# ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน

# Expectation, Health Seeking Behavior, and Impacts of Universal Health Coverage: People's Views

**รายงานวิจัยเล่มที่** 3

**โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

**ระยะที่สอง** (2546-47)


**หัวหน้าโครงการ**

**ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง**

**ผู้วิจัย**

**รศ.ดร.อัญชนา ณ ระนอง**

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)



ตุลาคม 2547

*แก้ไขปรับปรุง มีนาคม 2548*

**งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)**



*ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)*

## Abstract

This paper examines the impact of the 30 Baht Health Care Scheme—a part of the Universal Health Coverage Program—on Thai people. The study is mainly qualitative, employing both focus group and in-depth interviews in order to obtain views from people in ten provinces throughout all regions of Thailand (including the Bangkok Metropolitan Area). The study sites include both urban and rural communities. Results of the study are triangulated by comparing data from different methods—including structured questionnaire, in different study areas.

The study finds that health seeking behaviors are determined, often concurrently, by one or more of the following factors: income, health care coverage, transportation costs, health status/symptoms, age group, and the information patients have. Although the 30 Baht Scheme reduces some people's health care expenditure, others opt out of the service because of the lengthy queues and non-confidence in the quality of care, especially high or medium income families. Moreover, unequal treatment on patients with different schemes, especially moral hazards on the provider side, are also often mentioned in the focus groups.

While the highest priority of the poor is to acquire low-cost or free health care services, respondents from other income groups place more emphasis on the adequacy of hospitals and personnel—especially doctors, or good treatment from health care personnel. However, most subjects would like to have the scheme in place in order to help the poor, and to guard against their own catastrophic illnesses.

In general, the 30 Baht Scheme—like other preceding schemes in the past three decades, has enhanced health security for many Thai people. Respondents from various regions noticed improvement in the services, especially that of the front ends of the hospitals. However, the quality of health care still remains an issue that clouds the scheme.

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการนี้มีเป้าหมายที่จะศึกษาผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”) ที่มีต่อประชาชน จากมุมมองของประชาชนเอง โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการเลือกวิธีรักษาพยาบาลและการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชาชนและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาที่ประชาชนประสบในการรักษาพยาบาล

การศึกษาอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 10 จังหวัดซึ่งครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย (รวมกรุงเทพมหานคร) ชุมชนที่ศึกษามีทั้งชุมชนที่อยู่ในเมืองและในชนบท การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลที่มาจากวิธีการที่แตกต่างกันและจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันภายในชุมชนและระหว่างชุมชน/หมู่บ้าน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากนักวิจัยที่อาจจะเจาะลึกแต่ในบางด้านหรือกับกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มจนละเลยข้อมูลด้านอื่นไป การศึกษานี้จึงเสริมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณในบางด้าน

ประเด็นหลักๆ ที่ศึกษาได้แก่ การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ (รวมการซื้อยากินเองและการรักษาแบบทางเลือก) การใช้สิทธิ์หรือการไม่ใช้สิทธิ์ตามหลักประกันสุขภาพที่มีเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาล การเลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพตามการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน และเหตุผลที่เลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่ในสถานการณ์ต่างๆ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโครงการ 30 บาท ได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความถี่ของการใช้บริการก่อนและหลังจากที่มีโครงการ รวมถึงการไปรับบริการอื่นๆ ในช่วงที่ไม่เจ็บป่วย แนวโน้มการใช้บริการถ้ารัฐบาลเลิกเก็บค่ารักษาหรือเพิ่มค่ารักษาให้สูงขึ้นกว่า 30 บาท ปัญหาการเข้าถึงบริการ ปัญหาจากการใช้บัตรทองและความแตกต่างของการได้รับบริการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลและความเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้หลังจากที่มีโครงการ 30 บาท

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมี ล้วนแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และในหลายกรณีปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย *รายได้*มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) *สิทธิในการรักษาพยาบาล*ที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิ์ที่ตนเองมี *ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง* (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลมักจะซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน ประชาชนจำนวนหนึ่งเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ทำให้

ไม่ต้องเหมารถกลับบ้านเหมือนกับเมื่อไปโรงพยาบาล ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยมักจะใช้บริการของสถานีอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกลจะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะเองมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่อง*สภาวะและอาการของโรค*นั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคาดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร *กลุ่มอายุของผู้ป่วย* ในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ และผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน *สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น* การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

แม้ว่าโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไปและไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอพยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก

กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาค สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับขับสู้ของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลางซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน

# สารบัญ

หน้า


Abstract .....2
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....3
สารบัญ ..... 5
สารบัญตาราง.....6
สารบัญกรอบ .....6
1. บทนำ .....7
2. วิธีศึกษา .....9
3. แนวคิดและประเด็นที่ศึกษา .....9
4. การเลือกชุมชนและกลุ่มตัวอย่าง.....11
5. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลและการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย .....17
6. ปัจจัยที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชน.....19
7. ปัญหาที่ประชาชนประสบ ..... 31
8. ความคาดหวังของประชาชน .....36
9. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: มุมมองของประชาชน .....39
10. บทสรุปและนัยเชิงนโยบาย.....43
11. บรรณานุกรม.....45

# สารบัญตาราง

**หน้า**


ตารางที่ 1 พื้นที่และจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ..... 12
ตารางที่ 2 จำนวนครัวเรือนตัวอย่างแยกตามจังหวัด ..... 13
ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างแยกตามเพศ ..... 14
ตารางที่ 4 แหล่งที่มาของรายได้หลักของครัวเรือน ..... 15
ตารางที่ 5 รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนตัวอย่าง ..... 16
ตารางที่ 6 ค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน ..... 16
ตารางที่ 7 การใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยแต่ไปรับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ 30 บาท ..... 24
ตารางที่ 8 การไปพบแพทย์หรือไปสถานพยาบาลหลังมีโครงการ 30 บาท ..... 25
ตารางที่ 9 การไปพบแพทย์หรือไปสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรหลังมีโครงการ 30 บาท ..... 26
ตารางที่ 10 เรื่องที่สำคัญที่สุดที่ประชาชนคาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล ..... 37
ตารางที่ 11 เรื่องที่สำคัญอันดับสองที่คาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล ..... 38


# สารบัญกรอบ

**หน้า**


กรอบที่ 1 ชีวิตที่หมดทางเลือก ..... 29

# ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน[1]

*อัญชนา ณ ระนอง*[2]

## 1. บทนำ

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายที่จะศึกษาว่าความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” (ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยมีโครงการอื่นๆ เช่น สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 500 บาท) ในระยะแรก ส่งผลกระทบต่อประชาชนมากน้อยเพียงใด โดยเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพจากมุมมองของประชาชนเอง ทั้งนี้โดยการศึกษาพฤติกรรมการเลือกวิธีรักษาพยาบาลและการเลือกสถานพยาบาลของประชาชน รวมไปถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกข้างต้น ปัญหาที่ประชาชนประสบในการรักษาพยาบาล รวมทั้งความความคาดหวังและความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ ในระหว่างที่ศึกษาในประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว ก็พยายามศึกษาผลของโครงการ 30 บาทฯ โดยพิจารณาว่าการเกิดขึ้นของโครงการ 30 มีผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านการไปรับบริการด้านสุขภาพและทางเลือกของประชาชนอย่างไรบ้าง[3,4]

---

[1] คุณทิพาตรี จิตตรีขันธ์ ช่วยหาข้อมูลในบางพื้นที่ของจังหวัดนครราชสีมา สระบุรี เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี และบุรีรัมย์ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง ร่วมทำ focus group ในการศึกษาใน อ.พุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้มีส่วนช่วยประสานงานในการทำงานภาคสนามดังต่อไปนี้

ภาคใต้: คุณจารุวรรณ วิชัยดิษฐ์ คุณเบญจรงค์ บุญช่วย คุณจันทิพย์ ยิ่งดำนุ่น คุณจิราวรรณ ชัยฤทธิ์

ภาคเหนือ: น.พ.สุนทร สุริยพงศกร น.พ.ชัยรัตน์ ต่อเจริญ คุณอติเทพ ศิริเจริญพันธ์ คุณนิลวรรณ์ นิลสุทธิ์ คุณประภาส ปาลี คุณวัชระ วทัญญูคุณากร คุณนิรมล โพธิกนิษฐ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: คุณณิชาณี พันธุ์งาม และภาคกลาง: น.พ.สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ คุณศรัลยา พุ่มคุ้ม และคุณอรนุช คูวิจิตรสุวรรณ

การอ้างถึงจังหวัดและภาคต่างๆ ในรายงานนี้ เป็นเพียงการสื่อว่าข้อมูลที่อ้างมาจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัด/ภาคนั้นๆ *ไม่ได้หมายความว่าประชาชนทั้งหมดหรือส่วนใหญ่ในจังหวัดนั้นจะมีพฤติกรรมแบบเดียวกัน* ทั้งนี้เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มระดับชุมชน ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของทั้งจังหวัดหรือภาคนั้น

[2] รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต (MPA) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ศูนย์การศึกษาชลบุรี e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

[3] ยกเว้นในส่วนของการศึกษาเรื่องความต้องการและความคาดหวัง เป็นการสอบถามทัศนคติในขณะนั้น (ซึ่งเป็นช่วงที่โครงการ 30 บาทฯ ได้ดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งแล้ว)

[4] สำหรับการวัดผลที่มีต่อการลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและผลที่มีต่อการลดความยากจนนั้น อยู่ในรายงานเล่มที่ 2 (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ 2548)

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการศึกษานี้ก็คือ ที่ผ่านมา ผู้ที่กำหนดนโยบายมักจะใช้ความเชื่อของตนเองในการวัดผลกระทบของโครงการของรัฐ ในหลายกรณีจึงมักจะวัด "ผลงาน" จากสิ่งที่ใส่เข้าไปในระบบ (input) เช่น ได้ทุ่มเทงบประมาณสำหรับโครงการต่างๆ มากน้อยเพียงใด และในบางกรณีก็เป็นการวัดจากค่าใช้จ่ายของโครงการ[5] โดยไม่ได้ติดตามดูต่อไปว่าโครงการเหล่านั้นส่งผลต่อประชาชนตามที่มุ่งหวังเอาไว้หรือไม่

ตัวอย่างหนึ่งในเรื่องนี้คือ บุคลากรในวงการสาธารณสุขที่ไม่เห็นด้วยกับโครงการ 30 บาทมักจะให้เหตุผลว่าระบบเดิมดีอยู่แล้ว ทั้งนี้ ในระบบเดิมมีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่ให้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลฟรีกับผู้มีรายได้น้อย[6] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาภาคสนามเรื่องความยากจนของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ในปี 2544 มีรายงานจากนักวิจัยภาคสนามที่เข้าไปฝังตัวอยู่ในชุมชน (เช่น ชุมชนริมทางรถไฟในจังหวัดนครราชสีมา) ว่าก่อนที่มีโครงการ 30 บาท นั้น คนจนในชุมชนจำนวนหนึ่งที่ไม่กล้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั้งๆ ที่มีบัตร สปร. เพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อไปที่โรงพยาบาลแล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง[7]

นอกจากตัวอย่างที่พบในการศึกษาภาคสนามแล้ว รายงานจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเองก็ชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยนอกมารับบริการเพิ่มขึ้นมากหลังจากที่มีโครงการ 30 บาท ตัวอย่างที่ชัดเจนอีกตัวอย่างหนึ่งคือสิทธิในด้านทันตกรรม (รวมไปถึงสิทธิในการทำฟันปลอม) ซึ่งเป็นสิทธิ์ที่ครอบคลุมโดยโครงการ สปร. และบัตรสุขภาพ มาเป็นเวลานานแล้ว แต่ในอดีตการให้สิทธิ์เหล่านี้ไม่ได้สร้างปัญหาให้แก่สถานพยาบาล เพราะมีผู้มาขอใช้บริการไม่มากนัก แต่หลังจากที่มีโครงการ 30 บาทแล้ว มีผู้มาขอรับบริการเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว[8] รวมทั้งกลุ่มผู้ที่เคยมีสิทธิ์ สปร. และบัตรสุขภาพด้วย คิวทันตกรรมของสถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงยาวขึ้นอย่างรวดเร็ว[9]

รายงานนี้แบ่งออกเป็น 10 ตอน ตอนที่ 2, 3, และ 4 กล่าวถึงวิธีการศึกษา แนวคิดและประเด็นที่ศึกษา และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตอนที่ 5-9 เสนอผลการศึกษาในแง่มุมต่างๆ และตอนสุดท้ายจะเป็นบทสรุปและนัยเชิงนโยบาย

---

[5] เช่นการวัด benefit incidence ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันค่อนข้างแพร่หลาย (รวมทั้งใน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2547 ซึ่งพยายามวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทในปี 2545)

[6] หรือแม้กระทั่งผู้ที่ไม่มีบัตร สปร. ก็สามารถซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทสำหรับทั้งครอบครัวได้

[7] บัตร สปร. เขียนไว้ในบัตรว่า "บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล" ซึ่งชื่อบัตรเองอาจจะไม่ได้สื่อความหมายที่ชัดเจนนัก

[8] ซึ่งเป็นการเพิ่มในอัตราที่สูงกว่าจำนวนผู้มีสิทธิ์ (ซึ่งเพิ่มขึ้นไม่ถึงเท่าตัว จากประมาณ 27 ล้านคน มาเป็น 46 ล้านคน)

[9] โดยเฉพาะอย่างยิ่งคิวทำฟันปลอม ซึ่งปัจจุบันหลายโรงพยาบาลมีคิวยาวเป็นปี จนทันตแพทย์บางกลุ่มเสนอให้ยกเลิกสิทธิ์นี้ โดยอ้างเหตุผลว่าการให้สิทธิ์ดังกล่าวทำให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพฟันน้อยลง

## 2. วิธีศึกษา

งานวิจัยนี้อาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก เพื่อศึกษาเจาะลึกถึงทัศนคติและพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ศึกษา รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยพยายามหาคำตอบจากการศึกษาโดยไม่ขีดวงเอาไว้ตั้งแต่ต้น ในขณะเดียวกันก็ใช้การวิจัยเชิงปริมาณมาประกอบเพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพกว้างของชุมชนมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากนักวิจัยที่อาจจะเจาะลึกในบางด้านหรือบางกลุ่มจนละเลยข้อมูลด้านอื่นไป[10] วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การคุยกลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviewing) ผู้ที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างบางคน โดยพยายามตรวจสอบข้อมูล (triangulate) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการทั้งสองวิธีและจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในชุมชน/หมู่บ้านและระหว่างชุมชน/หมู่บ้าน การคุยกลุ่ม focus group อาศัยคำถามจากแบบสอบถาม การวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเพื่อสอบถามพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย (ซึ่งรวมทั้งการปล่อยให้หายเอง ซื้อยาหรือรักษาแพทย์ทางเลือกอื่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลในระดับอื่น) และการจัดลำดับความคาดหวังของประชาชน บทความชิ้นนี้อาศัยข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก แต่ในบางพื้นที่ใช้การสำรวจเชิงปริมาณประกอบด้วย ซึ่งนำมาประกอบในรายงานตอนที่ 6 และ 8 เรื่องพฤติกรรมการใช้บริการและความคาดหวังของประชาชน

## 3. แนวคิดและประเด็นที่ศึกษา

ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น โดยหลักการแล้ว คนไทยทุกคนควรได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสุขภาพโครงการใดโครงการหนึ่ง โดยข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ (รวมพ่อแม่ สามี/ภรรยา และลูกที่มีสิทธิ์ของคนกลุ่มนี้) จะได้รับความคุ้มครองจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชนได้รับความคุ้มครองจากโครงการประกันสังคม ผู้ที่เคยจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองก็จะได้รับความคุ้มครองจากโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” สำหรับผู้ที่เคยอยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) หรือผู้ที่ถูกประเมินว่ามีรายได้น้อย ก็จะมีบัตรทองหมวด “ท” (ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท) นอกจากนี้ ก็ยังมีบัตรอื่นๆอีกที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรี เช่นบัตรอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) บัตรทหารผ่านศึก และประชาชนบางคนยังมีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ที่เอกชนจัดหากันเองด้วย เช่นนายจ้างหรือบริษัทจัดสวัสดิการให้กับพนักงาน หรือการซื้อประกันสุขภาพของเอกชน เป็นต้น งานวิจัยชิ้นนี้ต้องการสำรวจพฤติกรรมการรักษาพยาบาลและการใช้บริการของประชาชนภายใต้ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประชาชน

