

บทความวิชาการดีประจำปี 2549

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย

The 30 Baht Health Care Scheme and Health Security

in Thailand

NIDA PAPER 2006

**THE NATIONAL INSTITUTE OF
DEVELOPMENT ADMINISTRATION**

บทความวิชาการดี ประจำปี 2549
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ผลิตและเผยแพร่ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550
จำนวน 500 แผ่น
(สงวนลิขสิทธิ์)
ISBN 978-974-231-742-3

ผลิตที่ มายนา พีซี สตูดิโอ
เลขที่ 23/2 ม. 12 ตำบลบางหัวเสือ
อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย

The 30 Baht Health Care Scheme and Health Security
in Thailand

โดย

รองศาสตราจารย์ อัญชนา ณ ระนอง



ประกาศสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

เรื่อง ผลการคัดเลือกบทความวิชาการดีและบทความวิชาการดีเด่น ประจำปี 2549

ตามประกาศสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2549 ได้ประกาศเชิญชวนให้บุคลากรของสถาบันส่งบทความวิชาการเข้ารับการพิจารณาคัดเลือกเป็นบทความวิชาการดีและบทความวิชาการดีเด่น ประจำปี 2549 ใน 11 สาขาวิชา คือ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บริหารธุรกิจ พัฒนาการเศรษฐกิจ สถิติประยุกต์ คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ พัฒนาสังคม พัฒนาศาสตร์สุขภาพ เทคโนโลยีการบริหาร ภาษาและการสื่อสาร การจัดการสิ่งแวดล้อม และสาขาวิชาสังคมศาสตร์อื่น ๆ โดยบทความวิชาการที่ได้รับการคัดเลือก จะได้รับเงินรางวัล ดังนี้

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------|
| 1. บทความวิชาการดีเด่น | ได้รับเงินรางวัลบทความละ | 50,000. - บาท |
| 2. บทความวิชาการดี | ได้รับเงินรางวัลบทความละ | 30,000. - บาท |
| 3. บทความวิชาการชมเชย | ได้รับเงินรางวัลบทความละ | 10,000. - บาท |

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ได้รับบทความวิชาการที่ส่งเข้ารับการคัดเลือกเป็นบทความวิชาการดีและบทความวิชาการดีเด่น จำนวนทั้งสิ้น 5 บทความ เป็นบทความในสาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ 3 บทความ การจัดการสิ่งแวดล้อม 1 บทความ ภาษาและการสื่อสาร 1 บทความ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินงานคัดเลือกบทความวิชาการดีและบทความวิชาการดีเด่นได้พิจารณาบทความดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผลปรากฏว่า บทความวิชาการในสาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ เรื่อง “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคกับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย” (The 30 Baht Health Care Scheme and Health Security in Thailand) ของ รองศาสตราจารย์ อัญชญา ณ ระนอง เป็นบทความวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นบทความวิชาการดี ประจำปี 2549

จึงประกาศให้ทราบทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

รองศาสตราจารย์ (ลงชื่อ) *ปรีชา จรุงกิจอนันต์*

(*ปรีชา จรุงกิจอนันต์*)

อธิการบดีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย¹

The 30 Baht Health Care Scheme and Health Security in Thailand

อัญชภา ณ ระนอง²
Anchana NaRanong

บทคัดย่อ

บทความนี้ศึกษาผลกระทบของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย การศึกษาอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 8 จังหวัดครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทยซึ่งรวมกรุงเทพมหานครอยู่ด้วย ชุมชนที่ศึกษามีทั้งชุมชนที่อยู่ในเมืองและในชนบท การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากวิธีการที่แตกต่างกันและจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในชุมชน/หมู่บ้านและระหว่างชุมชน/หมู่บ้าน

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลของประชาชนได้แก่รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะหรือลักษณะโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมี ปัจจัยแต่ละตัวไม่ได้มีส่วนกำหนดอย่างโดดเดี่ยว ในบางครั้งก็มีความสัมพันธ์กันด้วย แม้ว่าโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไปและไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะทำให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้ใต้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและ

¹ บทความนี้ปรับจากบทความที่เสนอในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2546 เรื่องความมั่นคงของมนุษย์ กลุ่มที่ 4 ความมั่นคงทางด้านสุขภาพอนามัย จัดโดยมูลนิธิชัยพัฒนา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย วันที่ 29-30 พฤษภาคม 2546 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้เป็นผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการย่อยเรื่อง “ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง ซึ่งสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้เขียนขอขอบคุณผู้มีส่วนช่วยประสานงานในการทำงานภาคสนามดังต่อไปนี้ ภาคใต้: คุณจากรุวรรณ วิชัยดิษฐ์ คุณเบณจรงค์ บุญช่วย คุณจันทิพย์ ยิ่งตำนาน คุณจิราวรรณ ชัยฤทธิ์ ภาคเหนือ: น.พ.ชัยรัตน์ ต่อเจริญ คุณอดิเทพ ศิริเจริญพันธ์ คุณนิลวรรณ นิลสุทธิคุณวิษระ วัฑฒณคุณากร คุณนิรมล โพธิกนิษฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: คุณณิชาณี พันธุ์งาม และภาคกลาง: น.พ. สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ คุณศรีลยา พุ่มคุ้ม และคุณอรนุช คูวิจิตรสุวรรณ

² รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

การได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก

ในช่วงเกือบสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ขยายโครงการด้านหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด จนมาถึงโครงการ 30 บาทในปัจจุบัน ซึ่งโครงการเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทยมาเป็นลำดับ กลุ่มตัวอย่างจากภาคต่างๆ สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะการต้อนรับขับสู้ของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม คุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ยังมีคนจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่ไม่ให้ความไว้วางใจ

Abstract

This paper examines the impact of the 30 Baht Health Care Scheme—part of the Universal Health Coverage Program—on the health security of the Thai people. The study is mainly qualitative, employing both focus group and in-depth interviews in order to obtain views from people in eight 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 and different study areas.

