกครัวเรือนเท่ากับ ๒,๐๗๗ คน โดยมีสมาชิกเฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ ๔.๑ คน (ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครัวเรือนยากจน ๔.๔ คนต่อครัวเรือน และครัวเรือนไม่ยากจน ๓.๔ คน) สัดส่วนของจำนวนคนจนจากวิธีสังคมช่วยชีวิต<sup>(๓๖)</sup> ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับร้อยละ ๕๔ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนของครัวเรือนยากจนเท่ากับ ๒,๕๐๕ บาท เทียบกับครัวเรือนไม่ยากจน ๖,๓๔๔ บาท โครงสร้างอายุของกลุ่มคนจนเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานอายุคนจนน้อยกว่าคนไม่จน คนจนไม่ได้เรียนหนังสือหรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษาต่ำกว่าคนไม่จน คนจนไม่มีอาชีพหรือไม่มีงานทำ และมีอัตราส่วนพึ่งพิงกว่าคนไม่จน (ตารางที่ ๑) คนยากจนพักอาศัยอยู่ในห้องแถวหรือเรือนแถวมากกว่า (ร้อยละ ๕๔ และ ๔๕) ลักษณะของที่อยู่อาศัยของคนจน ใช้วัสดุที่ใช้แล้วและอยู่ในสภาพผุพังมากกว่า (ร้อยละ ๑๕ และ ๓) และคนจนเป็นเจ้าของบ้านน้อยกว่าคนไม่จน (ร้อยละ ๓๔ และ ๕๓)

การถือครองทรัพย์สินต่าง ๆ ของครัวเรือนยากจนและไม่ยากจน ที่ต่างกันมากได้แก่ การมีโทรศัพท์ (ร้อยละ ๔๗ และ ๙๒) รถยนต์ (ร้อยละ ๕ และ ๓๙) รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ ๒๙ และ ๕๓) และเครื่องปรับอากาศ (ร้อยละ ๓ และ ๒๗) ส่วนที่ไม่แตกต่างกันนักคือพัดลม (ร้อยละ ๙๙) และโทรทัศน์ (ร้อยละ ๙๐ และ ๙๔) (ตารางที่ ๒)

**๒. ลักษณะประชากรและการมีหลักประกันสุขภาพ**

โครงสร้างปิรามิดประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทอง สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม มีลักษณะแตกต่างกัน กลุ่มบัตรทองไม่ต้องจ่าย ๓๐ บาทเป็นกลุ่มอายุน้อยและผู้สูงอายุ บัตรทองจ่าย ๓๐ บาท เป็นกลุ่มวัยแรงงานเป็นหลัก

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป สมาชิกครัวเรือนยากจนและไม่ยากจนในเขตกรุงเทพมหานคร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	จน	ไม่จน	รวม (คน)
<b>๑. กลุ่มอายุ (ร้อยละ)</b>			
๐-๑๔ ปี	๒๕	๑๘	๕๑๕
๑๕-๒๕ ปี	๒๓	๒๘	๕๒๑
๓๐-๔๔ ปี	๒๕	๒๘	๕๔๑
๔๕-๕๕ ปี	๑๓	๑๖	๓๑๑
๖๐ ปี ขึ้นไป	๑๐	๕	๑๖๔
อัตราส่วนพึ่งพิง	๖๒	๓๖	๕๐
มัธยฐานอายุ (ปี)	๒๘	๓๑	๒๕
<b>๒. เพศ (ร้อยละ)</b>			
ชาย	๔๘	๔๕	๕๖๔
หญิง	๕๒	๕๕	๑,๐๕๘
<b>๓. ระดับการศึกษาสูงสุด (ร้อยละ)</b>			
ไม่ได้ศึกษา	๑๕	๑๑	๓๒๖
ประถมศึกษา	๕๒	๔๑	๕๖๔
มัธยมศึกษา	๒๔	๓๑	๕๕๘
อนุปริญญา	๒	๖	๖๓
ปริญญาตรี	๓	๑๑	๑๓๐
<b>๔. สถานภาพสมรส (ร้อยละ)</b>			
โสด	๔๕	๔๖	๕๘๘
สมรส	๔๓	๔๖	๕๓๑
หม้าย	๕	๔	๘๕
หย่า	๒	๒	๓๓
แยกกันอยู่	๑	๑	๒๕
<b>๕. อาชีพ (ร้อยละ)</b>			
ทำงาน	๔๕	๖๑	๑,๐๖๐
ไม่ทำงาน	๕๕	๓๕	๑,๐๑๒
<b>๖. รายได้ครัวเรือน (บาท/คน/เดือน)</b>			
มัธยฐาน	๒,๐๘๓	๕,๑๘๔	๓,๑๓๘



ตารางที่ ๒ ของใช้ภายในบ้านของครัวตัวอย่าง

	หน่วย : ร้อยละ	
	ครัวเรือนจน (n=๒๗๖)	ครัวเรือนไม่จน (n=๒๒๖)
โทรทัศน์สี/ขาวดำ	๕๐	๕๘
วิทยุ/วิทยุเทป	๗๐	๕๓
ตู้เย็น ตู้แช่	๗๑	๕๔
เครื่องซักผ้า	๒๔	๖๕
โทรศัพท์	๔๗	๕๒
เครื่องปรับอากาศ	๓	๒๗
พัดลม	๕๕	๕๕
เตารีดไฟฟ้า	๘๐	๕๖
รถยนต์	๕	๓๕
รถจักรยานยนต์	๒๕	๕๓
รถจักรยานสองล้อ	๒๑	๓๐

ประชากรสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม มีจำนวนน้อยกว่าประชากรบัตรทอง (รูปที่ ๑) โดยประกันสังคมครอบคลุมประชากรวัยแรงงานอายุ ๒๐-๓๙ ปีเป็นส่วนใหญ่