---

[10] การสำรวจเชิงปริมาณทำเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และไม่ได้นำมารายงานโดยละเอียดในรายงานนี้ เนื่องจากมีจำนวนตัวอย่างไม่มากพอที่จะ infer เป็นตัวแทนของพื้นที่ที่สูงกว่าระดับหมู่บ้าน

คาดหวังอะไรจากรัฐในเรื่องการรักษาพยาบาล โครงการ 30 บาทได้สร้างความมั่นคงหรือความไว้วางใจแก่ประชาชนได้เพียงใด ประเด็นหลักๆ ที่ศึกษาได้แก่

- การใช้สิทธิ์หรือการไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาล
- การเลือกใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพตามการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน
- เหตุผลที่เลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่
- การเลือกซื้อยากินเอง หรือรักษาโดยวิธีอื่น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองในโครงการ 30 บาท ก็จะศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

- ความถี่ของการใช้บริการก่อนและหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทและเหตุผล
- ความถี่และประเภทของการรับบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเช่น ตรวจร่างกาย วัดความดัน ฉีดวัคซีน หยอดยาเด็ก ขอยา ขอวิตามิน ยาคุม ก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและหลังมีโครงการ (โดยใช้สิทธิ์ 30 บาท)
- การใช้บริการ ถ้ารัฐบาลเปิดให้รักษาฟรี หรือถ้าต้องเสียมากกว่า 30 บาท
- ปัญหาการไม่สามารถหาที่รักษาหรือหาได้ยาก เช่นเจ้าหน้าที่ปฏิเสธการให้บริการ (ถึงแม้ในที่สุดจะได้รับการรักษาก็ตาม) เมื่อต้องการการรักษาพยาบาล
- ปัญหาจากการใช้บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค
- การลดหรือเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน) ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- การลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- ความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล
- ความแตกต่างของการได้รับบริการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้บัตร
- ความคาดหวังให้รัฐทำอะไรบ้างในเรื่องบริการรักษาพยาบาล

## 4. การเลือกชุมชนและกลุ่มตัวอย่าง

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างชุมชนเพื่อศึกษาผลกระทบที่มีต่อคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ผู้วิจัยพยายามครอบคลุมตัวแปรที่จะส่งผลกระทบต่อทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามตัวแปรด้านพื้นที่ต่อไปนี้

- ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
- ชุมชนในเขตเมืองและเขตชนบทในทุกภาค
- ชุมชนที่ต้องใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหามากเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาน้อยหรือโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง เช่น Hospital Accreditation (HA)
- หมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยที่ใกล้ เดินทางสะดวก กับหมู่บ้านที่อยู่ไกลสถานีอนามัย
- หมู่บ้านที่เข้าถึงทางเลือกอื่นๆในการรักษาพยาบาลได้ง่าย (เช่น คลินิก ร้านขายยา) และหมู่บ้านที่จำเป็นต้องพึ่งสถานพยาบาลของรัฐอย่างเดียว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำสนทนากลุ่ม (focus group) จัดแบ่งเป็นกลุ่มอย่างง่ายตามรายได้เช่น ฐานะดี ปานกลาง และจน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ชาวบ้านที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันรู้สึกถึงความแตกต่างของรายได้และทางเลือกในการรักษาพยาบาลจนไม่แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควรหรือไม่อยากร่วมพูดคุยในกลุ่ม การแบ่งกลุ่มอาศัยชาวบ้านหรือผู้นำชุมชนในการแบ่ง ในแต่ละกลุ่ม มีจำนวนชาวบ้านไม่แน่นอนตั้งแต่ 5-25 คน ถ้าการพูดคุยเป็นกลุ่มใหญ่จะมีนักวิจัย 2 คนเข้าร่วมในการดำเนินการ สถานที่ทำ focus group ส่วนมากอยู่ในหมู่บ้านเช่น ศาลากลางบ้าน โรงเรียนในหมู่บ้าน สถานที่สาธารณะอื่นๆ ในหมู่บ้าน หรือบางครั้งใช้ใต้ถุนตึกของสถานีอนามัย หรือมีอยู่หนึ่งครั้งที่ใช้รถโรงพยาบาลเพื่อรับชาวบ้านมาคุยกลุ่มในห้องประชุมของโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากปัญหาเวลาและระยะทางระหว่างหมู่บ้าน และอีกครั้งหนึ่งจัดการคุยกลุ่ม focus group ในบ้านของผู้แทนของพรรคฝ่ายค้าน เนื่องจากผู้แทนของพรรคดังกล่าวเป็นผู้รวบรวมชาวบ้านมาให้ แต่จากข้อมูลที่ได้จากการใช้สถานที่ในสถานพยาบาลทั้งสองกรณี รวมทั้งผู้แทนของพรรคฝ่ายค้านดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลที่ได้ไม่ได้แสดงอคติ (bias) ในทางที่ผู้วิจัยเป็นห่วง (เช่น ในแง่การเข้าข้างโรงพยาบาล หรือคัดค้านโครงการ 30 บาท) [11]

[11] ในการพูดคุย เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหรือผู้แทนพรรคฝ่ายค้านไม่ได้เข้าร่วมสนทนาด้วย

**ตารางที่ 1 พื้นที่และจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาจากการศึกษาเชิงคุณภาพ**

| จังหวัด | อำเภอ | หมู่บ้าน/ชุมชน | จำนวนตัวอย่าง | เดือนที่ไปศึกษา |
|---|---|---|---|---|
| นครราชสีมา | เมือง | สองข้างทางรถไฟ | 34 | กรกฎาคม 2546 |
| | เมือง | ประสพสุข | 21 | กรกฎาคม 2546 |
| | สีคิ้ว | บ้านคลองตะแบก | 19 | มิถุนายน 2546 |
| บุรีรัมย์ | พลับพลาชัย | โคกเต็ง | 37 | กันยายน 2546 |
| เชียงใหม่ | แม่ริม | น้ำหลง | 13 | ธันวาคม 2546 |
| | สารภี | บ้านชี | 21 | พฤศจิกายน 2546 |
| | ฮอด | บ่อสะแง่ | 28 | ธันวาคม 2546 |
| สระบุรี | วิหารแดง | เกาะประดู่ | 16 | ตุลาคม 2546 |
| | | ริมถนนใกล้ตลาด | 5 | ตุลาคม 2546 |
| | เสาไห้ | ทุ่งกว้าง | 27 | เมษายน 2547 |
| | | บ้านช้าง | 11 | กันยายน 2546 |
| | | ท่าช้าง | 5 | กันยายน 2546 |
| | ดอนพุด | หนองกะทะ | 14 | กันยายน 2546 |
| สุราษฎร์ธานี | พุนพิน | ท่าล้อม | 24 | กันยายน 2546 |
| | | ท่าสะท้อน | 16 | กันยายน 2546 |
| | | บ้านหัวเตย | 11 | กันยายน 2546 |
| | คีรีรัฐนิคม | มาดปัก | 35 | เมษายน 2547 |
| ปทุมธานี | ธัญบุรี | สินสมุทร | 15 | กรกฎาคม 2546 |
| สมุทรปราการ | เมือง | ตรอกถ่าน | 10 | กรกฎาคม 2546 |
| กรุงเทพมหานคร | วังทองหลาง | น้อมเกล้า | 12 | กรกฎาคม 2546 |
| ภูเก็ต | เมือง | บ้านเกาะสิเหร่ | 24 | ธันวาคม 2546 |
| | | หาดแสนสุข | 6 | ธันวาคม 2546 |
| พิษณุโลก | เมือง | ชุมชนซอย 7 | 5 | ธันวาคม 2546 |
| | เมือง | พระองค์ขาว | 10 | ธันวาคม 2546 |

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในบางพื้นที่ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ผนวกกับข้อมูลดิบจากงานวิจัยของนักศึกษาปริญญาโทที่ใช้แบบสอบถามที่มีคำถามชุดที่ผู้เขียนออกแบบเอาไว้[12] ซึ่งในแต่ละกรณี กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเพื่อให้เป็นตัวแทนเฉพาะพื้นที่ (เช่น หมู่บ้านตำบล หรืออำเภอ) มากกว่าที่จะเป็นตัวแทนในระดับจังหวัด และไม่ได้สำรวจครบทุกพื้นที่ที่ทำการสำรวจเชิงคุณภาพ แต่ผู้เขียนเชื่อว่าข้อมูลเชิงปริมาณเหล่านี้ จะทำให้มองเห็นภาพระดับกว้าง (macro) บางด้านเพิ่มเติมจากภาพด้านลึกที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อมูลหลักในงานวิจัยชิ้นนี้

การสำรวจเชิงปริมาณดำเนินการใน 7 จังหวัด ได้ครัวเรือนตัวอย่าง 977 ครัวเรือน (ดูตารางที่ 2) ซึ่งมีสมาชิกในครัวเรือนรวมทั้งสิ้น 3,949 คน (ดูตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2 จำนวนครัวเรือนตัวอย่างแยกตามจังหวัด**

| จังหวัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| นครราชสีมา | 455 | 46.6 |
| สระบุรี | 29 | 3.0 |
| บุรีรัมย์ | 168 | 17.2 |
| สุราษฎร์ธานี | 30 | 3.1 |
| กรุงเทพมหานคร | 174 | 17.8 |
| ปทุมธานี | 60 | 6.1 |
| สมุทรปราการ | 61 | 6.2 |
| รวม | 977 | 100.0 |

[12] ได้แก่ข้อมูลของนิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2546) โกเมนทร์ ทิวทอง และคณะ (2546) นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต ภาคปกติ รุ่น 45 (2546) และนักศึกษาหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคปกติ 1/2546 (2546) รวมทั้งข้อมูลที่คุณทิพาตรี จิตตรีขันธ์สำรวจในบางพื้นที่

**ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างแยกตามเพศ**

| จังหวัด | เพศ | | รวม |
|---|---|---|---|
| | ชาย | หญิง | |
| นครราชสีมา | 899 | 924 | 1,823 |
| | 49.3% | 50.7% | 100.0% |
| สระบุรี | 57 | 63 | 120 |
| | 47.5% | 52.5% | 100.0% |
| บุรีรัมย์ | 373 | 413 | 786 |
| | 47.5% | 52.5% | 100.0% |
| สุราษฎร์ธานี | 44 | 53 | 97 |
| | 45.4% | 54.6% | 100.0% |
| กรุงเทพมหานคร | 286 | 313 | 599 |
| | 47.7% | 52.3% | 100.0% |
| ปทุมธานี | 114 | 119 | 233 |
| | 48.9% | 51.1% | 100.0% |
| สมุทรปราการ | 134 | 157 | 291 |
| | 46.0% | 54.0% | 100.0% |
| รวม | 1,907 | 2,042 | 3,949 |
| | 48.3% | 51.7% | 100.0% |

**ตาราง 4 แหล่งที่มาของรายได้หลักของครัวเรือน**

| จังหวัด | การเกษตร | ค้าขาย | ลูกหลานส่งเงินมาให้ | รับจ้าง | ราชการ | รับราชการและรับจ้างเอกชน | รับจ้างและพ่อแม่ส่งให้ | พ่อแม่ส่งเสีย | อื่นๆ | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| นครราชสีมา | 146 | 76 | 30 | 165 | 18 | 13 | 0 | 0 | 1 | 452 |
| สระบุรี | 9 | 1 | 0 | 11 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| บุรีรัมย์ | 109 | 19 | 7 | 28 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 167 |
| สุราษฎร์ธานี | 24 | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| กรุงเทพมหานคร | 2 | 64 | 6 | 68 | 22 | 4 | 2 | 7 | 5 | 180 |
| ปทุมธานี | 0 | 22 | 1 | 34 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 60 |
| สมุทรปราการ | 1 | 25 | 6 | 22 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 61 |
| รวม | 291<br>30% | 209<br>21% | 54<br>6% | 328<br>34% | 46<br>5% | 29<br>3% | 5<br>.5% | 7<br>.7% | 7<br>.7% | 976<br>100 |

การสำรวจรายได้ต่อเดือนของครัวเรือนตัวอย่างอย่างคร่าวๆ โดยสอบถามถึงระดับรายได้พบว่าร้อยละ 39 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทและร้อยละ 35 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ข้อมูลรายได้ถูกนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลรายจ่ายของครัวเรือน (ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะมีความแม่นยำและบ่งบอกถึงสถานะของครัวเรือนได้ดีกว่า) โดยคำถามข้อมูลรายจ่ายจะมีรายละเอียดมากกว่า (ประกอบด้วยรายจ่ายด้านอาหาร การเดินทาง/น้ำมัน ค่าสาธารณูปโภค ค่าผ่อนสินค้า/ผ่อนแชร์ ดอกเบี้ยเงินกู้ ค่าใช้จ่ายด้านการเที่ยวเตร่ กินเหล้า สังสรรค์ ค่าซื้อหวย/ล็อตเตอรี่/เสียพนัน ค่าเช่าบ้าน/ที่ดิน และค่าเล่าเรียน ชุดนักเรียน สมุด หนังสือ) ข้อมูลรายจ่ายเหล่านี้มีไว้เพื่อทดแทนข้อมูลรายได้ นอกจากนี้ยังนำมาเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลรายได้ที่ได้ โดยข้อมูลรายจ่ายรายงานทั้งค่าเฉลี่ย (arithmetic mean) และค่า percentile ที่ 25, 50 และ 75 จากข้อมูลพบว่าข้อมูลรายจ่ายไม่ขัดแย้งกับข้อมูลรายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายจ่ายเฉลี่ยประมาณ 7,101 บาทต่อเดือน (ดูตารางที่ 5) กลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานครมีรายได้สูงที่สุด (12,855 บาทต่อเดือน) สำหรับค่า percentile ไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากข้อมูลที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ

**ตารางที่ 5 รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนตัวอย่าง**

| จังหวัด | รายได้ของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) | | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ต่ำกว่า 5,000 | 5,001 – 10,000 | 10,001 - 20,000 | 20,001 - 30,000 | 30,001 ขึ้นไป | |
| นครราชสีมา | 217 | 182 | 41 | 10 | 3 | 453 |
| | 22.3% | 18.7% | 4.2% | 1.0% | .3% | 46.5% |
| สระบุรี | 14 | 8 | 5 | 2 | 0 | 29 |
| | 1.4% | .8% | .5% | .2% | .0% | 3.0% |
| บุรีรัมย์ | 111 | 44 | 11 | 0 | 1 | 167 |
| | 11.4% | 4.5% | 1.1% | .0% | .1% | 17.1% |
| สุราษฎร์ธานี | 7 | 12 | 1 | 5 | 5 | 30 |
| | .7% | 1.2% | .1% | .5% | .5% | 3.1% |
| กรุงเทพ | 11 | 47 | 65 | 32 | 19 | 174 |
| | 1.1% | 4.8% | 6.7% | 3.3% | 2.0% | 17.9% |
| ปทุมธานี | 11 | 23 | 13 | 10 | 3 | 60 |
| | 1.1% | 2.4% | 1.3% | 1.0% | .3% | 6.2% |
| สมุทรปราการ | 7 | 22 | 18 | 7 | 7 | 61 |
| | .7% | 2.3% | 1.8% | .7% | .7% | 6.3% |
| รวม | 378 | 338 | 154 | 66 | 38 | 974 |
| | 38.8% | 34.7% | 15.8% | 6.8% | 3.9% | 100.0% |