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 health care expenditure for some people, some opt out of the service because of the lengthy queues and non-confidence in the quality of care. While the highest priority of the poor is to acquire low-cost or free health care services, many respondents from other income groups place more emphasis on the adequacy of hospitals and personnel—especially doctors, and 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.

1. บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและผลจากการเจ็บป่วยอาจนำไปสู่การสูญเสียความมั่นคงในชีวิต (human security) ได้ ความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) จึงเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของความมั่นคงในชีวิตของคน อย่างไรก็ตาม ความมั่นคงด้านสุขภาพไม่สามารถพิจารณาอย่างโดดเดี่ยวแยกจากความมั่นคงในชีวิตในด้านอื่นๆ เนื่องจากสภาวะสุขภาพของคนเรามักถูกกำหนดจากอาหารที่บริโภค และได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ อย่างไรก็ตาม บทความนี้จะไม่ครอบคลุมประเด็นเรื่องความมั่นคงทางด้านอาหารและสิ่งแวดล้อม

หลักประกันสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงความมั่นคงในด้านสุขภาพที่สำคัญมากประการหนึ่ง แต่เมื่อพูดถึงหลักประกันทางด้านสุขภาพ เราไม่สามารถพิจารณาเฉพาะตัวระบบประกันสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในระบบเองนั้น มีปัจจัยอื่นๆที่ไม่ได้ออกแบบเอาไว้หรือไม่ได้ตั้งใจให้มีอยู่ในระบบ แต่ปัจจัยเหล่านี้ไปมีผลต่อทางเลือกของประชาชนในการรักษาความเจ็บไข้ของตนเอง ภาพของพฤติกรรมของผู้ให้บริการในฐานะผู้ที่อยู่เหนือกว่าผู้รับบริการก็เป็นส่วนหนึ่งที่ระบบไม่ได้ออกแบบไว้ แต่ก็เป็นภาพที่มักจะมีผู้หยิบยกมาพูดถึงบ่อยๆ ในอดีต หรือภาวะที่คนจนรู้สึกถึงการขาดความคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่มั่นใจว่าจะหาที่รักษาได้ ทั้งๆ ที่รัฐเองก็มีระบบบริการสุขภาพที่ออกแบบมาคุ้มครองคนเหล่านี้ ก็เป็นตัวสะท้อนถึงปัญหาความมั่นคงด้านสุขภาพที่กว้างกว่าตัวหลักประกันสุขภาพ

บทความนี้พยายามตอบคำถามว่า หลังจากที่มีความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” แล้วนั้น คนไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพมากขึ้นเพียงใด และเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ซึ่งมีโครงการอื่นๆ เช่น สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 500 บาท) มากน้อยเพียงใด และที่ผ่านมา ประชาชนตอบสนองต่อโครงการต่างๆ ของรัฐ (รวมทั้งโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ และโครงการ 30 บาท) อย่างไร และปฏิกิริยาตอบสนองของประชาชนนำไปสู่พฤติกรรมการรักษาพยาบาล (health seeking behavior) และความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างไร

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง ซึ่งยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ จังหวัดที่สำรวจได้แก่กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ³ สระบุรี นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี เชียงใหม่ และบุรีรัมย์ แต่ละจังหวัดศึกษา 1-4 ชุมชน การเลือกจังหวัดกำหนดให้มีตัวอย่างในทุกภาค สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่ศึกษาไม่ได้ต้องการให้ชุมชนเป็นตัวแทนของจังหวัด แต่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างในด้านพื้นที่ (ชุมชนในเขตเมืองและหมู่บ้านในชนบท) การให้บริการ (สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน) และปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการรักษาพยาบาล (ระยะทางจากชุมชนไปสถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทาง และรายได้ เป็นต้น)

³ ชุมชนบางแห่งที่ศึกษาในสามจังหวัดนี้เป็นชุมชนที่ผู้วิจัยเคยศึกษามาก่อนใน NaRanong (1998, 1999)