พบว่าคนจนไม่มีหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมมากกว่าคนไม่จน แต่คนจนมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า โดยเฉพาะสิทธิที่ไม่ต้องจ่าย ๓๐ บาท (ตารางที่ ๓)

สาเหตุไม่มีบัตรทองที่พบมากที่สุดคือ ไม่สนใจจะได้รอมาคือ ไม่รู้เรื่อง ไม่มีทะเบียนบ้าน และไม่มีบัตรประชาชน โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มค่อนข้างใกล้เคียงกันคือไม่สนใจจะได้ แต่คนจนระบุสาเหตุไม่มีทะเบียนบ้าน ไม่มีบัตรประชาชน และไม่รู้เรื่องมากกว่าคนไม่จน

### ๓. การเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพ

#### ๓.๑ การรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ

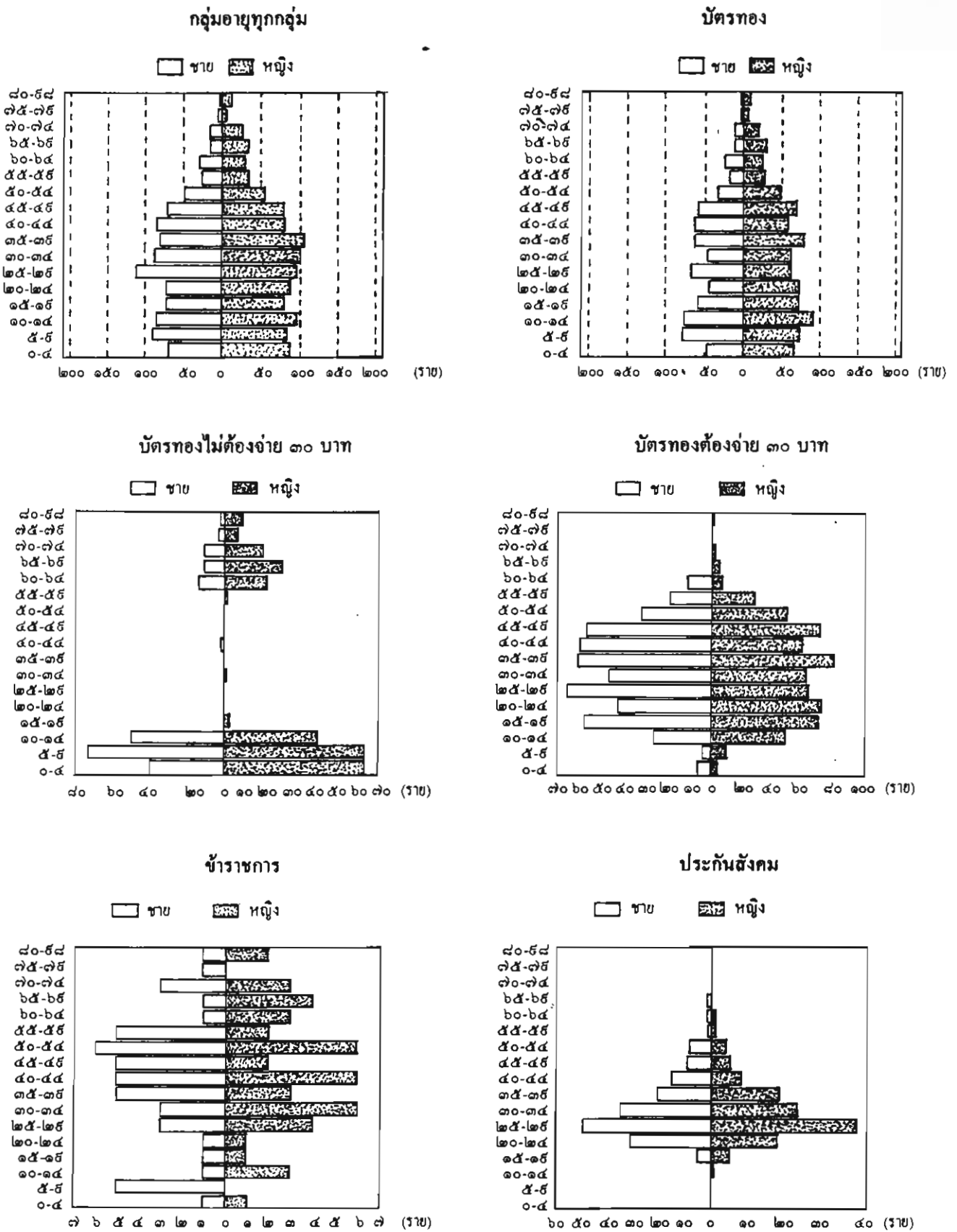
อัตราการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพในรอบ ๖

เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการไปรับบริการวัคซีนในเด็กต่ำกว่า ๑ ปีเท่ากับร้อยละ ๒๙ ถ้าเทียบเป็น ๑ ปีรับบริการวัคซีนร้อยละ ๕๔ ใกล้เคียงกันระหว่างคนจนกับคนไม่จน อัตราการวัดความดันโลหิตในผู้ใหญ่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ ๑๒ ต่อปี ใกล้เคียงกันทั้งสองตรวจสอบสุขภาพกับแพทย์ เท่ากับร้อยละ ๑๗ (ร้อยละ ๑๔ และ ๒๑) ตรวจปัสสาวะ/เลือด เบาหวานในผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ ๑๑ ต่อปี ใกล้เคียงกันระหว่างคนจนและไม่จน การตรวจไขมันในเลือดในผู้ที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ ๖ ต่อปี กลุ่มไม่จนร้อยละ ๔ กลุ่มคนจนร้อยละ ๕ ต่อปี ตรวจมะเร็งปากมดลูกทำเฉพาะกลุ่มไม่จนเท่านั้นเท่ากับร้อยละ ๑๒ ของหญิงวัย ๔๐ ปีขึ้นไป (ปรับให้เป็นอัตราต่อ ๓ ปีเพราะการตรวจมะเร็งปากมดลูกถ้าปกติควรตรวจ ๓ ปีต่อครั้ง) อัตราการรับบริการค่อนข้างน้อยได้แก่ วัคซีน ตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยทั่วไปคนจนไปรับบริการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มไม่จนในทุกบริการสร้างเสริมสุขภาพ ยกเว้นการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการตรวจไขมันในเลือด

#### ๓.๒ การเจ็บป่วยในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา

การรายงานว่าเจ็บป่วยภายใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้มีสิทธิบัตรทองหรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ ๕.๕๖ ครั้งต่อคนต่อปี น้อยกว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (๖.๔๔ ครั้งต่อคนต่อปี) แต่มากกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม (๔.๒๓ ครั้งต่อคนต่อปี) การไปใช้บริการในสถานบริการของรัฐและเอกชนเมื่อเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิของบัตรทองเท่ากับ ๑.๗๙ ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่าสวัสดิการข้าราชการ (๑.๐๙ ครั้งต่อคนต่อปี) แต่น้อยกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม (๒.๐๗ ครั้งต่อคนต่อปี) สำหรับการใช้สิทธิรักษายาบาล ผู้มีสิทธิบัตรทองร้อยละ ๕๑ ใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนน้อยกว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ ๕๐) และน้อยกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ ๔๓)

คนจนที่มีสิทธิบัตรทอง มีอัตราป่วย ๕.๕๗ ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ ๕.๒๙ ครั้งต่อคนต่อปี มีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาล



รูปที่ ๑ โครงสร้างปิรามิดประชากรตัวอย่างจำแนกตามสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพ

การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเศรษฐกิจฐานะในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ ๓ หลักประกันสุขภาพจำแนกตามเกณฑ์ความยากจน (n=๒,๐๗๗)

	จน ร้อยละ	ไม่จน ร้อยละ	รวม (ร้อยละ)
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	๑๑	๘	๑๐
สิทธิหลักประกันสุขภาพ			
- มีหลักประกันสุขภาพเพียงสิทธิเดียว	๘๕	๘๕	๘๕
- มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ ๒ สิทธิ	๔	๖	๕
- มีหลักประกันสุขภาพเท่ากับ ๓ สิทธิ	๐	๐	๐
รวม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ประเภทหลักประกันสุขภาพ*			
- สวัสดิการข้าราชการ	๓	๗	๕
- ประกันสังคม	๑๐	๑๗	๑๔
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๗๖	๗๖	๗๖
ไม่ต้องจ่าย ๓๐ บาท	๒๖	๑๗	๒๒
จ่าย ๓๐ บาท	๕๐	๕๖	๕๔

\*รวมไม่เท่ากับ ๑๐๐ เพราะมีกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพนับซ้ำ

ตารางที่ ๔ อัตราการเจ็บป่วยใน ๒ สัปดาห์และการใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน (คน)	ป่วย (คน)	ใช้บริการ (คน)	ใช้สิทธิ (คน)	อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	อัตราการใช้ บริการ (ครั้ง/คน/ปี)	การใช้บริการ ตามสิทธิ (ร้อยละ)
<b>ทั้งหมด*</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๑,๕๘๑	๓๓๒	๑๐๖	๔๕	๕.๔๖	๑.๗๖	๔๑
ข้าราชการฯ	๕๕	๒๕	๔	๒	๖.๘๔	๑.๐๖	๕๐
ประกันสังคม	๒๘๖	๔๗	๒๓	๑๖	๔.๒๓	๒.๐๗	๘๓
<b>จน</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๖๖๒	๒๐๖	๗๕	๓๕	๕.๕๗	๒.๐๓	๔๗
ข้าราชการฯ	๒๘	๑๐	๐	๐	๖.๒๖	๐.๐๐	๐
ประกันสังคม	๑๒๕	๒๕	๑๓	๑๑	๕.๒๐	๒.๗๐	๘๕
<b>ไม่จน</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๖๑๙	๑๒๖	๓๑	๑๐	๕.๒๖	๑.๔๓	๒๖
ข้าราชการฯ	๒๗	๑๕	๔	๒	๕.๘๒	๑.๕๕	๕๐
ประกันสังคม	๑๖๔	๒๒	๑๐	๘	๓.๔๖	๑.๕๖	๘๐

\*n = ๒,๐๗๗ เพราะมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งไม่ได้แสดงในตาราง

รัฐและเอกชนเท่ากับ ๒.๐๓ ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีอัตราการไปใช้บริการเท่ากับ ๑.๔๓ ครั้งต่อคนต่อปี และใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเท่ากับร้อยละ ๔๗ มากกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งไปใช้บริการเพียงร้อยละ ๒๙ (ตารางที่ ๔)

๓.๓ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา

อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยบัตรทองเท่ากับ ๑.๐๗๕ ครั้งต่อคนต่อปี น้อยกว่าข้าราชการ (๑.๐๙๕ ครั้งต่อคนต่อปี) แต่มากกว่าผู้ประกันตน (๑.๐๕๒ ครั้งต่อคนต่อปี) การใช้สิทธิรักษาพยาบาลของตนเองเท่ากับร้อยละ ๕๓ น้อยกว่าผู้มีสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ ๑๐๐) และผู้มีสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ ๔๐) ถ้าเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มบัตรทอง อัตราการนอนโรงพยาบาลของคนจนมากกว่ากลุ่มไม่จน โดยเท่ากับ ๑.๐๙๔ และ ๑.๐๔๕ ครั้งต่อคนต่อปี และมีการใช้สิทธิรับบริการนี้ในโรงพยาบาลร้อยละ ๖๒ และร้อยละ ๒๕ ตามลำดับ

(ตารางที่ ๕)