**ตารางที่ 6 ค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน**

| | โคราช | สระบุรี | บุรีรัมย์ | สุราษฎร์ธานี | กรุงเทพมหานคร | ปทุมธานี | สมุทรปราการ | รวมทุกจังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนครัวเรือน | 396 | 29 | 166 | 30 | 174 | 60 | 61 | 917 |
| ค่าเฉลี่ย (Mean) | 4,881 | 6,718 | 4,097 | 6,629 | 12,855 | 9,622 | 11,230 | 7,101 |
| Percentile ที่ 25 | 2,963 | 4,267 | 2,439 | 3,840 | 7,618 | 5,896 | 6,089 | 3,338 |
| 50 | 4,133 | 5,400 | 3,500 | 6,138 | 10,768 | 8,825 | 10,235 | 5,085 |
| 75 | 5,885 | 7,910 | 4,842 | 8,758 | 15,775 | 12,479 | 13,596 | 8,985 |

ในแบบสอบถามจะถามทุกคนในครัวเรือนในเรื่องเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน และก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การใช้สิทธิ์ตามหลักประกันสุขภาพนั้น และเมื่อไรจะใช้สิทธิ์อะไร เพราะเหตุใด เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรักษาพยาบาลหลังจากมีโครงการ 30 บาท

ในครัวเรือนที่มีสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนที่มีบัตรทอง จะถามว่าผู้มีบัตรทองไปใช้บริการบ่อยขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด มีการใช้บริการโดยไม่เจ็บป่วย เช่น ตรวจร่างกาย ฉีดวัคซีน หยอดยาเด็ก เพิ่มขึ้นกว่าก่อนมีโครงการหรือไม่ ปัญหาต่างๆที่ประสบจากโครงการ 30 บาท ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการ 30 บาทเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่ ความเท่าเทียมกันของการให้บริการของหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน และความคาดหวังให้รัฐทำอะไรบ้างในเรื่องบริการรักษาพยาบาล

## 5. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลและการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนมีทางเลือก ตั้งแต่ไม่ทำอะไรปล่อยให้อาการเจ็บไข้หายเอง หรือรักษาด้วยตัวเองแบบง่ายๆ โดยการนอน สนใจอาหารที่รับประทาน ทางเลือกนี้มักจะใช้เมื่อป่วยไม่มาก เมื่ออาการเล็กน้อยเปลี่ยนเป็นอาการมากขึ้นหรือ “ทำอะไรไม่ได้แล้ว” จนต้องพึ่งยา ประชาชนอาจจะซื้อยากินเอง สถานที่ซื้อยาอาจเป็นร้านขายของชำที่ขายยาแก้ปวดลดไข้ประเภทพาราเซตามอลหรือยาแก้หวัดสูตรผสม (เช่น ทิฟฟี่) ซึ่งซื้อได้เป็นเม็ด (โดยไม่ต้องซื้อทั้งแผง) ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย หรือถ้าต้องการยาที่หลากหลายขึ้นก็ไปซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้หมู่บ้านหรือชุมชน ร้านขายยาในตลาด หรือคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้านขายยาแผนปัจจุบันบางส่วนมีเภสัชกรประจำ แต่มีเป็นส่วนน้อยและบางครั้งเภสัชกรที่มีงานประจำที่โรงพยาบาลก็อาจมาอยู่ร้านเฉพาะช่วงเย็น ในส่วนของสถานพยาบาลรัฐ ประชาชนในชนบทนิยมซื้อยาที่สถานีอนามัยโดยใช้สิทธิ์ที่มีอยู่ หรือขอหรือซื้อยาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)[13] ประชาชนในเมืองอาจไปศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล หรือขอยาจาก อสม. สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพร พบประชาชนในบางพื้นที่ (เช่นในจังหวัดเชียงใหม่)[14] ซื้อสมุนไพรตามตลาดนัดกินแก้เบาหวาน ปวดเมื่อย ประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์นิยมการรักษาแบบพื้นบ้านโดยหาหมอสมุนไพรในหมู่บ้าน

---

[13] อสม. ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีให้ข้อมูลว่าหน้าที่ของอาสาสมัครคือให้ยา ซึ่งมักเป็นยาสามัญประจำบ้านทั่วไป เช่น หวัด ท้องเสีย ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาทา ชาวบ้านจะไปหาเมื่อต้องการยาพื้นบ้าน อาสาสมัครที่นี่ไม่สามารถตรวจเบาหวานได้ มีเครื่องวัดความดัน 1 เครื่อง งานที่ทำคือ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก หยอดยา วัดความดัน และงานทางด้านสุขาภิบาล เช่น ลูกน้ำยุงลาย

[14] การกล่าวถึงประชาชนในจังหวัดต่างๆ เป็นเพียงการสื่อว่าเป็นผลมาจากการศึกษาในพื้นที่จังหวัดนั้น ไม่ได้หมายความว่าประชาชนทั้งหมดหรือส่วนใหญ่ในจังหวัดนั้น มีพฤติกรรมแบบเดียวกันหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในแต่ละพื้นที่มีจำนวนไม่มากพอที่จะสรุปไปในทางใดทางหนึ่งได้

เมื่อต้องการพบแพทย์[15] ทางเลือกของประชาชนในเมืองมักเป็นคลินิก สำหรับในชนบทที่มีการคมนาคมสะดวกและมีคลินิกอยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้าน ประชาชนที่มีรายได้พอที่จะเสียค่ารักษาที่คลินิกได้ก็มักนิยมไปคลินิกกัน บางครั้งถ้าตรงเสาร์-อาทิตย์ประชาชนก็อาจไปคลินิกแทนการไปสถานีอนามัย (ซึ่งมักจะไม่ได้เปิดแบบเป็นทางการ) คลินิกในชนบทอาจเป็นคลินิกที่เปิดโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย คลินิกที่เปิดโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือพยาบาลมักจะตั้งอยู่ในหมู่บ้านหรือในพื้นที่ห่างไกล[16] ขณะที่คลินิกที่เปิดโดยแพทย์มักตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเมือง *ประชาชนที่เลือกไปพบแพทย์ที่คลินิกนอกจากต้องการความรวดเร็ว หรือมีประสบการณ์ว่ายาที่คลินิกรักษาได้ดีกว่าแล้ว ก็ยังหวังอีกด้วยว่าถ้าเป็นหนัก แพทย์ที่คลินิกซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลด้วย จะส่งต่อตนให้เป็นคนไข้ของแพทย์นั้นในโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในแทบทุกพื้นที่ที่ไปศึกษา*

สำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยมักไปใช้สิทธิ์บัตร 30 บาท (หรือบัตรทอง “ท” ซึ่งได้รับการยกเว้นให้ไม่ต้องเสีย 30 บาท) ที่โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลรัฐระดับอำเภอ) มีส่วนน้อยที่ข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนมากการข้ามเขตจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยประเมินว่าโรคหรืออาการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนรักษาไม่ได้ ซึ่งการประเมินว่ารักษาไม่ได้มีทั้งปัจจัยที่มาจากแพทย์ (เช่น *“โรงพยาบาลมีแต่หมอเด็ก”* ซึ่งหมายถึงแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ที่ยังมีประสบการณ์น้อย หรือในช่วงนอกเวลาราชการซึ่งหลายโรงพยาบาลไม่มีแพทย์อยู่ประจำ[17]) หรืออาจเป็นปัญหาที่โรงพยาบาลอาจมีเครื่องมือไม่เพียงพอในการรักษาโรคนั้น บางครั้งการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนมากจะเป็นกรณีโรคที่ไม่ฉุกเฉินหรือโรคเรื้อรัง (ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมักส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงกว่าภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดไว้ชัดเจนเช่นภายในระยะเวลา 2 เดือน) สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองหรือมีสิทธิ์ที่เบิกได้ มักจะข้ามไปรักษาที่อื่นเนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้เชื่อว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยประชาชนที่สามารถใช้สิทธิ์สวัสดิการข้าราชการมักจะนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

ในบางครั้ง หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สาธารณสุข หรือโรงพยาบาลเอกชนก็อาจเข้าไปทำการตรวจสุขภาพทั่วไปหรือรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในชนบทนั้น หน่วยเคลื่อนที่เหล่านี้มักมีแต่พยาบาล งานหลักมักเป็นการให้บริการตรวจร่างกายผู้หญิง ผู้สูงอายุ และเด็ก และยาที่

---

[15] ในปัจจุบัน สถานีอนามัยบางแห่งมีบทบาทเป็น PCU ของโรงพยาบาลชุมชนและมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นบางครั้งบางคราว ซึ่งส่วนมากเป็นคลินิกที่ใช้ follow up ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหรือตรวจโรคเรื้อรังเช่นเบาหวาน

[16] เหตุผลหนึ่งที่ชาวบ้านไปที่คลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแทนที่จะไปสถานีอนามัยเพราะ *“ไปสถานีอนามัยบางทีก็ได้แต่พารา แต่ถ้าไปคลินิกมันไม่ใช่ได้แต่พารา”*—สุราษฎร์ธานี

[17] ชาวบ้านในบางพื้นที่ให้ข้อมูลว่าถ้าไปโรงพยาบาลนอกเวลาราชการก็มักไม่พบแพทย์เวร เพราะแพทย์ไปอยู่ที่คลินิก เมื่อมีคนไข้ พยาบาลก็จะโทรไปถามหรือตาม แพทย์จะมักจะสั่งยาหรือให้การรักษาทางโทรศัพท์มากกว่าจะมาตรวจเอง ดังนั้นถ้าทนได้ ชาวบ้านจะรอจนวันจันทร์จึงไปโรงพยาบาล แต่ถ้าทนไม่ได้ ก็จะไปที่คลินิกแทน

นำมาด้วยเป็นยาพื้นๆ เช่น ยาขององค์การเภสัชกรรม ประชาชนจึงมักใช้บริการนี้เมื่อต้องการตรวจสุขภาพทั่วไปมากกว่าเมื่อเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกต่างๆ ในด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้ต่างจากในอดีตมากนัก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตอนที่ 6)

## 6. ปัจจัยที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล ตัวแปรแต่ละตัวไม่ได้มีส่วนกำหนดอย่างโดดเดี่ยว ในบางครั้งก็มีความสัมพันธ์กันด้วยเช่น รายได้และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลกับการเลือกสถานพยาบาล สำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่นเพศ ไม่มีผลทำให้การเลือกสถานพยาบาลแตกต่างกันมากนัก และตัวแปรด้านการศึกษามักมีความสัมพันธ์กับระดับรายได้

### ก. รายได้

รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนสองทางใหญ่ๆ คือ ประการแรก ระดับรายได้ที่แตกต่างกันทำให้เลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย และประการที่สอง เวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการมีผลกระทบต่อรายได้ ประชาชนผู้ที่ต้องหาเช้ากินค่ำมักจะไม่ต้องการรอ และกลุ่มที่มีรายได้สูงก็ไม่ต้องการรอเช่นเดียวกัน จึงเหลือแต่กลุ่มที่การรอไม่กระทบการทำงานมาก (ซึ่งมีอยู่ในทุกระดับรายได้) หรือกลุ่มที่รอได้ด้วยเหตุผลอื่นๆ หรือกลุ่มที่จำเป็นต้องรอเช่น ป่วยหนักหรือไม่มีทางเลือกอื่น

สถานพยาบาลของรัฐแทบเป็นที่พึ่งทางเดียวของประชาชนที่มีฐานะยากจนมาก ประชาชนกลุ่มที่หาเช้ากินค่ำซึ่งส่วนมากจะมีอาชีพรับจ้างทั่วไปตามแต่จะมีคนมาจ้างหรือไม่ จะให้ความสนใจกับการเจ็บป่วยของตัวเองมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยหนึ่งวันอาจหมายถึงการอดอาหารของตนเองและครอบครัวในวันนั้น เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย คนกลุ่มนี้มักจะไปที่สถานีอนามัยเพื่อขอยาหรืออาจซื้อยาที่ร้านขายของชำ ซึ่งสามารถซื้อจำนวนน้อยเป็นเม็ดหรือสองเม็ดได้ สำหรับประชาชนที่มีฐานะยากจนแต่ไม่ถึงกับหาเช้ากินค่ำ และประชาชนกลุ่มที่มีฐานะปานกลาง อาจจะพยายามรักษาตนเองแบบง่าย (เช่น การพักผ่อน) ไปก่อน ถ้าไม่หายจึงเริ่มหาซื้อยามากิน สถานที่ที่ไปซื้อยากินเองขึ้นกับรายได้ ถ้ารายได้น้อยมักไปที่สถานีอนามัย (ซึ่งบางครั้งชาวชนบทมองเหมือนกับเป็นร้านขายยาในชนบท)[18] ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้นก็อาจซื้อยาที่ร้านขายยา ซึ่งถ้าเป็นชนบทก็หมายความว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นด้วย แต่ถ้าเป็นคนที่อยู่ในเมืองก็จะหาร้านขายยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนในชนบทจำนวนหนึ่งยังนิยมซื้อยาที่คลินิกที่เปิดโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหมู่บ้าน โดยให้

[18] ในบางพื้นที่ (เช่นหมู่บ้านที่ห่างไกลแห่งหนึ่ง) แม้กระทั่งชาวบ้านกลุ่มที่มีฐานะดีก็ยังนิยมไปที่สถานีอนามัยเพื่อรับยา เนื่องจากเชื่อว่าน่าจะปลอดภัยกว่าการซื้อยาที่ร้านขายยาทั่วไป

เหตุผลว่ามียาเหมือนกับที่ขายในร้านขายยาและไม่ต้องเสียค่าเดินทางออกไปนอกหมู่บ้าน ในบางครั้งเมื่อนอกเวลาราชการ ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้วสถานีอนามัยจะยังเปิดทำการอยู่[19] แต่ถ้ามีคลินิกเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปิดอยู่ในหมู่บ้าน ชาวบ้านก็มักจะเกรงใจเกินกว่าที่จะไปเคาะประตูบ้านของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร และมักจะไปที่คลินิกแทน[20]

เมื่อการรักษาด้วยตนเองไม่ได้ผล ก็จะเริ่มไปพบแพทย์ ประชาชนที่มีเงินมักไปพบแพทย์ที่คลินิก ประชาชนในเมืองสามารถไปคลินิกได้ง่าย เนื่องจากมีคลินิกอยู่ทั่วไป แต่ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลบางอำเภอจะไม่มีคลินิกที่มีแพทย์ (หรือพยาบาล) เลย ในกรณีนี้ชาวบ้านมักจะไปโรงพยาบาลชุมชน คลินิกส่วนใหญ่เป็นคลินิกของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นการไปคลินิกคือการไปพบแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลของรัฐนั่นเอง[21] แต่เป็นการพบนอกโรงพยาบาลและ(มักจะเป็น)นอกเวลาราชการ คลินิกในต่างจังหวัดมักจะเปิดช่วง 7 โมงเช้าถึง 8.30 น. และช่วงเลิกงาน 4 โมงเย็นถึงสองทุ่มหรือดึกกว่านั้น บางคลินิกเปิดอีกครั้งในช่วงพักเที่ยง ในเมืองใหญ่หรือกรุงเทพมหานคร คลินิกจะมีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาก และแพทย์ก็อาจจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนหรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการเลยก็ได้ เหตุผลที่ชาวบ้านเลือกไปคลินิกแทนทั้งๆ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า (เนื่องจากไม่สามารถใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพได้) ได้แก่

*"ไปโรงพยาบาลไม่ค่อยพบหมอใหญ่" –สระบุรี , สุราษฎร์ธานี*

แต่ต้องพบกับแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ ซึ่งบางครั้งไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรคทำให้รักษาไม่หาย[22]

บางครั้งการเลือกไปคลินิกก็เป็นเหตุผลด้านความรวดเร็วที่ไม่ต้องรอคิวนาน เช่นประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีบอกว่า

*"ถ้าป่วยหนักจะไปคลินิกใช้เวลาในการรอพบแพทย์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง"*

การที่การไปคลินิกทำให้สามารถพบแพทย์ได้เร็วขึ้น ประชาชนบางส่วนจึงไปที่คลินิกแทนที่จะไปที่โรงพยาบาลเมื่อป่วยหนัก เพราะมั่นใจว่าเมื่อ "ถึงมือหมอ" แล้ว จะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในที่ที่เหมาะสมและรวดเร็วกว่าไปรอคิวที่โรงพยาบาล ซึ่ง