2. วิธีวิจัย

งานวิจัยนี้อาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ⁴ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจาะลึกพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ศึกษา รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกัน วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การคุยกลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviewing) กลุ่มตัวอย่างบางคน โดยพยายามตรวจสอบข้อมูล (triangulate) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการทั้งสองวิธีและจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในชุมชน/หมู่บ้านและระหว่างชุมชน/หมู่บ้าน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างพยายามครอบคลุมตัวแปรที่จะมีผลทำให้ประชาชนเลือกการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันเมื่อเจ็บป่วย เช่นชุมชนเมืองและหมู่บ้านในชนบท ประชาชนที่ต้องใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาหากเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาน้อยหรือโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง เช่น Hospital Accreditation (HA) หมู่บ้านที่มีสถานอนามัยที่ใกล้เคียงสะดวกกับหมู่บ้านที่อยู่ไกลสถานอนามัย หมู่บ้านที่เข้าถึงทางเลือกอื่นในการรักษาพยาบาลได้ง่าย (เช่น คลินิก ร้านขายยา) และหมู่บ้านที่จำเป็นต้องพึ่งสถานพยาบาลของรัฐอย่างเดียว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำ focus group จัดเป็นกลุ่มอย่างง่ายตามรายได้เช่น ฐานะดี ปานกลาง และจน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ชาวบ้านที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันรู้สึกถึงความแตกต่างของรายได้และทางเลือกในการรักษาพยาบาลจนไม่แสดงความคิดเห็นเท่าที่ควรหรือไม่อยากร่วมพูดคุยในกลุ่ม การแบ่งกลุ่มอาศัยชาวบ้านหรือผู้นำชุมชนในการแบ่ง ดังนั้นชาวบ้านที่เลือกมาได้ในแต่ละกลุ่มอาจจะไม่ตามวัตถุประสงค์เสียทีเดียว ในแต่ละกลุ่ม มีจำนวนชาวบ้านไม่แน่นอนตั้งแต่ 5 - 25 คน ถ้าการพูดคุยเป็นกลุ่มใหญ่จะมีนักวิจัย 2 คนเข้าร่วมในการดำเนินการ สถานที่ทำ focus group ส่วนมากอยู่ในหมู่บ้านเช่น ศาลากลางบ้าน โรงเรียนในหมู่บ้าน สถานที่สาธารณะอื่นๆในหมู่บ้าน แต่มีอยู่หนึ่งครั้งที่ใช้รถโรงพยาบาลเพื่อรับชาวบ้านมาคุยกลุ่มในห้องประชุมของโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากปัญหาเวลาและระยะทางระหว่างหมู่บ้าน และอีกครั้งหนึ่งจัดการคุยกลุ่ม focus group ในบ้านของผู้แทนของพรรคฝ่ายค้าน เนื่องจากผู้แทนของพรรคดังกล่าวเป็นผู้รวบรวมชาวบ้านมาให้ แต่จากข้อมูลที่ได้จากสองกรณีดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลที่ได้ไม่ได้แสดงอคติ (bias) ในทางที่ผู้วิจัยเป็นห่วง (เช่น ในแง่การเข้าข้างโรงพยาบาล หรือคัดค้านโครงการ 30 บาท)

⁴ ข้อมูลเชิงคุณภาพในจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดนครราชสีมา (บางส่วน) เป็นข้อมูลจากการออกชุมชนของทิพาตรี จิตตรพันธ์ และ focus group ในภาคใต้บางส่วนทำร่วมกับ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

4. 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 ที่เอกชนจัดหาตนเองด้วย เช่น นายจ้างหรือบริษัทจัดสวัสดิการให้กับพนักงาน หรือการซื้อประกันสุขภาพของเอกชน เป็นต้น งานวิจัยชิ้นนี้ต้องการสำรวจพฤติกรรมการรักษาพยาบาลและการใช้บริการของประชาชนภายใต้ระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประชาชนคาดหวังอะไรจากรัฐในเรื่องการรักษาพยาบาล โครงการ 30 บาทได้สร้างความมั่นคงหรือความไว้วางใจแก่ประชาชนได้เพียงใด จากพฤติกรรมและความคาดหวังดังกล่าวเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปว่าหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเป็นหลักความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (health security) แก่คนไทยได้มากน้อยเพียงใด และเป็นหลักประกันสุขภาพที่คนไทยพึงพึงได้เพียงใด ประเด็นหลักๆ ที่ศึกษาได้แก่

- การใช้สิทธิ์หรือไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาล
- 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 เช่น เจ้าหน้าที่ปฏิเสธการให้บริการ (ถึงแม้ในที่สุดจะได้รับการรักษาก็ตาม)เมื่อต้องการการรักษาพยาบาล
- ปัญหาจากการใช้บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค

- การลดหรือเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน) ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- การลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
- ความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล
- ความแตกต่างของการได้รับบริการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ได้ใช้บัตร
- ความคาดหวังให้รัฐทำอะไรบ้างในเรื่องบริการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 5-8 ต่อจากนี้เป็นการเล่นผลการศึกษเบื้องต้นในประเด็นหลักๆ และตอนสุดท้ายจะเป็นบทสรุปและนัยเชิงนโยบาย

5. ทางเลือกของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนมีทางเลือกตั้งแต่ไม่ทำอะไรปล่อยให้อาการเจ็บไข้หายเอง หรือรักษาด้วยตัวเองแบบง่าย ๆ โดยการนอน สดใจอาหารที่รับประทาน ทางเลือกนี้มักจะใช้เมื่อป่วยไม่มาก เมื่ออาการเล็กน้อยเปลี่ยนเป็นอาการมากขึ้นหรือ “ทำอะไรไม่ได้แล้ว” จนต้องพึ่งยา ประชาชนอาจจะซื้อยากินเอง สถานที่ซื้อยาอาจเป็นร้านขายของชำที่ขายยาแก้ปวดลดไข้ประเภท paracetamol หรือยาแก้หวัดสูตรผสม (เช่น ทิฟฟี) ซึ่งซื้อได้เป็นเม็ด ไม่ต้องซื้อเป็นแผงก็ได้ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย หรือถ้าต้องการยาที่หลากหลายขึ้นก็ไปซื้อยาร้านขายยาใกล้หมู่บ้านหรือชุมชน ร้านขายยาในตลาด หรือคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้านขายยาแผนปัจจุบันบางส่วนมีเภสัชกรประจำ แต่มีเป็นส่วนน้อยและบางครั้งเภสัชกรที่มีงานประจำที่โรงพยาบาลก็อาจมาอยู่ร้านเฉพาะช่วงเย็น ในส่วนของสถานพยาบาลรัฐ ประชาชนในชนบทนิยมซื้อยาที่สถานีอนามัยโดยใช้สิทธิ์ที่มีอยู่ หรือขอหรือซื้อยาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁵ ประชาชนในเมืองอาจไปศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล หรือขอมาจาก อสม. สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพร พบประชาชนในบางพื้นที่ เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่ ซื้อสมุนไพรตามตลาดนัดกินแก้เบาหวาน ปวดเมื่อย ประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์นิยมการรักษาแบบพื้นบ้านโดยหาหมอสมุนไพรในหมู่บ้าน