๓.๔ การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ที่มีบัตรทองและเป็นโรคเรื้อรัง ไปใช้บริการสุขภาพร้อยละ ๕๑ ของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง อัตราการรับบริการนี้น้อยกว่ากลุ่มผู้มีสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (๗๑%) และผู้มีสิทธิประกันสังคม (๔๑%) ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพ ผู้มีบัตรทองใช้บริการ ๗ ครั้งต่อคนต่อปี น้อยกว่าผู้มีสิทธิข้าราชการ (๘ ครั้งต่อคนต่อปี) และผู้มีสิทธิประกันสังคม (๙ ครั้งต่อคนต่อปี) ส่วนการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อไปใช้บริการ ผู้มีสิทธิบัตรทองใช้สิทธิของตนร้อยละ ๗๔ น้อยกว่าผู้มีสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ ๘๓) และน้อยกว่าผู้มีสิทธิประกันสังคมเล็กน้อย (ร้อยละ ๗๖)

คนจนที่มีสิทธิบัตรทองไปใช้บริการรักษาโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๔๔ น้อยกว่าผู้มีบัตรทองไม่จน (๖๐%) ความถี่ในการใช้บริการต่อคนต่อปีของคนจนเท่ากับ ๘ ครั้ง บ่อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความถี่ในการใช้บริการ

ตารางที่ ๕ อัตราการนอนโรงพยาบาลและการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

หลักประกันสุขภาพ	จำนวน (คน)	ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล	ใช้สิทธิ	นอนโรงพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	การให้บริการตามสิทธิ (ร้อยละ)
<b>ทั้งหมด</b>					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๑,๕๘๑	๑๑๘	๖๓	๑.๐๗๕	๕๓
ข้าราชการฯ	๕๕	๕	๕	๑.๐๙๕	๑๐๐
ประกันสังคม	๒๘๕	๑๕	๑๒	๑.๐๕๒	๘๐
<b>จน</b>					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๕๖๒	๕๐	๕๖	๑.๐๕๔	๖๒
ข้าราชการฯ	๒๘	๑	๑	๑.๐๓๖	๑๐๐
ประกันสังคม	๑๒๕	๑๐	๗	๑.๐๘๐	๗๐
<b>ไม่จน</b>					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๖๑๕	๒๘	๗	๑.๐๔๕	๒๕
ข้าราชการฯ	๖๗	๘	๘	๑.๑๑๕	๑๐๐
ประกันสังคม	๑๖๔	๕	๕	๑.๐๓๐	๑๐๐

การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเศรษฐกิจฐานะในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ ๖ เจ็บป่วยเรื้อรังและการใช้บริการรักษาในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

หลักประกันสุขภาพ	คนที่เป็ (คน) ก	ใช้บริกา (คน) ข	ใช้บริกา (ครั้ง) ค	การใช้ง บริการ ตามสิทธิที่มี (คน) ง	อัตราการใช้ บริการ (ร้อยละ) จ	ความถี่ ใช้บริกา (ครั้ง/ต่อปี) ฉ	การใช้ง บริการ ตามสิทธิ (ร้อยละ) ช
<b>ทั้งหมด</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๒๐๖	๑๐๕	๗๕๕	๗๘	๕๑	๗	๗๔
ข้าราชการฯ	๑๗	๑๒	๖๔	๑๐	๗๑	๘	๘๓
ประกันสังคม	๒๑	๑๗	๕๕	๑๓	๘๑	๕	๗๖
<b>จน</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๑๒๓	๕๔	๔๖๒	๕๔	๔๔	๘	๑๐๐
ข้าราชการฯ	๓	๓	๑๖	๓	๑๐๐	๑๑	๑๐๐
ประกันสังคม	๑๔	๑๔	๖๓	๑๐	๑๐๐	๕	๗๑
<b>ไม่จน</b>							
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๘๓	๕๑	๒๕๓	๒๔	๖๑	๗	๔๗
ข้าราชการฯ	๑๔	๕	๔๘	๗	๖๔	๗	๗๘
ประกันสังคม	๗	๓	๓๒	๓	๔๓	๕	๑๐๐

ก คือ จำนวนคนที่รายงานว่าเป็นโรคเรื้อรัง ข คือ จำนวนคนที่เป็โรคเรื้อรังและรับการรักษาในสถานพยาบาล ค คือ จำนวนครั้งที่รับบริการใน ๑ ปี ง การใช้สิทธิรักษาพยาบาลของตนเอง จ อัตราการใช้บริการ (คือ ข x ๑๐๐% / ก) ฉ ความถี่ของการใช้บริการต่อปี (คือ ค / ข) ช อัตราการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของตนเอง (คือ ง x ๑๐๐% / ข)

ต่อคนต่อปีเท่ากับ ๗ ครั้งต่อคนต่อปี แต่คนจนใช้สิทธิมากกว่า โดยมีค่าเท่ากับร้อยละ ๑๐๐ และ ๔๗ ตามลำดับ (ตารางที่ ๖)

๔. ความพึงพอใจของผู้ไปใช้บริการ

การใช้บริการจากการเจ็บป่วยในรอบ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มคนจนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจน้อยกว่ากลุ่มไม่จน (๓.๓๔ และ ๓.๔๓) ผู้มีบัตรทองและจนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๓๓ น้อยกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย ๓.๔๖

การใช้บริการจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มคนจนมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มไม่จน (๓.๕๓ และ ๓.๖๗) คนจนที่มีบัตรทองมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย ๓.๔๙ น้อยกว่ากลุ่มไม่จน

ผู้ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มคนจน

มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มไม่จน (๓.๓๕ ต่อ ๓.๔๒) คนจนที่มีสิทธิบัตรทองมีคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ ๓.๓๖ น้อยกว่ากลุ่มไม่จนซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๔๓ (ตารางที่ ๗)