---

[19] การทำงานนอกเวลาราชการของสถานีอนามัย ในหลายที่จะไม่เปิดตึกสถานีอนามัยเหมือนในเวลาราชการ แต่ชาวบ้านสามารถไปเคาะประตูบ้านพักของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร ซึ่งจะพักอาศัยอยู่ใกล้เคียงหรือบริเวณเดียวกับสถานีอนามัยได้

[20] เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบางแห่งที่เปิดคลินิกใกล้กับสถานีอนามัยมาก เมื่อชาวบ้านไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย จะบอกว่ายาหมดต้องไปเอายาที่คลินิก (ซึ่งชาวบ้านเห็นว่าเป็นยาประเภทเดียวกับที่สถานีอนามัย) และเก็บเงินเหมือนกับการรักษาที่คลินิก เมื่อเจอเหตุการณ์นี้บ่อยครั้งเข้า ชาวบ้านจึงหันไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกแทนเพราะได้รับความสะดวกมากกว่า

[21] ยกเว้นในกรณีแพทย์ที่เกษียณแล้ว หรือลาออกมาทำคลินิกเต็มตัว (แต่ในกรณีหลังมีน้อยมาก)

[22] บางครั้งหมอใหญ่ที่ชาวบ้านพูดถึงคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งทำงานทางด้านบริหารด้วย

*“ถ้ามีเวลารอถึงจะไปโรงพยาบาล ใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ” – สุราษฎร์ธานี*

*“เขาก็ว่าไปคลินิกดี ยาก็ดี บริการดี มันเป็นเอกชนไม่ใช่ของรัฐ แต่ถ้าไปโรงพยาบาลหรืออนามัย เขานั่งเฉยๆก็ได้เพราะคนไข้ต้องมาหาเขา แต่ถ้าไปที่คลินิกเขาจะเชิญให้เข้ามานั่ง” – สุราษฎร์ธานี*

ประชาชนบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยจึงซื้อยารับประทานเองเพราะ

*“ถ้าไปหาหมอก็ต้องใช้เวลานาน” -- สุราษฎร์ธานี*

หลายรายจึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเมื่อป่วยหนักแล้วเท่านั้น ซึ่งบางรายก็เจอเสียงบ่นของแพทย์เพราะไปหาเมื่อป่วยหนักแล้วว่า

*“เวลาเป็นน้อยๆ ไม่มาหา จนต้องหามถึงจะมา” -- สระบุรี*

ในกรณีที่เห็นว่าจำเป็นต้องพบแพทย์โดยเร็ว ประชาชนทุกระดับรายได้เลือกทางเลือกที่จะเข้าถึงแพทย์ได้เร็วที่สุด (รวมทั้งไปโรงพยาบาลเอกชน) กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าจะสามารถเลือกแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญได้มากขึ้น ในส่วนผู้มีรายได้สูงหรือผู้ถือสิทธิ์บัตรข้าราชการที่พบในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าเมื่อต้องการพบแพทย์จะไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใหญ่เลย โดยไม่ไปโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสระบุรีประชาชนที่มีฐานะดีที่อยู่ใกล้ตัวเมืองจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนโดยตรง สำหรับประชาชนที่มีรายได้ไม่สูงนัก หลายรายก็อาจไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนก่อนถ้าไม่เชื่อมั่นคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ แต่เมื่อเงินหมดก็ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลชุมชน สำหรับโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้มีรายได้สูงบางส่วนซึ่งปกติมักไม่ได้ใช้การรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชน ก็หันมาใช้บริการมากขึ้นหลังจากมีโครงการ 30 บาทฯ เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่ายขึ้น

### ข. สิทธิในการรักษาพยาบาล

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีอยู่กำหนดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละบัตร ประชาชนตระหนักถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายครั้งจะไม่ทราบชัดเจนถึงรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของบัตรที่ตนเองถือ การมีบัตรสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลทำให้การเลือกใช้การรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย เช่น ข้าราชการในจังหวัดสุราษฎร์ธานีจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ โดยไม่ไปที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนเป็นต้น จากการทำการคุยกลุ่ม focus group ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (หลายกลุ่ม) พบว่าประชาชน 3 คน จาก 31 คน จะไม่ใช้สิทธิ์ที่มีอยู่แต่จะจ่ายเงินเอง หนึ่งในสามคนนี้มีสิทธิ์ข้าราชการจะจ่ายเงินเอง (โดยไม่ไปเบิก) เมื่อค่าใช้จ่ายไม่มาก คนที่สองมีบัตร 30 บาทแต่จ่ายเงินเองเพราะว่าต้องการการบริการที่เร็วกว่า คนที่สามมีบัตร 30 บาทเช่นเดียวกันแต่จ่ายเงินเองเพราะคิดว่าจะทำให้ได้ยาดีกว่า

**ค. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง**

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ซึ่งมักจะรวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล ประชาชนในชนบทที่อยู่ไกลร้านขายยาอาจซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน โดยราคายาแพงกว่าตลาดเล็กน้อย เช่น พาราเซตามอล แพงกว่า 2 บาท/แผง แต่ก็สามารถแบ่งซื้อเป็นเม็ดได้ ตัวอย่างเช่น พาราเซตามอล ราคา 2 เม็ด ราคา 1 บาท แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการเดินทางออกนอกหมู่บ้านเพื่อไปหาซื้อยา วิธีการนี้ก็ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่า การ "ไม่อยากเสียค่ารถไปโรงพยาบาล" เป็นปัจจัยหนึ่งทำให้ประชาชนพยายามรักษาด้วยตนเองก่อน

*"มันก็ไม่ยุ่งยากเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับคนที่มีรถยนต์ ถ้าไม่มีรถก็ต้องเหมารถกันไป ถ้าเป็นกลางวัน 150 กลางคืน 200-300 บาทแล้วแต่ตกลง" -- เชียงใหม่*

ระยะทางเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการใช้บริการสถานีอนามัย ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยหรือมีสถานีอนามัยในหมู่บ้านจะใช้บริการของสถานีอนามัยมากกว่าประชาชนที่อยู่ไกล โดยประชาชนที่อยู่ไกลอาจใช้ทางเลือกอื่นแทนเช่นซื้อยาที่ร้านขายยาหรือคลินิก ดังนั้นประชาชนที่มีรายได้น้อย ก็อาจใช้บริการที่คลินิกก็ได้ถ้าการเดินทางไปสถานีอนามัยต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ในทำนองเดียวกัน การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ขึ้นกับระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง ถ้าเดินทางสะดวกหรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ประชาชนก็อาจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแทนการไปศูนย์เทศบาลหรือสถานีอนามัย

การตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือไม่ ถึงแม้ในบางครั้ง ระยะทางจากหมู่บ้านไปโรงพยาบาลจะไกลมาก แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยมากจนผู้ป่วยหรือญาติพี่น้องคิดว่าต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องผ่าตัดหรือต้องพักรักษาตัว เมื่อยามที่ต้องพึ่งโรงพยาบาลจริงๆ ก็จะไปกัน แต่ในยามปกตินั้น ประชาชนบางส่วนหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรอนาน

*"ไปโรงพยาบาลต้องเสียเวลาอย่างน้อยครึ่งวัน ถ้าต้องการเร็วจะต้องไปตั้งแต่ตี 5 ถ้าไป 3 โมงเช้า บ่าย 3 ถึงจะได้พบหมอ" -- สมุทรปราการ*

หรือบางครั้งการมีรถประจำทางหรือไม่ก็มีผลในการตัดสินใจ ถ้าการไปโรงพยาบาลต้องรอนานจนไม่สามารถกลับรถประจำทางเข้าหมู่บ้านได้ จำเป็นต้องเหมารถกลับหมู่บ้านซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง การไปคลินิกอาจเสียค่าใช้จ่ายแพงกว่า แต่ค่าใช้จ่ายรวม (ค่าหมอและค่าเดินทาง) น้อยกว่าไปโรงพยาบาลที่เสียเพียง 30 บาทหรือไม่ต้องเสียเลย ในกรณีนี้ประชาชนเลือกไปคลินิกแทน

*"เขา (คลินิก) เรียกเก็บค่ารักษาแพงก็จริง แต่ขึ้นรถโดยสารมันถูก ไปกลับ 40 บาท รวมค่ายาคลินิก 200 รวม 240 บาท แต่ถ้าไปรพ.เสียค่ารักษา 30 บาทจริง แต่เสร็จช้าต้องเหมารถกลับ 150-200 และบางทีก็รักษาไม่หาย" – บุรีรัมย์*

ประชาชนในเมืองที่เข้าถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนง่ายกว่าทั้งร้านขายยาและคลินิก ก็สนใจระยะทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเช่นเดียวกัน หลายคนเลือกใช้คลินิกแทนการไปสถานพยาบาลที่ระบุในบัตรเพราะ “ไม่คุ้มค่าเดินทาง“

เมื่อถามความคิดเห็นของประชาชนว่าตั้งแต่มีโครงการ 30 บาทไปใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ ประชาชนส่วนใหญ่บอกว่าไม่ เพราะถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่อยากเข้าไปในโรงพยาบาลเนื่องจากสถานที่ไม่น่าอยู่และไม่น่าไป

*“มีสถานที่สามแห่งที่ไม่อยากไป: โรงพยาบาล โรงพัก และเรือนจำ” – สุราษฎร์ธานี*

*“คนเราไม่อยากไปโรงยาถ้าไม่เป็นอะไร” – เชียงใหม่*

*“ถ้าโรงแรมอยากเข้า โรงพยาบาลกับโรงพักไม่อยากเข้า” – เชียงใหม่*

นอกจากนี้ถึงแม้การไปใช้บริการจะเสีย 30 บาท (หรืออาจจะไม่เสียค่าบริการเลยในกรณีที่มีบัตร 30 บาทหมวด ท) แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้นถ้าไม่ได้เจ็บป่วยก็ไม่คิดจะไปที่โรงพยาบาล

เมื่อถามความคิดเห็นของประชาชนโดยใช้แบบสอบถามว่าตั้งแต่มีโครงการ 30 บาทได้ไปใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยแต่ไปรับบริการด้านสุขภาพอื่นๆเช่นตรวจร่างกาย วัดความดัน ฉีดวัคซีน หยอดยาเด็ก ขอยา ขอวิตามินหรือยาคุม เพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ จากข้อมูลพบว่าส่วนมากบอกว่าใช้บริการด้านสุขภาพเท่าเดิม และมีหลายจังหวัดเช่นจังหวัดสระบุรี สุราษฎร์ธานี กรุงเทพมหานคร ที่ประชาชนบางส่วนตอบว่าไม่เคยใช้บริการสุขภาพเหล่านี้มาก่อน

**ตารางที่ 7 การใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยแต่ไปรับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ 30 บาท**

| จังหวัด | ใช้บริการโดยไม่ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|
| | เท่าเดิม | เพิ่มขึ้น | น้อยลง | ไม่เคยใช้บริการ | |
| นครราชสีมา | 346 | 27 | 33 | 17 | 423 |
| | 81.8% | 6.4% | 7.8% | 4.0% | 100.0% |
| สระบุรี | 13 | 0 | 0 | 14 | 27 |
| | 48.1% | .0% | .0% | 51.9% | 100.0% |
| บุรีรัมย์ | 138 | 3 | 13 | 11 | 165 |
| | 83.6% | 1.8% | 7.9% | 6.7% | 100.0% |
| สุราษฎร์ธานี | 11 | 2 | 0 | 16 | 29 |
| | 37.9% | 6.9% | .0% | 55.2% | 100.0% |
| กรุงเทพมหานคร | 108 | 5 | 6 | 47 | 166 |
| | 65.1% | 3.0% | 3.6% | 28.3% | 100.0% |
| ปทุมธานี | 39 | 1 | 0 | 15 | 55 |
| | 70.9% | 1.8% | .0% | 27.3% | 100.0% |
| สมุทรปราการ | 42 | 7 | 2 | 8 | 59 |
| | 71.2% | 11.9% | 3.4% | 13.6% | 100.0% |
| รวม | 697 | 45 | 54 | 128 | 924 |
| | 75.4% | 4.9% | 5.8% | 13.9% | 100.0% |

เมื่อสอบถามผู้ที่มีบัตรทองว่าไปพบแพทย์บ่อยขึ้นกว่าก่อนที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (รวมการไปพบแพทย์ที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนด้วย) หรือไม่ ปรากฏว่าส่วนมากจะตอบว่าเท่าเดิม ยกเว้นกลุ่มตัวอย่างที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี บุรีรัมย์ และสมุทรปราการ ที่กว่าร้อยละ 20 ของครัวเรือนตัวอย่างตอบว่าไปพบแพทย์เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันร้อยละ 5 ของครัวเรือนตัวอย่าง (รวมทุกจังหวัด) ตอบว่าไปพบแพทย์หรือไปสถานพยาบาลหลังมีโครงการ 30 บาทลดลง

**ตารางที่ 8 การไปพบแพทย์หรือไปสถานพยาบาลหลังมีโครงการ 30 บาท**

| จังหวัด | บ่อยขึ้น | เท่าเดิม | ลดลง | รวม |
|---|---|---|---|---|
| นครราชสีมา | 65 | 364 | 20 | 449 |
| | 14.5% | 81.1% | 4.5% | |
| สระบุรี | 3 | 24 | 2 | 29 |
| | 10.3% | 82.8% | 6.9% | |
| บุรีรัมย์ | 65 | 110 | 7 | 182 |
| | 35.7% | 60.4% | 3.8% | |
| สุราษฎร์ธานี | 14 | 20 | 3 | 37 |
| | 37.8% | 54.1% | 8.1% | |
| กรุงเทพมหานคร | 25 | 150 | 10 | 185 |
| | 13.5% | 81.1% | 5.4% | |
| ปทุมธานี | 8 | 48 | 1 | 57 |
| | 14% | 84.2% | 1.8% | |
| สมุทรปราการ | 16 | 52 | 2 | 70 |
| | 22.9% | 74.3% | 2.9% | |
| รวม | 196 | 768 | 45 | 1009 |
| | 19.4% | 76.1% | 4.5% | |

เมื่อถามเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นว่าไปพบแพทย์หรือใช้บริการที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่กำหนดไว้ในบัตรเพิ่มขึ้นหรือไม่ ปรากฏว่าข้อมูลรวมของทุกจังหวัดไม่ต่างจากตารางที่ 8 มากนักคือส่วนมาก (ร้อยละ 70) จะไปเท่าเดิม ไปบ่อยขึ้นร้อยละ 17 และไปลดลงร้อยละ 5

**ตารางที่ 9 การไปพบแพทย์หรือไปสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรหลังมีโครงการ 30 บาท**

| จังหวัด | การไปหาหมอสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ในบัตรหลังมีโครงการ 30 บาท | | | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | บ่อยขึ้น | เหมือนเดิม | ลดลง | ไม่มีผลเพราะไม่เคยใช้บริการสถานพยาบาลเหล่านี้ | มีคนที่ไปทั้งบ่อยขึ้นและลดลง | มีคนที่ไปทั้งบ่อยขึ้นและเท่าเดิม | |
| นครราชสีมา | 59 | 326 | 19 | 1 | 14 | 0 | 419 |
| | 14.1% | 77.8% | 4.5% | .2% | 3.3% | .0% | 100.0% |
| สระบุรี | 3 | 16 | 1 | 5 | 0 | 0 | 25 |
| | 12.0% | 64.0% | 4.0% | 20.0% | .0% | .0% | 100.0% |
| บุรีรัมย์ | 41 | 89 | 15 | 1 | 3 | 13 | 162 |
| | 25.3% | 54.9% | 9.3% | .6% | 1.9% | 8.0% | 100.0% |
| สุราษฎร์ธานี | 9 | 12 | 3 | 3 | 0 | 2 | 29 |
| | 31.0% | 41.4% | 10.3% | 10.3% | .0% | 6.9% | 100.0% |
| กรุงเทพมหานคร | 16 | 115 | 5 | 26 | 0 | 0 | 162 |
| | 9.9% | 71.0% | 3.1% | 16.0% | .0% | .0% | 100.0% |
| ปทุมธานี | 11 | 41 | 1 | 2 | 0 | 0 | 55 |
| | 20.0% | 74.5% | 1.8% | 3.6% | .0% | .0% | 100.0% |
| สมุทรปราการ | 13 | 43 | 0 | 1 | 1 | 0 | 58 |
| | 22.4% | 74.1% | .0% | 1.7% | 1.7% | .0% | 100.0% |
| รวม | 152 | 642 | 44 | 39 | 18 | 15 | 910 |
| | 16.7% | 70.5% | 4.8% | 4.3% | 2.0% | 1.6% | 100.0% |