เมื่อต้องการพบแพทย์⁶ ทางเลือกของประชาชนในเมืองมักเป็นคลินิก สำหรับในชนบทที่มีการคมนาคมสะดวกและมีคลินิกอยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้าน ประชาชนที่มีรายได้พอที่จะเสียค่ารักษาที่คลินิกได้ก็มักนิยมไปคลินิกกัน บางครั้งถ้าตรงเสาร์-อาทิตย์ประชาชนก็อาจไปคลินิกแทนการไปสถานีอนามัย (ซึ่ง

⁵ อสม. ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีให้ข้อมูลว่าหน้าที่ของอาสาสมัครคือให้ยา ซึ่งมักเป็นยาสามัญประจำบ้านทั่วไป เช่น หวัด ท้องเสีย ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาทา ชาวบ้านจะไปหาเมื่อต้องการยาพื้นบ้าน อาสาสมัครที่นี่ไม่สามารถตรวจเบาหวานได้ มีเครื่องวัดความดัน 1 เครื่อง งานที่ทำคือ ชั่งน้ำหนัก วัดสวนสูงเด็ก หยอดยา วัดความดัน และงานทางด้านสุขภาพ เช่น ลูกน้ำยุงลาย

⁶ ในปัจจุบัน สถานีอนามัยบางแห่งมีบทบาทเป็น PCU ของโรงพยาบาลชุมชนและมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นบางครั้งบางคราว ซึ่งส่วนมากเป็นคลินิกที่ใช้ follow up ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหรือตรวจโรคเรื้อรังเช่นเบาหวาน

มักจะไม่ได้เปิดแบบเป็นทางการ) คลินิกในชนบทอาจเป็นคลินิกที่เปิดโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย คลินิกที่เปิดโดยเจ้าหน้าที่สถานีนามัยหรือพยาบาลมักจะตั้งอยู่ในหมู่บ้านหรือในพื้นที่ห่างไกล ขณะที่คลินิกที่เปิดโดยแพทย์มักตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเมือง สำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยมักไปใช้สิทธิ์บัตร 30 บาทที่โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลรัฐระดับอำเภอ) มีส่วนน้อยที่ข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนมากการข้ามเขตจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยประเมินว่าโรคหรืออาการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนรักษาไม่ได้ ซึ่งการประเมินว่ารักษาไม่ได้มีทั้งปัจจัยที่มาจากแพทย์ (เช่น “โรงพยาบาลมีแต่หมอเด็ก” ซึ่งหมายถึงแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ที่ยังมีประสบการณ์น้อย หรือในช่วงนอกเวลาราชการซึ่งหลายโรงพยาบาลไม่มีแพทย์อยู่ประจำ) หรืออาจเป็นปัญหาที่โรงพยาบาลอาจมีเครื่องมือไม่เพียงพอในการรักษาโรคนั้น บางครั้งการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนมากจะเป็นกรณีโรคที่ไม่ฉุกเฉินหรือโรคเรื้อรัง (ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมักส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงกว่าภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดไว้ชัดเจนเช่นภายในระยะเวลา 2 เดือน) สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองหรือมีสิทธิ์ที่เบิกได้ มักจะข้ามไปรักษาที่อื่นเนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้เชื่อว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยประชาชนที่สามารถใช้สิทธิ์สวัสดิการข้าราชการมักจะนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

ในบางครั้ง หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สาธารณสุข หรือโรงพยาบาลเอกชน ก็อาจเข้าไปทำการตรวจสุขภาพทั่วไปหรือรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในชนบทนั้น หน่วยเคลื่อนที่เหล่านี้มักมีแต่พยาบาล งานหลักมักเป็นการให้บริการตรวจร่างกายผู้หญิง ผู้สูงอายุ และเด็ก และยาที่นำมาด้วยเป็นยาพื้นๆ เช่น ยาขององค์การเภสัชกรรม ประชาชนจึงมักใช้บริการนี้เมื่อต้องการตรวจสุขภาพทั่วไปมากกว่าเมื่อเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกต่างๆ ในด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้ต่างจากในอดีตมากนัก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตอนที่ 6)

6. ปัจจัยที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล ตัวแปรแต่ละตัวไม่ได้มีส่วนกำหนดอย่างโดดเดี่ยว ในบางครั้งก็มีความสัมพันธ์กันด้วยเช่น รายได้และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลกับการเลือกสถานพยาบาล สำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่นเพศ ไม่มีผลทำให้การเลือกสถานพยาบาลแตกต่างกันมากนัก และตัวแปรด้านการศึกษาแม้มีความสัมพันธ์กับระดับรายได้

ก. รายได้

รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนสองทางใหญ่ๆ คือ ประการแรก ระดับรายได้ที่แตกต่างกันทำให้เลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย และประการที่สอง เวลาที่ใช้ใน