๕. สถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเอง

สถานะสุขภาพในภาพรวม วัดด้วยการให้สมาชิกในครัวเรือนประเมินระดับสุขภาพของตนเอง โดยคะแนน ๑ เท่ากับสุขภาพทรุดโทรม และ ๕ เท่ากับสุขภาพดีมาก และให้ประเมินสถานะสุขภาพปีปัจจุบันและปีที่ผ่านม พบว่ากลุ่มคนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่จนทุกกลุ่มอายุ (คะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุทุกประเภทของการประกันสุขภาพปี ๒๕๔๖ เท่ากับ ๓.๕๔ เทียบกับ ๓.๔๔ ปี ๒๕๔๗) นอกจากนั้นคะแนนสถานะสุขภาพ เมื่อเทียบกับคะแนนสุขภาพปีก่อน

ตารางที่ ๑ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร

	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>๑. เจ็บป่วย ๒ สัปดาห์</b>			
ยากจน	๒๗๔	๓.๓๔	๐.๗๗
ไม่ยากจน	๑๖๖	๓.๔๓	๐.๘๘
<b>สิทธิบัตรทอง</b>			
ยากจน	๒๐๖	๓.๓๓	๐.๗๗
ไม่ยากจน	๑๒๖	๓.๔๖	๐.๘๕
<b>๒. ผู้ป่วยเรื้อรัง</b>			
ยากจน	๑๔๘	๓.๕๓	๐.๕๔
ไม่ยากจน	๘๗	๓.๖๗	๐.๗๕
<b>สิทธิบัตรทอง</b>			
ยากจน	๑๑๘	๓.๔๕	๐.๕๑
ไม่ยากจน	๘๐	๓.๖๕	๐.๗๕
<b>๓. ผู้พิการ</b>			
<b>ผู้พิการทั้งหมด</b>			
ยากจน	๔	๓.๕๐	๑.๒๕
ไม่ยากจน	๔	๓.๕๐	๐.๕๘
<b>สิทธิบัตรทอง</b>			
ยากจน	๒	๓.๕๐	๒.๑๒
ไม่ยากจน	๒	๓.๕๐	๐.๗๑
<b>๔. เจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล</b>			
ยากจน	๑๐๗	๓.๓๕	๐.๕๕
ไม่ยากจน	๓๕	๓.๕๒	๐.๖๒
<b>สิทธิบัตรทอง</b>			
ยากจน	๘๕	๓.๓๖	๐.๕๕๑
ไม่ยากจน	๒๗	๓.๕๓	๐.๖๑๖

ส่วนใหญ่มีคะแนนลดลงเรียกว่ามีการเสื่อมค่า พบว่าการเสื่อมค่าของสถานะสุขภาพในกลุ่มคนจนมากกว่าของกลุ่มที่ไม่จนเล็กน้อย (กลุ่มคนจนคะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุลดจากปี ๒๕๔๖ ๐.๑๓ ส่วนกลุ่มไม่จนคะแนนลดจากปีก่อน ๐.๐๖) ในกลุ่มอายุ

๖๐ ปีขึ้นไปพบว่าคะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยมีค่าน้อยที่สุด (คะแนนสถานะสุขภาพเฉลี่ยปี ๒๕๔๗ ของผู้สูงอายุทุกการประกันสุขภาพ ๒.๔๑ เทียบกับ ๒.๙๗ ในปี ๒๕๔๖ ตารางที่ ๔)

**๖. ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร**

คำถามวิจัยสำคัญของการศึกษาคั้งนี้ คือ การดำเนินงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลงานตรงเป้าหมายคนจนมากน้อยเพียงใด พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ ๓๙ ระบุว่ามีการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาด้านการเงิน โดยกลุ่มคนจนระบุว่ามีปัญหาต้องกู้เงินมากถึงร้อยละ ๕๗ และมีปัญหาอื่น ๆ ร้อยละ ๒ แต่กลุ่มไม่คนจนระบุว่ามีปัญหาทางการเงินจากการเจ็บป่วยไม่ว่าชนิดใดๆ เพียงร้อยละ ๙ กลุ่มไม่จน ๑ คนระบุว่ามีปัญหาการเงินต้องนำทรัพย์สินไปขาย

ส่วนปัญหาด้านบริการ พบประมาณ ร้อยละ ๔ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยกลุ่มคนจนพบร้อยละ ๙ ส่วนกลุ่มไม่จนพบปัญหานี้ ร้อยละ ๖ (ตารางที่ ๙)

**วิจารณ์**

การสำรวจครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร เพื่อตอบคำถามว่าการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดผลกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนจนมากน้อยเพียงใด วิธีสุ่มตัวอย่างประชากรใช้การเลือกครัวเรือนแบบเจาะจงเริ่มจากผู้ป่วยที่มีปัญหาการเงินจากการรับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อให้ได้พื้นที่สำรวจครัวเรือนที่จะพบคนจนอย่างแน่นอน การวิจัยนี้ไม่ใช้การสุ่มตามความน่าจะเป็น เพราะไม่ต้องการตอบคำถามความชุกของปัญหาที่ต้องใช้วิธีสำรวจกลุ่มประชากรตัวแทนตามหลักระบาดวิทยาเชิงพรรณนา แต่ต้องการเปรียบเทียบผลกระทบระหว่างครัวเรือนยากจนกับครัวเรือนไม่ยากจนจึงใช้การสุ่มแบบเจาะจงเพื่อให้พบครัวเรือนยากจนที่มีจำนวนมากพอ นอกจากนั้นวิธีวิจัยยังได้นำแนวคิด “ละแวก” เพื่อหาคนจนในละแวกพื้นที่นั้นให้ได้เพิ่มอีก ๖ ครัวเรือน การ

การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามเศรษฐกิจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ ๘ สถานะสุขภาพประเมินด้วยตนเองตามกลุ่มอายุและการประกันสุขภาพ