ประชาชนบางราย (ซึ่งเป็นส่วนน้อย) ให้เหตุผลว่าอาจจะไปใช้บริการมากขึ้นเพราะ

*“อาจจะลุยงานให้หนักขึ้นด้วยซ้ำ ป่วยก็ไม่กลัว รักษาฟรี” -- เชียงใหม่*

**ง. สภาวะหรือลักษณะโรค**

จากการพูดคุยกับชาวบ้านในแทบทุกคน ผู้วิจัยพบว่า*ชาวบ้านมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจต่อว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร* ถ้าชาวบ้านคาดการณ์ว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็จะปล่อยให้หายเอง แต่ถ้ามีอาการที่ชาวบ้านคิดว่าไม่สามารถหายเองได้ก็จะเริ่มพึ่งยา ถ้าต้องการยาสามัญหรือปริมาณยาไม่มากก็จะพึ่งร้านขายของชำ ถ้าคิดว่ามีความรุนแรงขึ้นก็จะไปที่ร้านขายยา แต่ถ้ารักษาไม่หายหรือมีอาการมากจน “ลุกไม่ค่อยไหว” หรือ “ลุกไม่ไหว” จึงไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หาย และ/หรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร

สภาวะหรือลักษณะโรคไม่ได้เป็นปัจจัยตัวเดียวที่กำหนดว่าจะเลือกการรักษาพยาบาลวิธีใด ชาวบ้านหลายคนให้เหตุผลในการซื้อยารับประทานเองว่าถ้าไปพบแพทย์ก็ต้องใช้เวลารอนาน และปกติก็ต้องไปซื้อกับข้าวที่ตลาดอยู่แล้ว ถึงแม้จะไม่ได้ไปทุกวัน แต่ก็สามารถซื้อยาได้สะดวก หรือการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยที่ไม่ได้ป่วยหนักถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล ก็ไปเอายาที่สถานีอนามัยแทนก็ได้

*“เอาอย่างลุกไม่ไหวถึงจะไปโรงพยาบาล ถ้ายังเดินไปไหนมาไหนได้*

*ไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้นอน ตรวจเสร็จ จ่ายยา กลับบ้าน เหมือนไปอนามัย” – เชียงใหม่*

บางครั้ง ถ้าชาวบ้านต้องการความรวดเร็วทั้งในด้านการรักษาที่รวดเร็วและหายเร็วก็จะเลือกไปคลินิก

*“คลินิกจะไปในกรณีที่ต้องการรักษาเร่งด่วนให้รู้ผลเร็วที่สุด เพราะคลินิกจะใช้ยาที่หายเห็นผล”*

*“ถ้าอยากหาหมอด่วนจะไปคลินิกเลย ไม่เกี่ยวว่าเป็นวันเสาร์วันอาทิตย์” – เชียงใหม่*

*“เจ็บปวดเล็กๆ น้อยๆ ในลักษณะ อาการไข้หวัด อะไรอย่างนี้จะไปคลินิกมากกว่า ในลักษณะที่เราคิดว่าไม่ควรจะไปเสียเวลาที่โรงพยาบาล” – ภูเก็ต*

ในขณะเดียวกัน ประชาชนมักใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเองและข้อมูลที่เล่าต่อๆกันไปในการเลือกสถานพยาบาล

*“ถ้าเล็กน้อย ลุกไม่ไหว โรคธรรมดา จะไปโรงพยาบาล..... ถ้าเป็นฉุกเฉินจะไปที่อื่นเลย*

*เอาชีวิตรอดก่อน แต่เรื่องรักษาพื้นฐาน ธรรมดาก็ดี ปกติดีทุกอย่าง ไม่มีปัญหาอะไร.....คนลือมาตลอดเวลา ว่านั่นคือ โรงฆ่าสัตว์ ..... ตอนไปนั่งรถไป ตอนกลับใส่โลงกลับมา” – เชียงใหม่*

แต่อาการของโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมักทำให้ประชาชนเลือกไปพบแพทย์มากกว่าปล่อยให้หายเอง สำหรับโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการดูแลจากแพทย์อยู่แล้ว ก็มักจะมีการพบแพทย์เป็นประจำ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์มาก่อนหรือไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ ผู้ป่วยก็มักจะถูกปล่อยเรื้อรัง ปัญหานี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองไม่ได้ เช่นผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งแม้ว่าจะมีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนแต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถช่วยอะไรได้มากนัก (ดูกรอบที่ 1) จากตัวอย่างนี้ โครงข่ายความช่วยเหลือ (safety net) ที่มีอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนอาจไม่เพียงพอ เพราะไม่มีหลักประกันว่า

ครอบครัวหรือลูกหลานจะเป็นที่พึ่งได้หรือชุมชนจะไม่ปล่อยปะละเลย จึงอาจต้องมีโครงข่ายความช่วยเหลือทางสังคม (social safety net) มาช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เช่น พิการ อัมพาต หรือป่วยมาก

**กรอบที่ 1 ชีวิตที่หมดทางเลือก**

คุณยายมีปัญหาหลอดเลือดในสมองทำให้บางส่วนของร่างกายเป็นอัมพาต อัมพาตท่อนล่างเกิดขึ้นมา 7 ปีแล้ว คุณยายเป็นอัมพาตที่แขนอีกหนึ่งข้าง จึงมีเพียงแขนข้างเดียวที่ใช้ได้ แต่เนื่องจากไม่ได้ใช้งานแขนจึงไม่แข็งแรงนัก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งไม่สามารถแบได้ คุณยายอาศัยอยู่กับคนตา มีหลานเรียน ม.5 ที่ลูกสาวฝากมาเข้าโรงเรียนแถวหมู่บ้านอยู่ด้วยอีกหนึ่งคน บ้านของคุณยายเป็นบ้านยกพื้นใต้ถุนสูงเหมือนบ้านในชนบททั่วไป คุณยายอยู่ชั้นสองและไม่ได้ลงมาชั้นล่างของบ้านนานเป็นปีแล้วเนื่องจากเป็นอัมพาต คุณยายพยายามลงจากชั้นบนครั้งหนึ่งตอนที่คุณตาออกไปทำงาน แต่ตกจากบันได ริมฝีปากไปกระแทกกับขอบอ่างล้างเท้าริมบันได ยังมีรอยแผลเป็นแนวกว้างให้เห็นอย่างชัดเจน วันนั้นคุณยายล้มในท่าคว่ำหน้าจนถึงเวลาเย็นที่คุณตากลับจากทำงาน คุณตาบอกว่าโชคยังดีที่หน้าไม่ทิ่มลงในน้ำ หลังจากนั้นคุณตาห้ามคุณยายเคลื่อนไหวไปไหนเด็ดขาดโดยเฉพาะการลงไปชั้นล่าง โดยบังคับให้คุณยายนอนอยู่ในมุ้งตลอดเวลา วันที่นักวิจัยไปเยี่ยมนั้น คุณยายนอนอยู่ในมุ้งสีเหลืองๆดำๆที่ปิดมิดชิดในบ้านที่ค่อนข้างมืด เมื่อเปิดมุ้งออกมาก็ได้กลิ่นปัสสาวะฉุนมากจนแสบจมูก คุณตามีหน้าที่ดูแลอาหารการกินซึ่งคุณยายกินได้ไม่มีปัญหา ตอนเย็นหลานจะกลับมาช่วยอาบน้ำ เวลาถ่ายหนักก็จะไปถ่ายด้านหลังของบ้านที่เจาะรูไว้ แต่คุณยายถ่ายเองไม่ได้ ต้องใช้วิธีคว้านทวาร การถ่ายเบาบางครั้งคงจะถ่ายไปเลยบนที่นอน สังเกตได้จากกลิ่น จากสภาพผมเผ้ารุงรังและจากกลิ่นที่ฉุนจนแสบจมูก ก็คงพอจะอนุมานได้ว่าคุณยายคงไม่ได้รับการดูแลที่ดีนัก

สุขภาพจิตของคุณยายค่อนข้างแย่ แกร้องไห้ตลอดเวลา และบ่นถึงสภาพอัมพาตที่เป็นอยู่ และขอให้ช่วยพาออกจากบ้านบ้าง เมื่อถามถึงลูกของตายายที่มีอยู่ 3 คน คุณตาบอกว่ามาเยี่ยมบ้าง เช่น ลูกคนกลางมาปีละ 2 ครั้ง มาเยี่ยมแต่ละครั้งก็ให้ 500-1,000 บาท ลูกๆเคยพาคุณยายไปรักษากับหมอชาวบ้านใช้สมุนไพรที่นครนายกโดยเสียค่าใช้จ่ายและค่าดูแลวันละ 100 บาทในช่วงที่คุณยายยังไม่ได้เป็นมาก แต่คุณยายหกล้มและมีอาการอัมพาตมากขึ้น ลูกๆ จึงนำตัวกลับมาบ้าน หลังจากนั้นก็ไม่มีใครคิดพาคุณยายไปไหนเลย โรงพยาบาลจังหวัดมีกายภาพบำบัดในวันเสาร์ แต่คุณตาบอกว่าต้องเสียค่าเดินทางมาก ถึงแม้ลูกชายมีรถและอยู่ไม่ไกลแต่ก็ทำงานในวันเสาร์ คุณตาและลูกทุกคนมีความคิดแบบเดียวกันว่าทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว จากการสอบถามชาวบ้านที่ไปด้วยพบว่ามีเก้าอี้เข็นที่ใช้การได้อยู่ที่วัดที่จะยืมมาใช้ได้ แต่คุณตาบอกว่าไม่สามารถยกคุณยายลงไปได้ เมื่อถามชาวบ้านว่าจะพอมีผู้ชายที่พอจะมาช่วยคุณตายกคุณยายลงหรือไม่ ชาวบ้านบอกว่ามี แต่คุณตาก็ยังยืนยันเหมือนเดิมว่าทำไม่ได้ คุณยายเรียกคุณตาว่าช่วยไปเอารถเข็นที่วัดมาให้ด้วย แต่ดูเหมือนคุณตาจะไม่ได้ให้ความสนใจในคำร้องขอมากนัก

คุณตามีอาชีพรับจ้างทั่วไปเช่นขุดดิน ดายหญ้า ทำงานก่อสร้าง ได้วันละ 200 บาท ในแต่ละเดือนมีคนจ้างประมาณ 15 วัน ในช่วงฤดูฝนจะไม่ค่อยมีคนจ้างงานเนื่องจากน้ำท่วมหมู่บ้าน คุณตาก็จะสานเครื่องมือจับปลาขายตามที่คุณตาเล่าให้ฟัง เงินก็ไม่ถึงกับขัดสนมาก แต่มีความไม่แน่นอนว่าจะมีเงินกินสำหรับมื้อหน้าหรือไม่ ทำให้คุณตาอยู่ในสภาวะเครียดเช่นกัน

ชาวบ้านมองว่าถึงตายายคู่นี้จะจน แต่ลูกหลานหลายคนมีรถและใส่ทอง ทำให้ชาวบ้านไม่อยากยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ

สองเดือนผ่านไป คุณยายก็ยังไม่มีรถเข็นและยังอยู่ในสภาพเดิม

**จ. กลุ่มอายุของผู้ป่วย**

ในหลายพื้นที่ที่สำรวจพบแบบแผนการเลือกวิธีรักษาพยาบาลสำหรับเด็กในลักษณะเดียวกันคือ เมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองจะพาเด็กไปรับการรักษาที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว ซึ่งส่วนมากมักจะเป็นคลินิก ด้วยเหตุผลต่างๆ นาๆ เช่น เด็กพูดไม่รู้เรื่อง ดังนั้นจึงไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นมากน้อยเพียงใด เด็กร้องไห้เสียงดังทำให้ตกใจ เด็กเล็กมักจะไม่สบายในช่วงเย็นหรือกลางคืน ผู้ปกครองอยากให้เด็กหายเร็วที่สุดเพราะการมีเด็กไม่สบายอยู่ในบ้านทำให้ต้องคอยดูแลตลอดเวลา เป็นต้น ในจังหวัดสระบุรีที่ไปสำรวจพบว่าเด็กจะไปรับการรักษาที่คลินิกเป็นประจำ บางครั้งการไม่สบายตรงเสาร์-อาทิตย์ ก็ไม่กล้ารบกวนเจ้าหน้าที่เพราะเป็นวันหยุดพักผ่อน แต่ถ้าเป็นผู้ใหญ่ถ้าไม่เป็นมากก็จะรอไปสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลในวันเปิดราชการ

สำหรับกลุ่มคนยากจนที่อำเภอเสาไห้ สระบุรี เมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาไปรักษาที่สถานีอนามัยทันที สาเหตุเพราะเมื่อมีเด็กเจ็บป่วยที่บ้าน พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งต้องหยุดทำงานหารายได้เพื่อมาดูแลเด็กแทน ถ้าเด็กอาการไม่ดีขึ้นจึงจะพาไปคลินิกเพื่อให้ลูกหายจากอาการป่วยโดยเร็วที่สุด บางรายก็เลือกที่จะพาไปโรงพยาบาลเพื่อใช้สิทธิ์ตามบัตรที่มี เพราะไม่มีเงินพาไปคลินิก โดยต้องเดินทางไปตั้งแต่หกโมงเช้าเพื่อที่จะได้รับการตรวจเป็นคิวแรกๆในเวลาประมาณเก้าถึงสิบโมง จะได้มีเวลากลับมาทำงานในช่วงบ่ายได้

การรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจะต่างจากเด็ก เมื่อผู้สูงอายุต้องการใช้บริการมักไปโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน ประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุไม่ค่อยเร่งด่วน เป็นอาการที่รอได้และค่อยเป็นค่อยไป และมักจะออดแอดตามประสาคนแก่เฒ่าชรา ในขณะที่ผู้สูงอายุเองก็มักให้ความเห็นว่าไม่อยากรบกวนลูกหลานในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ ซึ่งมักเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าความรวดเร็วในการรับบริการ

ผู้สูงอายุบางส่วนยังปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบัน ที่หมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งการเดินทางไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบากเนื่องจากมีรถประจำทางเข้าออกหมู่บ้านเพียงวันละครั้งในช่วงก่อนเที่ยง และหมู่บ้านถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเนื่องจากน้ำท่วมปีละ 1-2 เดือน ชาวบ้านจะพึ่งพิงหมอสมุนไพรเป็นหลัก ถ้าจำเป็นก็อาจไปสถานีอนามัย แต่ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ผู้สูงอายุหลายคนจะไม่ยอมไปพบแพทย์สมัยใหม่เลย มีผู้สูงอายุประมาณ 60 ปีคนหนึ่งถูกไฟลวก แต่ไม่ยอมรักษาแผนปัจจุบันเนื่องจากกลัวการถูกตัดผิวหนัง ขณะเดียวกันญาติพี่น้องก็บอกว่าไม่มีเวลาไปเฝ้าไข้และพาไปไว้อีกหมู่บ้านหนึ่งเพื่อหลบการติดตามของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้จะมีรถโรงพยาบาลเข้าไปรับ ก็ยังไม่ยอมไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตในเวลาต่อมา แต่หมู่บ้านนี้อาจจะต่างจากหมู่บ้านส่วนใหญ่ โดยจะเห็นได้ว่าเด็กที่อยู่ในหมู่บ้านนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่อายุประมาณ 6 ขวบขึ้นไป) ประมาณ 8 ในทุก 10 คนคลอดกับหมอตำแย (ชาวบ้านบางส่วนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่แต่เวลาคลอดก็คลอดกับหมอตำแย)