การรอรับการบริการมีผลกระทบต่อรายได้ ประชาชนผู้ที่ต้องการเข้ากินค่ำมักจะไม่ต้องการรอ และกลุ่มที่มีรายได้สูงก็ไม่ต้องการรอเช่นเดียวกัน จึงเหลือแต่กลุ่มที่การรอไม่กระทบการทำงานมาก (ซึ่งมีอยู่ในทุกระดับรายได้) หรือกลุ่มที่รอได้ด้วยเหตุผลอื่นๆ หรือกลุ่มที่จำเป็นต้องรอเช่น ป่วยหนักหรือไม่มีทางเลือกอื่น

สถานพยาบาลของรัฐแทบเป็นที่พึ่งทางเดียวของประชาชนที่มีฐานะยากจนมาก ประชาชนกลุ่มที่หาเข้ากินค่ำซึ่งส่วนมากจะมีอาชีพรับจ้างทั่วไปตามแต่ว่าจะมีคนมาจ้างหรือไม่ จะให้ความสนใจกับการเจ็บป่วยของตัวเองมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยหนึ่งวันอาจหมายถึงการอดอาหารของตนเองและครอบครัวในวันนั้น เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย คนกลุ่มนี้มักจะไปที่สถานื่อนามัยเพื่อขอยาหรืออาจซื้อยาที่ร้านขายของชำ ซึ่งสามารถซื้อจำนวนน้อยเป็นเม็ดหรือสองเม็ดได้ สำหรับประชาชนที่มีฐานะยากจนแต่ไม่ถึงกับหาเข้ากินค่ำ และประชาชนกลุ่มที่มีฐานะปานกลาง อาจพยายามรักษาตนเองแบบง่าย (เช่นการพักผ่อน) ไปก่อน ถ้าไม่หายจึงเริ่มหาซื้อยามากิน สถานที่ที่ไปซื้อยากินเองขึ้นกับรายได้ ถ้ารายได้น้อยมักไปที่สถานื่อนามัย (ซึ่งชาวชนบทมักมองเหมือนกับเป็นร้านขายยาในชนบท) ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้นก็อาจซื้อยาที่ร้านขายยา ซึ่งถ้าเป็นชนบทก็หมายความว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นด้วย แต่ถ้าเป็นคนที่อยู่ในเมืองก็จะหาร้านขายยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนในชนบทจำนวนหนึ่งยังนิยมซื้อยาที่คลินิกที่เปิดโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยในหมู่บ้าน โดยให้เหตุผลว่ามียาเหมือนกับที่ขายในร้านขายยาและไม่ต้องเสียค่าเดินทางออกไปนอกหมู่บ้าน ในบางครั้งเมื่อนอกเวลาราชการ ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้วสถานื่อนามัยจะยังเปิดทำการอยู่⁷ แต่ถ้ามีคลินิกเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเปิดอยู่ในหมู่บ้าน ชาวบ้านก็มักจะเกรงใจเกินกว่าที่จะไปเคาะประตูบ้านของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร และมักจะไปที่คลินิกแทน

เมื่อการรักษาด้วยตนเองไม่ได้ผล ก็จะเริ่มไปพบแพทย์ ประชาชนที่มีเงินมักไปพบแพทย์ที่คลินิก ประชาชนในเมืองสามารถไปคลินิกได้ง่าย เนื่องจากมีคลินิกอยู่ทั่วไป แต่ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลบางอำเภอจะไม่มีคลินิกที่มีแพทย์ (หรือพยาบาล) เลย ในกรณีนี้ชาวบ้านมักจะไปโรงพยาบาลชุมชน คลินิกส่วนมากเป็นคลินิกของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นการไปคลินิกคือการไปพบแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลของรัฐนั่นเอง⁸ แต่เป็นการพบนอกโรงพยาบาลและ(มักจะเป็น)นอกเวลาราชการ คลินิกในต่างจังหวัดมักจะเปิดช่วง 7 โมงเช้าถึง 8.30 น. และช่วงเลิกงาน 4 โมงเย็นถึงสองทุ่มหรือดึกกว่านั้น บางคลินิกเปิดอีกครั้งในช่วงพักเที่ยง ในเมืองใหญ่หรือกรุงเทพมหานคร คลินิกจะมีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาก และแพทย์ก็อาจจะเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนหรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการเลยก็ได้ เหตุผลที่ชาวบ้านเลือกไปคลินิกแทนอื่นๆ ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าได้แก่

“ไปโรงพยาบาลไม่ค่อยพบหมอใหญ่” – สระบุรี, สุราษฎร์ธานี

⁷ การทำงานนอกเวลาราชการของสถานื่อนามัย ในหลายที่จะไม่เปิดตึกสถานื่อนามัยเหมือนในเวลาราชการ แต่ชาวบ้านสามารถไปเคาะประตูบ้านพักของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร ซึ่งจะพักอาศัยอยู่ใกล้เคียงหรือบริเวณเดียวกับสถานื่อนามัยได้

⁸ ยกเว้นในกรณีแพทย์ที่เกษียณแล้ว หรือลาออกมาทำคลินิกเต็มตัว (แต่ในกรณีหลังมีน้อยมาก)

แต่ต้องพบกับแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ ซึ่งบางครั้งไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรค ทำให้รักษาไม่หาย⁹

บางครั้งการเลือกไปคลินิกก็เป็นเหตุผลด้านความรวดเร็วที่ไม่ต้องรอคิวนาน เช่นประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีบอกว่า

“ถ้าป่วยหนักจะไปคลินิกใช้เวลาในการรอพบแพทย์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง”