กลุ่มอายุ	คะแนนเฉลี่ยปี ๒๕๔๖					คะแนนเฉลี่ยปี ๒๕๔๗				
	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกันฯ	ทั้งหมด	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ไม่มีหลักประกันฯ	ทั้งหมด
<b>ทุกกลุ่มอายุ</b>										
ต่ำกว่า ๑๕ ปี	๓.๗๓	๓.๕๔	๓.๗๗	๓.๗๖	๓.๗๒	๓.๖๘	๓.๕๘	๓.๗๔	๓.๖๒	๓.๖๗
๑๕- ๕๕ ปี	๓.๔๘	๓.๖๘	๓.๕๑	๓.๔๔	๓.๔๗	๓.๓๓	๓.๔๓	๓.๒๕	๓.๒๕	๓.๓๒
๖๐+ ปี	๒.๕๕	๓.๐๐	๓.๐๐	๒.๘๗	๒.๕๗	๒.๘๑	๒.๘๕	๒.๖๗	๒.๗๓	๒.๘๑
รวมทุกกลุ่มอายุ	๓.๕๓	๓.๔๘	๓.๗๒	๓.๕๐	๓.๕๔	๓.๔๓	๓.๓๕	๓.๖๔	๓.๓๖	๓.๔๔
<b>จน</b>										
ต่ำกว่า ๑๕ ปี	๓.๖๕	๓.๕๐	๓.๗๑	๓.๕๖	๓.๖๗	๓.๖๒	๓.๔๐	๓.๕๘	๓.๓๒	๓.๕๘
๑๕- ๕๕ ปี	๓.๓๘	๓.๕๕	๓.๔๘	๓.๕๐	๓.๔๐	๓.๒๔	๓.๐๕	๓.๐๗	๓.๒๕	๓.๒๓
๖๐+ ปี	๒.๘๘	๓.๐๐	๓.๐๐	๒.๘๓	๒.๘๘	๒.๖๕	๒.๖๗	๒.๖๗	๒.๕๘	๒.๖๗
รวมกลุ่มจน	๓.๔๗	๓.๔๖	๓.๖๔	๓.๔๐	๓.๔๗	๓.๓๕	๓.๑๗	๓.๔๓	๓.๑๗	๓.๓๔
<b>ไม่จน</b>										
ต่ำกว่า ๑๕ ปี	๓.๗๘	๓.๕๖	๓.๘๓	๓.๕๖	๓.๗๕	๓.๗๗	๓.๖๕	๓.๘๕	๓.๕๒	๓.๗๕
๑๕- ๕๕ ปี	๓.๖๑	๓.๗๓	๓.๕๗	๓.๓๗	๓.๕๗	๓.๔๕	๓.๕๘	๓.๕๒	๓.๓๒	๓.๔๔
๖๐+ ปี	๓.๑๔	๓.๐๐	-	๓.๕๐	๓.๑๒	๒.๕๗	๒.๕๔	-	๔.๐๐	๒.๕๕
รวมกลุ่มไม่จน	๓.๖๒	๓.๔๘	๓.๗๕	๓.๗๐	๓.๖๔	๓.๕๓	๓.๔๓	๓.๘๑	๓.๖๗	๓.๕๘

ตารางที่ ๙ ผลกระทบด้านการเงินและด้านบริการในสิทธิบัตรทอง

ผลกระทบของนโยบายต่อปัญหา	ยากจน	ไม่ยากจน	รวม
<b>๑. ด้านการเงิน</b>			
ต้องกู้เงิน	๕๖๒ (๑๐๐)	๖๑๗ (๑๐๐)	๑,๕๗๙
ต้องขายทรัพย์สินและปัญหาอื่น ๆ	๕๕๐ (๕๗)	๕๕ (๕)	๖๐๕
ไม่มีปัญหา	๑๓ (๒)	๑ (๐)	๑๔
ไม่มีปัญหา	๓๕๕ (๔๑)	๕๖๑ (๕๑)	๙๑๖
<b>๒. ด้านการรับบริการ</b>			
มีปัญหา	๕๖๒ (๑๐๐)	๖๐๓ (๑๐๐)	๑,๕๖๕
ไม่มีปัญหา	๘๕ (๕)	๓๘ (๖)	๑๒๓
ไม่มีปัญหา	๘๗๓ (๕๑)	๕๖๕ (๕๔)	๑,๔๓๘

ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละ

วิจัยนี้จึงพิสูจน์ว่าการค้นหาคนจนในกรุงเทพมหานคร โดยวิธีสังคมช่วยซึ่งยังเป็นไปได้ และการใช้ตัวชี้ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาการเงินทั้งการป่วยไม่รุนแรง (ผู้ป่วยนอก) และป่วยรุนแรง (ผู้ป่วยใน) ได้ค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนยากจน ๒,๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน (ถ้าคิดตามค่าเฉลี่ยครัวเรือนยากจนมีสมาชิก ๔.๔ คน รายได้ครัวเรือนเท่ากับ ๑ หมื่นบาทต่อเดือน\* เทียบกับครัวเรือนไม่ยากจน รายได้เฉลี่ย ๖,๕๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน สมาชิก ๓.๔ คน เป็นรายได้ครัวเรือน ๒.๔ หมื่นบาทต่อเดือน) รายได้นี้สูงกว่าเกณฑ์รายได้การออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ๒,๕๐๐ บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน<sup>(๙)</sup> ก่อนเปลี่ยนมาเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้หลักประกันสุขภาพแก่ทุกคนโดยไม่ต้องใช้เกณฑ์รายได้เป็นตัวตัดสิน