**ฉ. ข้อมูลที่ประชาชนมี**

ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ โรงพยาบาล หรือจำนวนเงินที่ต้องจ่าย เป็นต้น มีส่วนในการกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลหรือการตัดสินใจว่าจะไปรับการรักษาหรือไม่ การรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้มีส่วนในการเพิ่มข้อมูลค่อนข้างชัดเจน ถึงแม้ข้อมูลในการประชาสัมพันธ์บางครั้งจะมุ่งในการประชาสัมพันธ์จนบางครั้งไม่ได้ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนก็ตาม นอกจากนั้น ข้อมูลที่กระจายกันในหมู่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชนก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือกเช่นโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ประชาชนในแถบนั้นจะไม่กล้าไป เนื่องจากคนในหมู่บ้านหลายคนรักษาแล้วไม่หายและเสียชีวิตในที่สุด หรือการที่รู้จักใครในสถานพยาบาลนั้น ซึ่งอาจเป็นเพียงการรู้จักเจ้าหน้าที่ทั่วไปเช่นเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือกเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่กำหนดการตัดสินใจใช้บริการ เช่นลักษณะส่วนบุคคลหรือทัศนคติในเรื่องการรักษาพยาบาล บางครอบครัวให้ความเห็นว่า

*“ถ้าปล่อยไว้นาน จะนานหาย” -สระบุรี*

(ถ้าปล่อยไว้นานโดยไม่รักษา ก็จะหายช้า)

คนที่ให้ความสนใจกับสุขภาพก็อาจไปพบแพทย์เร็วกว่า ครัวเรือนที่มีรถ (รถยนต์หรือจักรยาน) ก็มีแนวโน้มที่จะไปพบแพทย์เมื่อเริ่มป่วยมากกว่าครัวเรือนที่ต้องพึ่งรถของเพื่อนบ้านหรือต้องเสียค่ารถในการเดินทาง หรือทัศนคติเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาลก็มีผลต่อทางเลือกและสถานพยาบาลที่ไปเป็นต้น

## 7. ปัญหาที่ประชาชนประสบ

ปัญหาที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้เป็นปัญหาที่ประชาชนกล่าวถึงซ้ำแล้วซ้ำเล่าในหลายพื้นที่ ปัญหาเหล่านี้จึงน่าจะสะท้อนประสบการณ์และความคิดเห็นของประชาชนได้ไม่มากก็น้อย

1. รับการรักษาพยาบาลแล้วไม่หาย มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ชาวบ้านในละแวกนั้นสรุปว่ารักษาไม่หายเนื่องจากมีหลายกรณีที่ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลอื่น ถึงแม้การบริการของโรงพยาบาลจะดีก็ตาม จึงเป็นที่เลื่องลือในหมู่ชาวบ้านในเรื่องการรักษาแล้วไม่หาย สาเหตุหนึ่งของการรักษาไม่หายชาวบ้านคิดว่าเกิดจากแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ ไม่ค่อยมีประสบการณ์ ในขณะที่แพทย์ที่มีประสบการณ์ก็ไม่ค่อยอยู่ที่โรงพยาบาล ในขณะเดียวกัน ประชาชนในหลายจังหวัดอ้างประสบการณ์ตัวเองว่าการรักษาที่คลินิกดีกว่าโรงพยาบาล[23] โดยสาเหตุหนึ่งเกิดจากยาที่คลินิกดีกว่า ทำให้ชาวบ้านที่พอมีเงินรักษาที่คลินิกจะไปคลินิกโดยตรงโดยไม่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

[23] รวมทั้งกรณีที่รักษากับแพทย์คนเดียวกันที่ทำงานในโรงพยาบาลและเปิดคลินิกด้วย

*“คุณภาพของหมอของโรงพยาบาลประจำอำเภอแต่ละอำเภอไม่เท่ากัน”_-- สุราษฎร์ธานี*

*“โรงพยาบาล..... ก็เป็นแบบนั้น เขาเรียกโรงฆ่าสัตว์กันแล้ว ส่วนมากหมอก็ว่าไม่เป็นอะไร แต่พอไปตรวจที่โรงพยาบาลใหญ่ก็เป็นหนักแล้ว” -- สุราษฎร์ธานี*

*“คือ เข้าใจนะว่าคนเรียนมันจะมีหมอเก่งกับหมอไม่เก่ง หมอที่เก่งไม่มาที่นี่ (เสียงแทรก: บอกได้เลยว่ามันกันดาร) ... หมอดีดีก็มีโอกาสได้เรียนต่อ แต่บางหมอเขาจะมีความรู้สึกเขาอยากจะพัฒนาชนบท บางทีก็มีหมอดีดีมาอยู่” -- สุราษฎร์ธานี*

2. ประชาชนจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับข้อมูลทั้งในด้านการรักษาและในด้านสิทธิ์ของตนเอง หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ได้รับทราบข้อมูลและสิทธิ์ของตน แต่เมื่อพูดขึ้นมาแล้วได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ประชาชนก็รู้สึกว่าจะต้องเป็นไปตามนั้น

ผู้ป่วยหลายคนต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการป่วยที่เป็นอยู่เนื่องจากแพทย์ไม่ให้ข้อมูลว่าเป็นอะไร ขณะที่กินยาแล้วไม่หาย ยายคนหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์บอกว่า

*“ต้องการให้เขาบอกอย่างเดียว อย่างเช่นว่า ไม่มีทางหายก็ขอให้บอกตรงๆ” –บุรีรัมย์*

บางครั้งผู้ป่วยมานอนอยู่ในโรงพยาบาล 3-4 วันแล้วกลับบ้านไปผู้ป่วยก็ยังไม่ทราบว่าเป็นอะไร ถึงแม้ผู้ป่วยจะถามแล้วแต่ก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน นอกจากในเรื่องโรคที่ป่วยและวิธีการรักษาซึ่งประชาชนมักรู้สึกว่าแพทย์ไม่ได้บอกให้ทราบหรือเข้าใจแล้ว ประชาชนบางคนยังไม่มีข้อมูลเรื่องสิทธิ์ของตนเองหรือแม้ในกรณีที่ประชาชนพอจะทราบสิทธิ์ของตัวเอง แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ยอมให้ใช้สิทธิ์ประชาชนก็เกรงกลัวเกินกว่าที่จะโต้เถียงได้ เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งโดยหลักการแล้วสามารถรับการรักษาพยาบาลฟรีทั้งก่อนและหลังโครงการ 30 บาท แต่ยังพบผู้สูงอายุอายุ 69 ปี ที่ตั้งความหวังไว้ว่า

*“อยากให้ช่วยเหลือทางการเงิน แก่แล้วอยากให้รักษาฟรี” – บุรีรัมย์*

ทั้งนี้ การไปรับบริการที่สถานีอนามัยของผู้สูงอายุท่านนี้ก่อน 30 บาทต้องเสียค่าใช้จ่ายทุกครั้ง และหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้สูงอายุท่านนี้ก็ถูกเรียกเก็บเงินทุกครั้งเช่นกัน ตัวอย่างเช่น ต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทและค่ายาฉีด 1 เข็มและค่าน้ำเกลือรวมเป็น 100 บาท ทั้งๆที่มีบัตรทองหมวด “ท” (ซึ่งปกติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย) โดย 70 บาทเพิ่มขึ้นจาก

*“เมื่อวันนั้น ไปใส่น้ำเกลือ 1 กระปุก ฉีดยา 1 เข็ม มีบัตรทอง .. หมดเงินไป 70 บาท เขาบอกว่าไม่ใช่ของอนามัย หมอ (เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย) บอกว่าเป็นของคลินิก (คลินิกของเจ้าหน้าที่) ยาในอนามัยเขาไม่มี ยาขาด ถ้าจะเอายาอนามัยต้องรออีกสองสามวัน” – บุรีรัมย์*

หรือ

*“คนอื่นเขาไปฟรี แต่ยายไปเสียทุกครั้ง ไปโรงพยาบาลก็เสีย ตอนนั้นไปนอน 4 คืน เสีย 300 เขาเรียกเก็บ” – บุรีรัมย์*

ไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้นที่ถูกเรียกเก็บเงิน ผู้ที่ได้บัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มาแต่เดิมเนื่องจากรายได้น้อย และต่อมาได้เป็นบัตรทอง ท. ก็ถูกเรียกให้ “บริจาค” 20 บาทเช่นเดียวกัน

แต่ประชาชนบางคนที่มีบัตร 30 บาท ท. ที่จนกว่าคนอื่นในหมู่บ้านจะไม่ถูกเรียกเก็บเงิน ดังนั้น ในหมู่บ้านที่ประชาชนค่อนข้างยากจน (ครึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้านมีบัตรทอง ท.) ก็ยังถูกเจ้าหน้าที่แบ่งอีกว่าใครจะจนกว่าใครและใครควรจะถูกเรียกเก็บเงินหรือไม่[24]

ในบางชุมชนที่ยากจน เช่นชุมชนแออัดบางแห่งในเมือง ประชาชนที่มีฐานะยากจน ไม่มีไฟฟ้าใช้และอ่านหนังสือได้ไม่มาก แม้ว่าโครงการ 30 บาทจะมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง แต่ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ค่อยทราบข่าวสาร เช่น เมื่อโครงการเปิดโอกาสให้มีการลงทะเบียนแรงงานต่างถิ่น (ซึ่งคนในชุมชนนี้จำนวนมากเข้าข่ายนี้) ประชาชนในกลุ่มนี้เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ทราบข่าวนี้

3. ประชาชนที่ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยบางแห่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เช่น แต่เดิมเมื่อไปรับยาที่สถานีอนามัยเคยเสีย 10-20 บาท แต่ปัจจุบันต้องเสีย 30 บาทซึ่งแพงขึ้น หรือไปวัดความดันก็ต้องเสีย 30 บาท

*"มันแพงขึ้น เวลาไปเอายาพาราเสีย 30 บาท มันก็แพง"—สระบุรี*

*"บางทีไปหาหมอ จ่ายยามาไม่คุ้มกับ 30 บาท บางทีให้ยาพารามาอย่างเดียว ก็โดนไปแล้ว 30 บาท..... อีกอย่างให้ยามาบางทีก็เยอะบางทีก็ไม่เยอะ ถ้าไม่หายก็กลับไปใหม่ เป็น 60บาท แล้วไม่ใช่ 30 บาททีนี้" –- สุราษฎร์ธานี*

*"มันไม่ได้ เป็น 30 บาท ทุกโรค แต่เป็น 30 บาท ทุกครั้ง" –- สุราษฎร์ธานี*

4. ประชาชนบางกลุ่มประสบปัญหาการรอรับบริการของโรงพยาบาลที่ช้าจนต้องไปใช้คลินิกแทนเพราะไม่สามารถรอได้เนื่องจากต้องกลับไปเฝ้าลูกหลาน สัตว์เลี้ยง หรือกลับไปทำงาน หรือการรอหมายถึงเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีรถประจำทางเดินทางกลับหมู่บ้านในวันนั้น แต่สำหรับประชาชนที่รอได้ ให้ความเห็นว่า

*"เรื่องช้าก็เป็นเรื่องปกติอยู่แล้วเขาก็ทำตามคิว เราจะไปลัดคิวได้ไง"-- นครราชสีมา*

หรือ

*"รอจนชินแล้ว" -- นครราชสีมา*

อย่างไรก็ตาม การลัดคิวก็ยังเกิดขึ้น

*"บางทีไปถึงก่อนแต่ไม่ได้พบหมอก่อน เค้าจะเรียกคนอื่นไปก่อน มองหน้าเราด้วย ไม่เรียกเราทั้งๆ ที่ถึงคิวเรา"—สระบุรี*

หรือ บางครั้งอาจได้รับบริการหรือการต้อนรับขับสู้ที่ไม่ทัดเทียมกัน เช่น เจอเจ้าหน้าที่ที่เชื้อเชิญและหาที่นั่งให้คนไข้บางคน แต่บอกผู้มีบัตร 30 บาทว่า

---

[24] กรณีนี้คล้ายกับสถานการณ์ที่ผู้วิจัยเคยพบที่สถานีอนามัยบางแห่งในภาคเหนือเมื่อศึกษาโครงการ สปร. ในปี 2542-43

*“30 บาทเหรอ ไปนู่น....เลย.” – สุราษฎร์ธานี*

*“มาฟรีก็รอหน่อย” – เชียงใหม่*

แต่ประชาชนบางคนก็พยายามอธิบายว่าปัญหาทั้งหมดนี้เกิดจาก

*“โรงพยาบาลใหญ่ขึ้น แต่หมอมีเท่าเดิมหรือน้อยลง” – สุราษฎร์ธานี*

แต่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนก็เชื่อมโยงปัญหาการพบหมอยากกับการที่หมอในโรงพยาบาลที่เปิดคลินิกส่วนตัวด้วย เช่น

*“ทำไมหมอยังไม่มา หมอมีอยู่(ตรวจ)แค่ 2 ห้อง คนไข้มารอกันเต็ม แล้วเขาก็บอกว่าหมอไปคลินิก” – สุราษฎร์ธานี*

และตั้งความหวังไว้ว่า

*“อยากให้หมอ(ของโรงพยาบาล)ที่เปิดคลินิกมาช่วยรักษาที่โรงพยาบาลกันบ้าง”*

*“รักษาที่คลินิกยังไงก็รักษาที่โรงพยาบาลอย่างนั้น”*

*– สุราษฎร์ธานี*

5. โรงพยาบาลอำเภอบางแห่งประสบปัญหาการเงิน งบประมาณที่ได้ไม่พอซื้อยาเวชภัณฑ์ ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่มีทางออกมากนักต้องพึ่งโรงพยาบาลอำเภอหรือสถานีอนามัยเครือข่าย เมื่อโรงพยาบาลพยายามตัดค่าใช้จ่าย ประชาชนในแถบนั้นจึงได้รับผลกระทบโดยตรง และพบกับเหตุการณ์เหล่านี้

*"ลุงจะกินเป็นอาชีพหรือไง" -- สระบุรี*

(คนไข้ที่เป็นโรคกระเพาะและจำเป็นต้องไปพบแพทย์บ่อยเพื่อขอยา)

หรือ

*"ถ้าไม่หายจริงๆ ให้ไปปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลอื่นฉีดยาเอาเอง" -- สระบุรี*

(แพทย์ในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอตอบคนไข้ที่เป็นหอบหืดที่มาพบและได้แต่ยาเม็ดแต่คนไข้ขอยาพ่นด้วย)

*"สมัยก่อนแย่แล้ว เดี๋ยวนี้ยิ่งแย่ใหญ่" -- สระบุรี*

(ความเห็นของชาวบ้านต่อโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง)