การที่การไปคลินิกทำให้สามารถพบแพทย์ได้เร็วขึ้น ประชาชนบางส่วนจึงไปที่คลินิกแทนที่จะไปที่โรงพยาบาลเมื่อป่วยหนัก เพราะมั่นใจว่าเมื่อ “ถึงมือหมอ” แล้ว จะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในที่ที่เหมาะสมและรวดเร็วกว่าไปรอคิวที่โรงพยาบาล ซึ่ง

“ถ้ามีเวลารอถึงจะไปโรงพยาบาล ใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ” -- สุราษฎร์ธานี

ประชาชนบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยจึงซื้อยารับประทานเองเพราะ

“ถ้าไปหาหมอก็ต้องใช้เวลาานาน” -- สุราษฎร์ธานี

บางรายจึงไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักเท่านั้น และบางรายก็เจอเสียงบ่นของแพทย์เพราะไปหาเมื่อป่วยหนักแล้วว่า

“เวลาเป็นน้อยๆ ไม่มาหา จนต้องหามถึงจะมา” -- สระบุรี

ในกรณีที่จำเป็นต้องพบแพทย์เร็ว ประชาชนทุกระดับรายได้เลือกทางเลือกที่จะเข้าถึงแพทย์ได้เร็วที่สุด (รวมทั้งไปโรงพยาบาลเอกชน) กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าจะสามารถเลือกแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญได้มากขึ้น ในส่วนผู้มีรายได้สูงหรือผู้ถือสิทธิบัตรข้าราชการที่พบในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าเมื่อต้องการพบแพทย์จะไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใหญ่เลย โดยไม่ไปโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสระบุรีประชาชนที่มีฐานะดีที่อยู่ใกล้ตัวเมืองจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนโดยตรง สำหรับประชาชนที่มีรายได้ไม่สูงนัก ก็อาจไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนก่อนถ้าไม่เชื่อมั่นคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ แต่เมื่อเงินหมดก็ต้องกลับมาอนโรงพยาบาลชุมชน

ข. สิทธิในการรักษาพยาบาล

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีอยู่กำหนดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละบัตร ประชาชนตระหนักถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายครั้งจะไม่ทราบชัดเจนถึงรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของบัตรของตนเองถือ การมีบัตรสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลทำให้การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย เช่น ข้าราชการในจังหวัดสุราษฎร์ธานีจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ โดยไม่ไปที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนเป็นต้น จากการทำการคุยกลุ่ม focus group ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (หลายกลุ่ม) พบว่าประชาชน 3 คน จาก 31 คน จะไม่ใช้สิทธิที่มีอยู่แต่จะจ่ายเงินเอง หนึ่งในสามคนนี้มีสิทธิข้าราชการจะจ่ายเงินเอง (โดยไม่ไปเบิก) เมื่อค่าใช้จ่ายไม่มาก คนที่สองมีบัตร 30 บาทแต่จ่ายเงินเองเพราะว่า

⁹ บางครั้งหมอใหญ่ที่ชาวบ้านพูดถึงคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งทำงานทางด้านบริหารด้วย

ต้องการการบริการที่เร็วกว่า คนที่สามมีบัตร 30 บาทเช่นเดียวกันแต่จ่ายเงินเองเพราะคิดว่าจะทำให้ได้ยาดีกว่า

ค. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ซึ่งมักจะรวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล ประชาชนในชนบทที่อยู่ไกลร้านขายยาอาจซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในหมู่บ้าน โดยราคาแพงกว่าตลาดเล็กน้อย เช่น paracetamol แพงกว่า 2 บาท/แผง ขณะเดียวกันจะซื้อเป็นเม็ดก็ได้ เช่น paracetamol 2 เม็ด ราคา 1 บาท แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการเดินทางออกนอกหมู่บ้านเพื่อไปหาซื้อยา วิธีการนี้ก็ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า การ “ไม่ยอมเสียค่ารถไปโรงพยาบาล” เป็นปัจจัยหนึ่งทำให้ประชาชนพยายามรักษาด้วยตนเองก่อน

ระยะทางเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการใช้บริการสถานีนอนามัยนั้น ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีนอนามัยหรือมีสถานีนอนามัยในหมู่บ้านจะใช้บริการของสถานีนอนามัยมากกว่า ประชาชนที่อยู่ไกล โดยประชาชนที่อยู่ไกลอาจใช้ทางเลือกอื่นแทนเช่นซื้อยาที่ร้านขายยาหรือคลินิก ดังนั้นประชาชนที่มีรายได้น้อย ก็อาจใช้บริการที่คลินิกก็ได้ถ้าการเดินทางไปสถานีนอนามัยต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ในทำนองเดียวกัน การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ขึ้นกับระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง ถ้าเดินทางสะดวกหรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ประชาชนก็อาจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแทนการไปศูนย์เทศบาลหรือสถานีนอนามัย

การตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือไม่ ถึงแม้ในบางครั้ง ระยะทางจากหมู่บ้านไปโรงพยาบาลจะไกลมาก แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยมากจนตัวผู้ป่วยเองหรือญาติพี่น้องคิดว่าต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องผ่าตัดหรือต้องพักรักษาตัว เมื่อยามที่ต้องพึ่งโรงพยาบาลจริงๆ ก็จะไปกัน แต่ในยามปกตินั้น ประชาชนบางส่วนหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรอนาน

“ไปโรงพยาบาลต้องเสียเวลาอย่างน้อยครึ่งวัน ถ้าต้องการเร็วจะต้องไปตั้งแต่ตี 5 ถ้าไป 3