อัตราการพบผู้ไม่มีหลักประกันใด ๆ ร้อยละ ๑๐ ในการสำรวจนี้สูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ<sup>(๑๐)</sup> เช่น การสำรวจผลกระทบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒ รอบในจังหวัดสุโขทัย อุบลราชธานี สมุทรสาครและภูเก็ต (ปี ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๖) พบว่าคนไม่มีหลักประกันสุขภาพลดจากร้อยละ ๙ เหลือร้อยละ ๔<sup>(๑)</sup> การสำรวจการไม่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนในเขตเมืองนครสวรรค์รวมผู้ไม่มีบัตรและผู้มีบัตรแต่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ ร้อยละ ๖<sup>(๑)</sup> การที่อัตราไม่มีหลักประกันสูงอาจเป็นเพราะการศึกษานี้ทำในกรุงเทพมหานครประมาณต้นปี ๒๕๔๗ แม้จะเป็นช่วงปีที่ ๔ ของนโยบายนี้ แต่กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดสุดท้ายที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งจังหวัด และคนกรุงเทพมหานครมีรายได้สูงกว่าจังหวัดอื่น จึงไม่สนใจที่จะมีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่าใดนัก สาเหตุอีกประการหนึ่ง การสำรวจนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจึงไม่เป็นตัวแทนของประชากรกรุงเทพมหานคร จะเห็นจากอัตราการไม่มีหลักประกันสุขภาพในคนจนสูงถึงร้อยละ ๑๐ มากกว่าอัตราการไม่มีหลักประกันสุขภาพในกลุ่มคนไม่จน ร้อยละ ๔

\*คิดจากรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือนคูณจำนวนสมาชิกครัวเรือน

การรับบริการส่งเสริมสุขภาพของคนกรุงเทพมหานครในการวิจัยนี้อยู่ในระดับต่ำมาก ทั้งที่กรุงเทพมหานครมีสถานพยาบาลต่าง ๆ มากที่สุดในประเทศไทย แม้การศึกษานี้ไม่ได้เป็นตัวแทนอัตราการรับบริการส่งเสริมสุขภาพของคนกรุงเทพมหานครทั้งหมด แต่ก็สะท้อนว่าคนจนในกรุงเทพมหานคร กับคนไม่จนที่อยู่ละแวกใกล้กับที่ที่พบคนจน ยังมีปัญหาการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ซึ่งถือว่าเป็นบริการที่มีความคุ้มครองและอยู่ในเป้าหมายรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขมาหลายปี การพัฒนาระบบบริการในกรุงเทพมหานคร เช่น คลินิกอบอุ่น ซึ่งคาดหวังว่าจะช่วยให้บริการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นนั้น<sup>(๑๑)</sup> จะมีผลกระทบต่อความครอบคลุมในกลุ่มคนจนหรือไม่

ในด้านการรายงานว่าเจ็บป่วย คนจนในกรุงเทพมหานครรายงานว่าป่วยในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ๕.๕๗ ครั้งต่อคนต่อปี มากกว่าคนไม่จนในละแวกเดียวกัน และมากกว่าการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี ๒๕๔๖ ซึ่งป่วย ๔.๙๓ ครั้งต่อคนต่อปี<sup>(๑๑)</sup> การใช้สิทธิเมื่อรับบริการของคนจนในการศึกษานี้เป็นร้อยละ ๔๗ ต่ำกว่าคนจนในจังหวัดอื่น ๆ<sup>(๑)</sup> แต่สูงกว่าการสำรวจในกรุงเทพมหานครของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่อัตราการใช้สิทธิโดยเฉลี่ยร้อยละ ๒๔-๓๔<sup>(๑๑)</sup> แต่การเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาสูง คือการต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราการนอนโรงพยาบาลของคนจนร้อยละ ๙.๔ ต่อปี สูงกว่าคนไม่จน และสูงกว่าการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(๑๑)</sup> และการใช้สิทธิก็มากกว่าการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง คือคนจนใช้สิทธิของตนในกรณีนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ ๖๒ ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีผลต่อภาระการเงินในระยะยาว คนจนเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนไม่จน แต่ถ้าวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่เข้าถึง กลุ่มนี้จะรับบริการบ่อยครั้งกว่าคนไม่จนและร้อยละ ๑๐๐ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง

จากสถิติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า คนจนมีสถานะสุขภาพต่ำกว่าคนไม่จน



เพราะเจ็บป่วยบ่อยกว่า คนจนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีพอสมควร ยกเว้นกรณีโรคเรื้อรัง เพราะอัตราการใช้บริการทั้งกรณีป่วยช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือการนอนโรงพยาบาลสูงกว่า แต่การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ โดยได้รับความพึงพอใจที่ต่ำกว่าคนไม่จน และทำให้ประสบกับปัญหาทางการเงินและการบริการมาก ด้วยการเป็นคนจนทำให้ต้องเสี่ยงมากต่อการกู้เงินเพื่อการรักษาพยาบาล และการมีบัตรทองก็เป็นเหตุให้ประสบปัญหาการกู้เงินเช่นกัน ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลพยายามตั้งกฎเกณฑ์การใช้สิทธิที่คนจนและคนมีบัตรทองไม่สามารถใช้สิทธินั้น ทั้งนี้นโยบายหลักประกันสุขภาพต้องการให้ปัญหานี้ลดน้อยลง การนั่งนอนใจว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ผลต่อกลุ่มคนยากจนที่สุดในสังคม จากผลวิเคราะห์ในระดับภาพรวมว่าการกระจายเงินที่มีลักษณะถดถอยต่อราย-ได้ลดน้อยลง<sup>(๒)</sup> จึงต้องระมัดระวัง เพราะการวิจัยนี้พบว่าคนจนถึงร้อยละ ๕๗ ต้องประสบปัญหาต้องกู้เงินเพื่อรับการรักษาพยาบาล