ซึ่งปรากฏการณ์ทำนองนี้ก็เกิดที่สถานีอนามัยเช่นกัน

*“ป้าคนนี้ทำไมมาบ่อย รักษาไม่หายสักที” —เชียงใหม่*

*”เห็นว่าหมอรวยนักหนาหรือไง มีเงินก็จ่ายเสียบ้าง”—เชียงใหม่*

6. ประชาชนหลายคนในชุมชนรายได้น้อยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครไป*โรงพยาบาลเอกชน*ที่ระบุในบัตรเมื่อตนรู้สึกว่าอาการหนักแล้ว แต่แพทย์ผู้ตรวจบอกว่าไม่เป็นอะไรมาก ให้ยาพื้นๆ หรือยาแก้ปวด แล้วให้กลับบ้าน หนึ่งในจำนวนนั้นทนไม่ไหวขอให้ญาติพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นทันที แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งใหม่บอกว่าอาการหนักเกินกว่าจะรักษาได้และคนไข้เสียชีวิตในวันเดียวกัน รายที่สองต้องย้ายไปรักษาที่ รพ. รามาธิบดี รายที่สาม แพทย์ได้ทำการตรวจคร่าว ๆ แล้วปล่อยกลับบ้าน แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงกลับไปพบแพทย์อีกครั้งซึ่งป่วยหนักจนต้องเข้าห้องไอซียู แพทย์ได้นำเข้าเครื่องแสกนหัวใจและพบอาการลิ้นหัวใจรั่ว รายที่สี่เด็กไปพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง วันแรกแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะ วันที่สอง พบจุดแดงที่แขนแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ในที่สุดกลับไปไส้ติ่งแตกที่บ้าน (แต่หลังจากนั้นได้รับการดูแลอย่างดีจากโรงพยาบาล) ถึงแม้ว่าการวินิจฉัยที่ผิดพลาดในกรณีเหล่านี้บางส่วนอาจจะเกิดจาก “เหตุสุดวิสัย” แต่ก็ชวนให้ตั้งข้อสงสัยว่าบางครั้งแรงจูงใจด้านการเงินอาจทำให้ระบบการคัดกรองที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งในโครงการ) มีแนวโน้มที่ยอมผิดพลาดในทางที่ให้ผู้ป่วยเสี่ยงมากกว่าที่จะผิดพลาดในทางที่จะทำให้โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือระบบการจ่ายเงินค่าแพทย์ในการตรวจคนไข้ในโครงการ 30 บาทและประกันสังคมที่ต่ำกว่าการตรวจคนไข้อื่นๆ ของโรงพยาบาลเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้แพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าไม่ได้ให้ความสนใจในการตรวจคนไข้เหล่านี้เท่าที่ควร

7. การส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงกว่าที่มีความพร้อมมากกว่าเป็นปัญหาที่ประชาชนในบางพื้นที่ในหลายภาคยังประสบอยู่ ปัญหาเกิดขึ้นจากขั้นตอนการส่งต่อที่ช้าไม่ทันต่อการรักษาพยาบาล บางครั้งโรคที่ไม่ฉุกเฉิน แพทย์จะไม่ค่อยยอมส่งต่อ ในขณะที่ชาวบ้านเห็นว่ารักษามานานพอสมควรแล้วไม่หายจากโรค ถ้าแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก็ควรจะส่งต่อ หรือชาวบ้านอาจเห็นว่าอาการที่เป็นควรจะส่งต่อแต่แพทย์บอกว่าสามารถรักษาเองได้

> *“อยู่ที่โรงพยาบาล.....(โรงพยาบาลชุมชน) แล้วก็ขอย้ายไปโรงพยาบาลจังหวัดเพราะว่าเจ็บมาก เจ้าหน้าที่ก็ว่าไม่เป็นไรเจ็บธรรมดา พอไปโรงพยาบาลจังหวัดไป x-ray ดู บางคนก็เป็นโรคกระเพาะ บางคนก็เป็นโรคนั้นโรคนี้ แต่โรงพยาบาล.....(โรงพยาบาลชุมชน) เขาว่าไม่เป็นอะไร เขาก็ให้ยาแก้ปวด ไม่เป็นไรรับรองหายแน่ คล้ายๆ ถ่วงเวลาไม่กล้าส่งตัวไป” -- สุราษฎร์ธานี*

> *“ต้องไปนอน .....(โรงพยาบาลชุมชน) อย่างน้อยๆ คืนสองคืน หรือว่า 2 วันกับคืนอย่างนี้ไปนอนแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น หมอก็ยังให้ยาตัวเดิมอยู่อย่างนั้น ชาวบ้านก็เรียกร้องให้ส่งตัวหน่อย” – สุราษฎร์ธานี*

> *“อยากให้มีบรรทัดฐานเดียวกัน ไม่ต้องมีการผลักภาระกัน อย่างที่นี่ถ้าเกิดหมอโรงพยาบาลชุมชนส่งไปแล้ว หมอโรงพยาบาลจังหวัดบางครั้งก็จะบอกว่าแค่นี้รักษาไม่ได้เหรอ แต่หมอที่โรงพยาบาลชุมชนก็บอกว่ารักษาไม่ได้ถึงส่งไป แล้วเขาก็จะด่ามาจากโรงพยาบาลจังหวัด” -- สุราษฎร์ธานี*

## 8. **ความคาดหวังของประชาชน**

เมื่อถามถึงความคาดหวังของประชาชนว่าหวังให้รัฐทำอะไรบ้างในเรื่องการบริการรักษาพยาบาลโดยให้เรียงลำดับความสำคัญ 4 เรื่องคือ (1) มีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย (เช่น โครงการ 30 บาท) (2) การมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ (3) ประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล และ (4) ได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ กลุ่มรายได้ปานกลาง/สูงของจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีความเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ว่า ความเพียงพอของหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลมีความสำคัญที่สุด การเลือกสถานพยาบาลมีความสำคัญเป็นอันดับสอง และได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สำคัญเป็นอันดับสาม สำหรับการรักษาฟรีสำคัญน้อยที่สุด สำหรับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อื่นนั้น มักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด รองลงมาคือการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ หรือประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล สำหรับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนแออัดในกรุงเทพ สมุทรปราการ และปทุมธานี (ซึ่งหลายรายดูมีฐานะดีกว่าชาวบ้านที่ยากจนในภาคอีสาน) ให้ความสำคัญอันดับหนึ่งคือการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ อันดับที่สองคือ การมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ หรือประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล และมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับท้ายๆ

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าประชาชนจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือไม่ มีปัจจัยทางด้านรายได้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยสำหรับประชาชนที่มีฐานะปานกลางหรือดีมักจะให้ความสำคัญกับการมีแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอเป็นอันดับแรก และประชาชนแทบทุกกลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอันดับต้นๆ และในหลายกรณี ประชาชนให้ความสำคัญกับการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มากกว่าการมีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย เช่น โครงการ 30 บาท หรือการมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาล[25]

ข้อมูลเชิงปริมาณไม่แตกต่างมากนักจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มากนัก กล่าวคืออันดับแรกประชาชนให้ความสำคัญที่สุดกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย (ร้อยละ 35) หรือได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 32) สำหรับความสำคัญอันดับที่สอง ประชาชนคาดหวังให้มีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ (ร้อยละ 31) หรือได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 30) (ดูตารางที่ 10 และ 11)

---

[25] อย่างไรก็ตาม ในการทำ focus group บางกลุ่ม อสม. ที่ร่วมอยู่ด้วยหลายคน ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับสถานพยาบาลมากกว่าประชาชนทั่วไป ต่างก็ให้ความสำคัญกับสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล เนื่องจาก อสม. กลุ่มนี้ไม่ค่อยมีความมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้น

**ตารางที่ 10 เรื่องที่สำคัญที่สุดที่ประชาชนคาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล**

| จังหวัด | เรื่องที่สำคัญที่สุดที่คาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|
| | มีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย เช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค | มีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ | ประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล | ได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล/เจ้าหน้าที่ | |
| นครราชสีมา | 178 | 104 | 49 | 97 | 428 |
| | **41.6%** | 24.3% | 11.4% | 22.7% | 100.0% |
| สระบุรี | 2 | 2 | 7 | 15 | 26 |
| | 7.7% | 7.7% | 26.9% | **57.7%** | 100.0% |
| บุรีรัมย์ | 93 | 8 | 23 | 41 | 165 |
| | **56.4%** | 4.8% | 13.9% | 24.8% | 100.0% |
| สุราษฎร์ธานี | 4 | 1 | 13 | 11 | 29 |
| | 13.8% | 3.4% | **44.8%** | 37.9% | 100.0% |
| กรุงเทพมหานคร | 25 | 22 | 44 | 75 | 166 |
| | 15.1% | 13.3% | 26.5% | **45.2%** | 100.0% |
| ปทุมธานี | 9 | 6 | 11 | 30 | 56 |
| | 16.1% | 10.7% | 19.6% | **53.6%** | 100.0% |
| สมุทรปราการ | 13 | 11 | 12 | 24 | 60 |
| | 21.7% | 18.3% | 20.0% | **40.0%** | 100.0% |
| รวม | 324 | 154 | 159 | 293 | 930 |
| | 34.8% | 16.6% | 17.1% | 31.5% | 100.0% |

**ตารางที่ 11 เรื่องที่สำคัญอันดับสองที่คาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล**

| จังหวัด | เรื่องที่สำคัญอันดับสองที่คาดหวังให้รัฐทำในเรื่องบริการรักษาพยาบาล | | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|
| | มีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค | มีหมอพยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ | ประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกสถานพยาบาล | ได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอพยาบาล และเจ้าหน้าที่ | |
| นครราชสีมา | 52 | 165 | 119 | 92 | 428 |
| | 12.1% | 38.6% | 27.8% | 21.5% | 100.0% |
| สระบุรี | 6 | 6 | 6 | 8 | 26 |
| | 23.1% | 23.1% | 23.1% | 30.8% | 100.0% |
| บุรีรัมย์ | 19 | 9 | 48 | 89 | 165 |
| | 11.5% | 5.5% | 29.1% | 53.9% | 100.0% |
| สุราษฎร์ธานี | 5 | 10 | 6 | 8 | 29 |
| | 17.2% | 34.5% | 20.7% | 27.6% | 100.0% |
| กรุงเทพมหานคร | 21 | 55 | 45 | 46 | 167 |
| | 12.6% | 32.9% | 26.9% | 27.5% | 100.0% |
| ปทุมธานี | 8 | 20 | 16 | 12 | 56 |
| | 14.3% | 35.7% | 28.6% | 21.4% | 100.0% |
| สมุทรปราการ | 4 | 21 | 18 | 17 | 60 |
| | 6.7% | 35.0% | 30.0% | 28.3% | 100.0% |
| รวม | 115 | 286 | 258 | 272 | 931 |
| | 12.4% | 30.7% | 27.7% | 29.2% | 100.0% |

อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะผู้วิจัยถามกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับท้ายๆ ว่ามีความจำเป็นต้องคงโครงการ 30 บาทเอาไว้หรือไม่ เกือบทุกคนต้องการให้คงเอาไว้ หลายคนต้องการให้นำโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาทกลับมา (เพราะรู้สึกว่าโรงพยาบาลบริการดีกว่าและยาดีกว่า) แต่ถ้าไม่สามารถนำกลับมาได้ก็ต้องการให้คงโครงการ 30 บาทเอาไว้ เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีป่วยหนัก ซึ่งแม้ว่าปกติพวกเขาจะไม่ได้ไปใช้บริการ แต่ในสถานการณ์แบบนั้นคงจะไม่มีทางเลือกอื่น

ประชาชนบางส่วนไม่ค่อยเห็นด้วยกับหลักการของโครงการ 30 บาททั้งหมด โดยเห็นว่าโดยหลักการแล้วควรช่วยเฉพาะคนจน แต่เมื่อถามถึงเกณฑ์ในการตัดสินว่าใครบ้างที่จน คนกลุ่มนี้หลายคนก็เปลี่ยนใจเพราะเห็นว่าในทางปฏิบัติแล้วการตัดสินว่าใครจนหรือไม่จนนั้นเป็นปัญหาที่ยุ่งยากมาก ซึ่งปัญหาไม่ได้เกิดเฉพาะกับกรณีที่คนไม่จนอยากได้บัตรรายได้น้อยเท่านั้น เพราะ

*"มีรายได้น้อย มีนาร้อยไร่ก็จริง แต่เป็นมรดกที่ต้องเก็บไว้ให้ลูกหลาน" -- สุราษฎร์ธานี*

*"เมื่อป่วยหนักทุกคนก็จนหมด" -- สุราษฎร์ธานี*

นอกจากนี้ อสม. ท่านหนึ่งเคยมีประสบการณ์การช่วยคัดเลือกผู้มีรายได้น้อยในพื้นที่ และนำบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยไปให้กับเพื่อนบ้านโดนตอกกลับมาว่า

*"คุณถือดียังไงมาว่าผมจน ... ตัวคุณเองมีอะไรดีกว่าผมบ้าง" -- สุราษฎร์ธานี*

## 9. โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค: มุมมองของประชาชน

ในมุมมองของประชาชนนั้น ภาพทั่วไปที่มีต่อโครงการ 30 บาทฯ คือโครงการนี้ได้ช่วยให้คนส่วนหนึ่งที่เลือกมาใช้บริการและเคยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และช่วยเหลือได้มากในกรณีการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังที่ชาวบ้านคนหนึ่งบอกว่า

*"หลายหมื่นก็เสียแค่ 30 บาท ดีมากเลย" -- นครราชสีมา*

แต่ก็มีคนบางส่วนในกลุ่มนี้ที่ไม่เลือกใช้บริการเนื่องจากไม่แน่ใจในคุณภาพการให้บริการ หรือไม่อยากประสบปัญหาการรอรับบริการที่ใช้เวลานาน อย่างไรก็ตาม คนส่วนนี้มักให้ความเห็นว่าควรมีโครงการต่อไปเพราะเป็นการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีทางเลือกเหมือนพวกเขา สำหรับกลุ่มที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มาก่อนนี้แล้ว เมื่อได้รับบัตรทอง หมวด "ท" ค่าใช้จ่ายก็ไม่ค่อยต่างจากเดิม[26] ส่วนผู้ที่เคยซื้อบัตรสุขภาพก็มีทั้งที่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและลดลง

[26] ในบางพื้นที่ที่คนกลุ่มนี้เคยต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือต้อง "บริจาค" ในการรใช้บริการที่สถานีอนามัยในช่วงก่อนโครงการ 30 บาท หลายรายยังต้องเสียค่าบริการเหมือนเดิม แต่บางรายสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยอมให้ใช้บัตรฟรี

ในขณะเดียวกันประชาชนบางส่วนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากการไปรับบริการที่สถานีอนามัย โดยที่แต่เดิมอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 30 บาทแต่ปัจจุบันอย่างน้อยต้องเสีย 30 บาท ถึงแม้ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ถึงกับไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ แต่ก็มีผลทำให้บางรายใช้บริการที่สถานีอนามัยลดลง โดยให้เหตุผลว่าต้องพิจารณาดูว่าการไปใช้บริการแต่ละครั้งมีความเจ็บป่วยที่คุ้มกับเงิน 30 บาทที่จะต้องจ่ายหรือไม่

ในด้านคุณภาพในการให้บริการนั้น การรอรับการรักษาพยาบาลของประชาชนซึ่งใช้เวลานานเป็นเสียงสะท้อนที่ได้ยินบ่อยครั้งมาก การรอนอกจากทำให้ประชาชนต้องหันไปเลือกใช้สถานพยาบาลที่ให้การรักษาได้รวดเร็วในยามป่วยฉุกเฉิน (เช่นคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน) แล้ว ยังทำให้ “เสียเวลาทำมาหากิน” ด้วย ประชาชนเห็นว่าสาเหตุหลักของปัญหานี้เกิดจากความไม่เพียงพอของแพทย์ แต่หลายรายก็ตั้งข้อสังเกตด้วยว่าปัญหานี้ถูกซ้ำเติมจากการที่แพทย์เน้นการไปทำงานที่คลินิกตนเองก่อน

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้รับจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคคือการลดความกังวลลง สำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้น ความชัดเจนของสิทธิ์ว่าใช้บัตร 30 บาทได้ในกรณีไหนบ้างและทราบล่วงหน้าว่ามีค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใดทำให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะไปพบแพทย์มากขึ้น สำหรับกลุ่มที่มีฐานะดี (และกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางบางส่วน) ซึ่งปกติแล้วไม่ได้ไปใช้บริการจากโครงการฯ นั้น โครงการ 30 บาทไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน แต่คนกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทเหมือนหลักประกันความไม่แน่นอนในอนาคตเมื่อเป็นโรคที่รุนแรงหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก (ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็น catastrophic illness insurance) ในแง่นี้โครงการ 30 บาทจึงมีส่วนช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) ที่จะได้รับการรักษาในยามที่จำเป็นโดยเสียค่าใช้เพียง 30 บาท อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ทุกรายที่รู้สึกมั่นคงมากขึ้น ตัวอย่างเช่น เมื่อถามว่าการมีโครงการ 30 บาทช่วยลดความกังวลลงหรือไม่ บางครั้งก็กลับได้คำตอบทำนองนี้กลับมา