โมงเช้า บ่าย 3 ถึงจะได้พบหมอ” -สมุทราการ

หรือบางครั้งการมีรถประจำทางหรือไม่ก็มีผลในการตัดสินใจ ถ้าการไปโรงพยาบาลต้องรอนานจนไม่สามารถกลับทันรถประจำทางที่จะเข้าหมู่บ้านได้ ก็จำเป็นต้องเหมารถกลับหมู่บ้านซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง การไปคลินิกถึงแม้จะเสียค่าใช้จ่ายแพงกว่า แต่ค่าใช้จ่ายรวม (ค่าหมอและค่าเดินทาง) อาจน้อยกว่าไปโรงพยาบาลที่เสียเพียง 30 บาทหรือไม่ต้องเสียเลย ในกรณีนี้ประชาชนก็มักจะเลือกไปคลินิกแทน

“เขา (คลินิก) เรียกเก็บค่ารักษาแพงก็จริง แต่ขึ้นรถโดยสารมันถูก ไปกลับ 40 บาท รวมค่ายาคลินิก 200 รวม 240 บาท แต่ถ้าไปรพ.เสียค่ารักษา 30 บาทจริง แต่เสร็จแล้วต้องเหมารถกลับ 150-200 และบางทีก็รักษาไม่หาย” -บุริรัมย์

เมื่อถามความคิดเห็นของประชาชนว่าตั้งแต่มีโครงการ 30 บาทไปใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ ประชาชนส่วนใหญ่บอกว่าไม่เพราะไม่จำเป็นจริงๆก็ไม่อยากเข้าไปในโรงพยาบาลเนื่องจากสถานที่ไม่น่าอยู่และไม่น่าไป

“มีสถานที่สามแห่งที่ไม่อยากไป: โรงพยาบาล โรงพัก และเรือนจำ” –สุราษฎร์ธานี

“คนเราไม่อยากไปโรงยาถ้าไม่เป็นอะไร” –เชียงใหม่

“ถ้าโรงแรมอยากเข้า โรงพยาบาลกับโรงพักไม่อยากเข้า” –เชียงใหม่

นอกจากนี้ถึงแม้การไปใช้บริการจะเสีย 30 บาท (หรืออาจจะไม่เสียค่าบริการเลยในกรณีที่มีบัตร 30 บาทหมวด ท) แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้นถ้าไม่ได้เจ็บป่วยก็ไม่คิดที่จะไปโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงปริมาณจากการศึกษาหลายชั้นพบว่าในแต่ละพื้นที่จะมีประชาชนบางคนระบุว่าไปรับบริการเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ และประชาชนอีกจำนวนหนึ่งหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น

ง. สภาวะหรือลักษณะโรค

จากการพูดคุยกับชาวบ้านในแทบทุกคน ผู้วิจัยพบว่าชาวบ้านมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจต่อว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าชาวบ้านคาดการณ์ว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็จะปล่อยให้หายเอง แต่ถ้ามีอาการที่ชาวบ้านคิดว่าไม่สามารถหายเองได้ก็จะเริ่มพึ่งยา ถ้าต้องการยาสามัญหรือปริมาณยาไม่มากก็จะพึ่งร้านขายของชำ ถ้าคิดว่ามีความรุนแรงขึ้นก็จะไปที่ร้านขายยา แต่ถ้ารักษาไม่หายหรือมีอาการมากจน “ลุกไม่ค่อยไหว” หรือ “ลุกไม่ไหว” จึงไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หาย และ/หรือไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร

สภาวะหรือลักษณะโรคไม่ได้เป็นปัจจัยตัวเดียวที่กำหนดว่าจะเลือกการรักษาพยาบาลวิธีใด ชาวบ้านหลายคนให้เหตุผลในการซื้อยารับประทานเองว่าถ้าไปพบแพทย์ก็ต้องใช้เวลาารอนาน และปกติก็ต้องไปซื้อกับข้าวที่ตลาดอยู่แล้ว ถึงแม้จะไม่ได้ไปทุกวัน แต่ก็สามารถซื้อยาได้สะดวก แต่อาการของโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมักทำให้ประชาชนเลือกไปพบแพทย์มากกว่าปล่อยให้หายเอง สำหรับโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการดูแลจากแพทย์อยู่แล้ว ก็มักจะมีการพบแพทย์เป็นประจำ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์มาก่อนหรือไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ ผู้ป่วยก็มักจะถูกปล่อยเรื้อรัง ปัญหานี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองไม่ได้ เช่นผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งแม้ว่าจะมีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนแต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถช่วยอะไรได้มากนัก (ดูกรอบที่ 1) จากตัวอย่างนี้ โครงข่ายความช่วยเหลือ (safety net) ที่มีอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนอาจไม่เพียงพอ เพราะไม่มีหลักประกันว่าครอบครัวหรือลูกหลานจะเป็นที่พึ่งได้หรือชุมชนจะไม่ปล่อยปะละเลย จึงอาจต้องมีโครงข่ายความช่วยเหลือทางสังคม (social safety net) มาช่วยเหลือผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เช่น พิการ อัมพาต หรือป่วยมาก