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

คนจนเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก การที่คนจนมีคะแนนสถานะสุขภาพต่ำอาจเป็นผลสะสมมาจากอดีต แต่ก็ยังเป็นปัจจัยกำหนดให้รับบริการสุขภาพมากขึ้นในภาวะปัจจุบันและในอนาคต ดังนั้น ควรมีระบบติดตามผลกระทบด้านนโยบายอย่างต่อเนื่องว่าสามารถเข้าถึงกลุ่มคนจนได้มากน้อยเพียงใด คนจนในกรุงเทพมหานคร ยังมีโอกาสที่ดีกว่าคนจนในชนบท จึงควรมีระบบติดตามคนจนในท้องถิ่นที่ยากลำบากด้วย และควรพิจารณาว่า ระเบียบการใช้สิทธิประกันสุขภาพที่ตั้งขึ้นเพื่อให้ประชาชนมีความรับผิดชอบนั้นมีผลกระทบกับคนจนมากกว่าคนไม่จน สมควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณประชาชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณมนตรี บัวแก้ว และคุณพาวณี ยิ้มสบาย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ช่วยจัดการข้อมูล และจัดการแบบสอบถามการวิจัย และขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกและสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

**เอกสารอ้างอิง**

๑. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawat S, Srithamrongswat S, Suttayakorn W, Rosawaeng P. Sustainable Universal Health Coverage: household met need. Phitsanulok: Centre for Health Equity Monitoring; 2002.
๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, กัญญา ดิษชาติคม, วลัยพร พชรนฤมล, ภูษิต ประทองสาย. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารทางวิชาการ การประชุมวิชาการ “พลังปัญญา สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; วันที่ ๑๗-๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๗.
๓. สุกัลยา คงสวัสดิ์, สุกสิณี พรรณาโรทัย. ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสุขภาพของคนยากจนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย; ๒๕๕๗.
๔. Sampson RJ. Neighborhood-level context and health: lessons from sociology. In: Kawachi I, Berkman LF, editors. Neighborhoods and health. New York: Oxford University; 2003. p. 132-46.
๕. สุพล ภูมิพัฒนานนท์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, สุกสิณี พรรณาโรทัย. ความถูกต้องของการค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๘; ๑๕:๒๗๕-๘๖.
๖. ดุจดม ทุมโฆสิต. รายงานวิจัยประเมินผลเรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เอส แอนด์ จี กราฟฟิค; ๒๕๓๓.
๗. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ป.
๘. สุกสิณี พรรณาโรทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ความเป็นธรรมทางสุขภาพระดับครัวเรือน: การสำรวจครัว

- เรือนรอบที่ ๒ และการตรวจร่างกายครั้งที่ ๑. พิษณุโลก: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๘. เคือนใจ เสือดี, วรากรณ์ ชิมเจริญ, วรณศิริ ท่าโพธิ์, ละออง บัวด้วง, ตำเริง ใจเที่ยงธรรม. การเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์ (การศึกษากันคว้าด้วยตนเอง). สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๔๖.
๑๐. จิตปราณี วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนฤมล, นวรัตน์ โอปนพันธ์. อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ ๑ เรื่อง การเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๗; ๑๓:๔๒๘-๓๕.
๑๑. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, รัตนา พันธุ์พานิช, เพ็ญประภา ศิวโรจน์, เกริกศักดิ์ บุญญาหงษ์, ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ, วัฒนา สุวรรณแสงจันทร์เจริญ, และคณะ. รายงานการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๑๒. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, เพ็ญประภา ศิวโรจน์, เกริกศักดิ์ บุญญาหงษ์, วงศา เลหาศิริวงศ์, กัทรุ แสนไชยสุริยา, สมพันธ์ ทศนิยม, และคณะ. โครงการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของ ๕ จังหวัดนำร่องที่กำหนดให้ผู้รับบริการเลือกสถานพยาบาลได้โดยสมัครใจ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.

**Abstract Universal Coverage Policy and the Access and Utilisation of Health Care among the Poor in Bangkok**

**Sukalaya Kongsawatt\*, Supasit Pannarunothai\*\***

\*Office of Health Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health, \*\*Centre for Health Equity Monitoring, Naresuan University, Phitsanulok

*Journal of Health Science 2005; 14:1008-21.*

This research was to evaluate the impact of universal health coverage on the poor in Bangkok on the access and utilisation of health care focusing on satisfaction, self-assessed health status, financial burden and service.

The cross-sectional study purposively surveyed 502 households with 2,077 family members in Bangkok from September 2003 to March 2004. The health benefit coverage for the poor was 89 percent, leaving out those uncovered at the rate higher than that of the non-poor, as a result of negligence, no household registry or no identification card.

Health promotion services were reportedly provided, at a limited rate, for the poor and the non-poor. Self reporting illness during the past 2 weeks for the poor with the gold card (issued under the universal coverage policy) was 5.57 times/person/year, they sought health care services at the rate of only 2.03 visits/person/year yet more often than that of the non-poor with gold card. Only 47 percent of the poor gold-card holders, seeking health care at the medical facilities, reaped the benefit. The rate was lower among the non-poor. This trend repeated itself in the hospitalization rate which was 0.094 time/person/year among the poor with gold card, which was used by 62 percent of them. Only 44 percent of the poor with gold card affected by chronic illness used health service. the rate was lower than that of the non-poor gold card-holders. The frequency of visit among the poor was slightly higher (8 visits/person/year), yet all were covered by the gold cards. The poor were less satisfied with services delivered compared to the non-poor. Self-assessed health status scores of the poor were lower than the non-poor in all age groups. Despite of the gold card, 57 percent of the poor still faced financial problems when they sought care, and 9 percent faced services problems. The negative reports were more limited among the non-poor.

The findings of lack of health coverage among the poor, lower rate of preventive service use, higher financial and service problems should send strong messages to policymakers on the need for improving service delivery under the universal coverage to the poor in Bangkok.

**Key words:** poverty, health impact, health coverage, Bangkok