*“กังวลว่าจะไม่หาย” – สุราษฎร์ธานี*

*“กังวลว่ารักษา (ยังไม่หาย) แล้วหมอชอบไล่กลับบ้าน” – สุราษฎร์ธานี*

กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะดีและปานกลางในจังหวัดเชียงใหม่ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทไม่ลดความกังวลลง เพราะถ้าป่วยหนักก็ไม่คิดจะไปโรงพยาบาลรัฐเนื่องจากไม่ไว้ใจในคุณภาพและมีขั้นตอนมากเกินไปในการส่งต่อ

*“เจ็บหนักๆ ไม่ใช้ 30 บาท หรอก กลัวจะตายก่อน”-- เชียงใหม่*

*“ถ้าเจ็บป่วยหนัก ๆ บางคนก็จะไม่ใช้บัตร 30 บาท จะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะชาวบ้านคิดว่า บัตร 30 บาทจะรักษาให้ไม่ค่อยดี จ่ายเงินเองได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าและได้ยาที่ดีด้วย” – เชียงใหม่*

ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างฐานะปานกลางและฐานะดีในจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้ความเห็นว่า

*"เป็นเบาๆ พอใช้ได้ แต่เป็นหนักๆ ใช้ไม่ได้ เพราะยาไม่ดี " – สุราษฎร์ธานี*

ซึ่งก็คล้ายคลึงกับชาวบ้านเกือบทุกครัวเรือนในหมู่บ้านหนึ่งที่สำรวจในจังหวัดสระบุรี ซึ่งแสดงความเห็นว่าในกรณีเจ็บป่วยร้ายแรง การใช้บัตร 30 บาทอาจได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังกล่าวถึงความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน ดังตัวอย่างข้างล่าง

*“อย่างข้าราชการ ...ไปรักษาเขาจะให้นอนโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่ถ้า 30 บาทถ้ามีเตียงก็คือจะได้อยู่ ถ้าไม่มีก็ไม่ได้อยู่” -- นครราชสีมา*

*“ผมเสียเวลาไปครึ่งวัน เราก็เอาบัตร 30 บาทไปวาง เขาก็ไม่เรียกบัตร 30 บาท พอเรียกคนนั้นเราก็นั่งดูอยู่ บัตรทองเราก็วางอยู่นั้นทำไมไม่เรียกเรา นั่งคอยแล้วคอยอีกแต่คนไม่มีบัตรเขามาทีหลังแต่ไปก่อนเราอีก” -- นครราชสีมา*

*“ถ้าพบหมอดีก็ดีไป หมอบางคนไม่ยอมรักษาถึงที่สุด .. พาลูก (3 ขวบ) เป็นหอบหืดไปรักษาครั้งที่ 3 ถึงยอมพ่นยา” -- สมุทรปราการ*

*“ผมถูกรถชน แล้วถูกส่งไปที่โรงพยาบาล....(โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง) หมอเย็บ 53 เข็มแล้วก็จะปล่อยให้กลับบ้านเลย ผมก็เลยขอให้ส่งตัวมาที่โรงพยาบาลจังหวัด มานอนอยู่ 2 คืน แต่ไม่มีแพทย์มาดูแลเลย เนื่องจากรถที่มาชนมีประกันชั้น 1 ผมก็เลยขอย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนนอนอยู่ 6 วัน” -- สุราษฎร์ธานี*

หรือการแบ่งแยกตามฐานะ ชนิดของหลักประกันสุขภาพ หรือความสัมพันธ์

*“ถ้าเป็นคนจน ห้องก็ไม่เคยว่าง” -- สุราษฎร์ธานี*

*“ใครมีเงินมาก เบิกค่ารักษาได้ หรือเป็นญาติกับเจ้าหน้าที่ จะได้ยาดีกว่า” -- สุราษฎร์ธานี*

ปัญหาอีกส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งในความเป็นจริงแล้วมีมาตั้งแต่ก่อนโครงการ 30 บาทฯ คือทรัพยากรมนุษย์ที่ใช้ในระบบทั้งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกแบ่งไปนอกระบบด้วย ซึ่งมีส่วนที่ทำให้เกิดคุณภาพและความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการ เช่น คนไข้ที่ไปพบแพทย์ที่คลินิกก่อน และแพทย์ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

*“ถ้าไปคลินิกของหมอคนนั้น เมื่อเข้าโรงพยาบาลจะลัดคิวได้เลย แต่ถ้าไปโรงพยาบาลเลยต้องทำบัตร ใช้เวลานาน”-- นครราชสีมา*

หรือ

*“รักษาฟรี แต่ถ้าจะให้ดีก็ต้องฝากพิเศษอีกสองพัน” -- สุราษฎร์ธานี*

หรือกรณีสถานีอนามัยที่เปิดบริการนอกเวลา แต่ในช่วงนอกเวลาทำการนั้น ประชาชนก็ไม่กล้าไปใช้บริการ เพราะเกรงว่าจะเป็นการรบกวนเวลาพักของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้ว่าสถานีอนามัยจะประกาศว่าเปิดทำการนอกเวลา และมีค่าเวรให้เจ้าหน้าที่ก็ตาม เพราะเมื่อมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปิดคลินิกนอกเวลาทำการด้วย ประชาชนจึงมีความรู้สึกว่าตนต้องไปคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแทน (ไม่ใช่เจ้าหน้าที่คนเดียวกัน) ในกรณีที่กล่าวมาเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าระบบที่ให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ต่ำและให้ไปหารายได้พิเศษเอาเองนั้น มีโอกาสที่จะกลับมาส่งผลกระทบกับระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้เสมอ

อย่างไรก็ตาม ประชาชนในแทบทุกพื้นที่ที่ศึกษา (ในทุกภาค) มีภาพว่าโครงการ 30 บาทฯ ได้เปลี่ยนแปลงการจัดระบบการให้บริการที่ชัดเจนขึ้น จากเสียงสะท้อนของประชาชนจำนวนไม่น้อยคือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดจาของเจ้าหน้าที่

*“บริการดีขึ้นเอาใจคนป่วย เดี๋ยวนี้มีน้ำเสิร์ฟ” -- นครราชสีมา*

หรือ

*“เมื่อก่อน (ก่อนโครงการ 30 บาท) เวลาไปเขาไม่ค่อยต้อนรับแต่เดี๋ยวนี้เขายิ้มดีต้อนรับดี” -- สระบุรี*

และ

*“สมัยก่อน ใครทาปากแดง นุ่งกระโปรงสั้นก็จะได้เรียกก่อน ถ้าเป็นคนจน ก็นั่งรอคิวไปแหละ”*

*“บัตรสงเคราะห์ กับบัตร ๓๐ ทุกโรคต่างกันคือ การบริการของ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคจะดีกว่าบัตรสงเคราะห์ เมื่อก่อนหมอ พยาบาลจะไม่ค่อยสนใจ คนจนๆ แต่จะไปสนใจคนรวยหรือคนที่แต่งตัวดีก่อน”*

*“สมัยก่อนเมื่อ ๕- ๖ ปีที่ผ่านมาเหมือนโรงพยาบาลฆ่าสัตว์ (โรงพยาบาล...) เพราะเมื่อก่อนจะปล่อยคนไข้ตามยถากรรม คนไข้คนไหนไปแล้วจะไม่รอด ตายหมด ตั้งแต่มีคนร้องเรียนมาก ๆ เดี๋ยวนี้ดีขึ้นมาก”*

*“ เขาจะถามเราว่า ใช้บัตรอะไร พอเราตอบว่าใช้บัตรสงเคราะห์ หมอก็บอกว่าเอายาไปกินก็แล้วกัน แล้วไปนอนพักที่บ้าน หมอจะไม่ถามเลยว่าเราเป็นอะไรอาการหนักไหม แต่จะให้เอายาไปกินอย่างเดียว เขาจะไม่สนใจบางทีเราลุกแล้วล้มเลยเขาไม่สนเลย พอประมาณสัก ๒ - ๓ ปีหลังนี้ตั้งแต่มีบัตรทองก็ดีขึ้นมาก”*

*-- เชียงใหม่*

ประชาชนส่วนหนึ่งให้เหตุผลที่มีการบริการดีขึ้นว่า

*“30 บาทประกาศทั่วประเทศ รัฐบาลสั่งต้องอบรม (เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมการให้บริการไม่เหมาะสม) ใครบริการไม่ดีก็โดนย้าย”—เชียงใหม่*

ในส่วนปัญหาของโครงการ 30 บาทนั้น ประชาชนจากหลายพื้นที่วินิจฉัยต่อไปว่าปัญหาด้านคุณภาพหรือความรวดเร็วในการได้รับการรักษานั้น มีส่วนที่เกิดจากสถานพยาบาลมีทรัพยากรไม่เพียงพอ

*"30 บาท รัฐเอาถูกเกิน จนไม่มีประสิทธิภาพ"—สุราษฎร์ธานี*

แต่เสียงจากประชาชนบางเสียงก็ยังหวังว่าปัญหาที่มีอยู่จะคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น

*"ต่อไปก็คงจะดีขึ้น .. นายกประกาศเพิ่มค่าหัวให้อีกร้อยกว่าบาทแล้วนี่"-- สระบุรี*

## 10. บทสรุปและนัยเชิงนโยบาย

การศึกษานี้ศึกษาผลกระทบในระยะแรกของการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (และโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค") ที่มีต่อประชาชน โดยศึกษาจากพฤติกรรมการเลือกวิธีรักษาพยาบาลและการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชาชนและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล รวมทั้งศึกษาความต้องการ ความคาดหวัง และปัญหาที่ประชาชนประสบในการรักษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมี ล้วนแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และในหลายกรณีปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย *รายได้*มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) *สิทธิในการรักษาพยาบาล*ที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิ์ที่ตนเองมี *ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง* (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลมักจะซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน ประชาชนจำนวนหนึ่งเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ทำให้ไม่ต้องเหมารถกลับบ้านเหมือนกับเมื่อไปโรงพยาบาล ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยมักจะใช้บริการของสถานีอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกลจะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะเองมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่อง*สภาวะและอาการของโรค*นั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคาดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร *กลุ่มอายุของผู้ป่วย* ในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็น

อาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ และผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน สำหรับ*ข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น* การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

ความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทของรัฐในเรื่องการบริการด้านการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย (เช่น โครงการ 30 บาทฯ) มากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย อย่างไรก็ตาม ประชาชนทุกกลุ่มต้องการให้มีโครงการประเภทนี้ต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก

ในแง่นี้ การมีโครงการ 30 บาทฯ ได้เพิ่มความรู้สึกในด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security)[27] และอาจเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ด้านสุขภาพของไทยที่ประชาชนทราบสิทธิ์ของตนเองที่ชัดเจนขึ้น

ในด้านบริการนั้น กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาค สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับขับสู้ของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาทฯ จำนวนไม่น้อยในแทบทุกพื้นที่ยังมีความไม่ไว้วางใจกับคุณภาพของโครงการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลางซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน นอกจากนี้ ประชาชนที่ถือบัตรทองบางส่วนมีปัญหาที่ต้องรอคิวเป็นเวลานาน และจะเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยไม่มากเท่านั้น เพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อไรจะได้รับการรักษา รวมทั้งเป็นห่วงว่าอาจไม่ได้รับการรักษาจนถึงที่สุด ซึ่งนอกจากปัญหาเหล่านี้สะท้อนความไม่มั่นใจคุณภาพของสถานพยาบาลแล้ว ยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในความเพียงพอของทรัพยากรทางด้านสุขภาพของโครงการ 30 บาทฯ (และอาจรวมไปถึงความไม่มั่นใจว่า ในกรณีที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอและต้องมีการปันส่วนทรัพยากรที่มีจำกัดนั้น ตนจะสามารถเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้นเมื่อใช้ช่องทางปกติหรือไม่)

ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้โดยการสร้างระบบให้ดีขึ้น ทั้งระบบการจัดการในโรงพยาบาลเพื่อลดเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้าคิวหรือรอการบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว แต่ในระยะยาวนั้น ความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้ย่อมขึ้นกับความเพียงพอของทรัพยากรที่ใส่เข้ามาในโครงการ ดังนั้น ถึงแม้ว่าประชาชนจากหลายพื้นที่เห็นพ้องกันว่าโครงการ 30 บาทมีการปรับปรุงด้านบริการดีขึ้นกว่าเดิม แต่ถ้าโครงการ 30 บาทจะเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพที่เป็นที่เชื่อถือของประชาชนอย่างแท้จริงในระยะยาวได้นั้น โครงการนี้จะต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอและทัดเทียมกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งในเรื่องนี้นั้น ถ้ามองจากเสียงสะท้อนของประชาชน ก็จะพบว่าทรัพยากรทางด้าน

---

[27] หลักประกันดังกล่าวเป็นทำนองเดียวกับการที่ประชาชนที่มีสุขภาพดีจำนวนไม่น้อยซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท โดยที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ในช่วงนั้น แต่เป็นการซื้อเผื่อไว้สำหรับกรณีที่ป่วยหนัก

สุขภาพที่มีอยู่นั้นได้ถูกใช้อย่างไม่เท่าเทียมกัน และผู้ที่มีสิทธิ์ต่างๆ ได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลบางแห่ง ถึงแม้ว่าการศึกษานี้บอกไม่ได้ว่าความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลหรือไม่เพียงใด แต่การมีทรัพยากรทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอที่จะให้การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง[28] ก็ย่อมจะเป็นการยากที่โครงการนี้จะสามารถพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลขึ้นไปในระดับที่จะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับคนไทยอย่างถ้วนหน้า

## บรรณานุกรม


โกเมนทร์ ทิวทอง และคณะ (2546). ทัศนคติของประชาชนที่ได้รับบัตรทองเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหาร หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน มหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นักศึกษาหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคปกติ 1/2546 (2546). ข้อมูลดิบการประมวลแบบสอบถามนักศึกษาหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคปกติ 1/2546 (2546). . การฝึกภาคสนามวิชา รอ.602 การวิจัยทางการจัดการ. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต ภาคปกติ รุ่น 45 (2546). รายงานแสดงผลการประมวลข้อมูลชุมชน. รายงานการวิจัยวิชา รศ.702 การวิจัยทางการบริหาร 2 . คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2546). การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหาร หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท กัญจนา ติษยาธิคม วลัยพร พัชรนฤมล และภูษิต ประคองสาย. 2547. *การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต*. โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชนา ณ ระนอง (2545). “การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุข” โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกัน


[28] หรือการที่ทรัพยากรทางสุขภาพไปกระจุกตัวอยู่ในที่ใดที่หนึ่งมากกว่ากระจายอย่างเสมอภาค

สุขภาพถ้วนหน้าปีที่ 1 (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้รับทุนอุดหนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง และศศิวุทฒิ์ วงศ์มณฑา. 2548. "ผลกระทบของโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มรายได้ต่างๆ." *รายงานเล่มที่ 2 โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่สอง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.*

สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์และคณะ (2546). การสำรวจพฤติกรรมการไปใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหารหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อัญชนา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง (2545). การวิจัยประเมินผล: ปฏิรูประบบการเงินการคลัง โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.

อัมมาร สยามวาลา (2546). "คนจน คนรวย กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" มติชน 30 เมษายน.

NaRanong, Anchana. (1999). "Consultation with the Poors to inform WDR 2001: The study of Bangkok and Vicinities," the World Bank, Washington D.C., September 1999.

_____. (1998). "A Pilot Study on Perceptions of the Urban Poor" at the Institute of Development Studies on Methodology Design Workshop World Development Report 2001, Sussex, England, December 1998.

NaRanong, Viroj and Anchana NaRanong. 2003. "Universal Health Care Coverage: The Implementation and Impacts of the 30 Baht Health Care Scheme on the Poor in Thailand." Report Submitted to the World Bank, Bangkok: Thailand Development Research Institute.

# ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน

รายงานฉบับสมบูรณ์เล่มที่ 3
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่สอง (2546-47)

**รศ.ดร.อัญชนา ณ ระนอง**

**Thailand Development Research Institute Foundation**