กรอบที่ 1 ชีวิตที่หมดทางเลือก

คุณยายมีปัญหาหลอดเลือดในสมองทำให้บางส่วนของร่างกายเป็นอัมพาต อัมพาตที่อ่อนล่างเกิดขึ้นมา 7 ปี แล้ว คุณยายเป็นอัมพาตที่แขนอีกหนึ่งข้าง จึงมีเพียงแขนข้างเดียวที่ใช้ได้ แต่เนื่องจากไม่ได้ใช้งานแขนจึงไม่แข็งแรงนัก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งไม่สามารถแบได้ คุณยายอาศัยอยู่กับคุณตา มีหลานเรียน ม.5 ที่ลูกสาวฝากมาเข้าโรงเรียนแถวหมู่บ้านอยู่ด้วยอีกหนึ่งคน บ้านของคุณยายเป็นบ้านยกพื้นใต้ถุนสูงเหมือนบ้านในชนบททั่วไป เนื่องจากเป็นอัมพาตคุณยายจึงอยู่เฉพาะชั้นสองและไม่ได้ลงมาชั้นล่างของบ้านนานเป็นปีแล้ว คุณยายพยายามลงจากชั้นบนครั้งหนึ่งตอนที่คุณตาออกไปทำงาน แต่ตกจากบันได ริมฝีปากไปกระแทกกับขอบอ่างล้างเท้าริมบันได ยังมีรอยแผลเป็นแนวกว้างให้เห็นอย่างชัดเจน วันนั้นคุณยายล้มในท่าคว่ำหน้าจนถึงเวลาเย็นที่คุณตาดกลับจากทำงาน คุณตาบอกว่าโชคยังดีที่หน้าไม่ที่มลงในน้ำ หลังจากนั้นคุณตาห้ามคุณยายเคลื่อนไหวไปไหนเด็ดขาดโดยเฉพาะการลงไปชั้นล่าง โดยบังคับให้คุณยายนอนอยู่ในมุ้งตลอดเวลา วันที่นักวิจัยไปเยี่ยมนั้น คุณยายนอนอยู่ในมุ้งสีเหลืองๆดำๆที่ปิดมิดชิดในบ้านที่ค่อนข้างมืด มีกลิ่นปัสสาวะของคุณยายฉุนมากจนแสบจมูก คุณตามีหน้าที่ดูแลอาหารการกินซึ่งคุณยายกินได้ไม่มีปัญหา ตอนเย็นหลานกลับจากโรงเรียนจะมาช่วยอาบน้ำ เวลาถ่ายหนักก็จะไปถ่ายด้านหลังของบ้านที่เจาะรูไว้ แต่คุณยายถ่ายเองไม่ได้ ต้องใช้วิธีคว่ำทวาร แต่ถ่ายเบาคงจะถ่ายไปเลยบนที่นอน สังเกตได้จากกลิ่น จากสภาพผมเผ้ารุงรังและกลิ่นที่ฉุนจนแสบจมูก คุณยายคงไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร

สุขภาพจิตของคุณยายค่อนข้างแย่มาก ร้องไห้ตลอดเวลา และบ่นถึงสภาพอัมพาตที่เป็นอยู่ และขอให้ช่วยพาออกจากบ้านบ้าง เมื่อถามถึงลูกของตายายที่มีอยู่ 3 คน คุณตาบอกว่ามาเยี่ยมบ้าง เช่น ลูกคนกลางมาปีละ 2 ครั้ง มาเยี่ยมแต่ละครั้งก็ให้ 500-1,000 บาท ในช่วงที่คุณยายยังไม่ได้เป็นมาก ลูกๆเคยพาคุณยายไปรักษาที่หมอสาวบ้านใช้สมุนไพรที่นครนายกโดยเสียค่าใช้จ่ายและค่าดูแลวันละ 100 บาท แต่คุณยายหกล้มและมีอาการอัมพาตมากขึ้น ลูกๆ จึงนำตัวกลับมาบ้าน หลังจากนั้นก็ไม่มีการคิดพาคุณยายไปไหนอีก โรงพยาบาลจังหวัดมีกายภาพบำบัดในวันเสาร์ แต่คุณตาบอกว่าต้องเสียค่าเดินทางมาก ถึงแม้ลูกชายมีรถและอยู่ไม่ไกลแต่ก็ทำงานในวันเสาร์ คุณตาและลูกทุกคนมีความคิดแบบเดียวกันว่าทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว จากการสอบถามชาวบ้านที่ไปด้วยพบว่ามีแก้อ้อเขินที่ใช้การได้อยู่ที่วัดที่จะยืมมาใช้ได้ แต่คุณตาบอกว่าไม่สามารถยกคุณยายลงไปได้ เมื่อถามชาวบ้านว่าจะพอมือผู้ชายที่พอจะมาช่วยคุณตายกคุณยายลงหรือไม่ ชาวบ้านบอกว่ามี แต่คุณตาก็ยังยืนยันเหมือนเดิมว่าทำไม่ได้ คุณยายเรียกคุณตาว่าช่วยไปเอารถเข็นที่วัดใกล้หมู่บ้านมาให้ด้วย แต่ดูเหมือนคุณตาจะไม่ได้ให้ความสนใจในคำร้องขอมากนัก

คุณตามีอาชีพรับจ้างทั่วไปเช่นขุดดิน ดายหญ้า ทำงานก่อสร้าง ได้วันละ 200 บาท ในแต่ละเดือนมีคนจ้างประมาณ 15 วัน ในช่วงฤดูฝนจะไม่ค่อยมีคนจ้างงานเนื่องจากน้ำท่วมหมู่บ้าน คุณตาก็จะสานเครื่องมือจับปลาขาย ตามที่คุณตาเล่าให้ฟัง เงินก็ไม่ถึงกับขัดสนมาก แต่มีความไม่แน่นอนว่าจะมีเงินกินสำหรับมือหน้าหรือไม่ ทำให้คุณตาอยู่ในสภาวะเครียดเช่นกัน

ชาวบ้านมองว่าตายายคุณนี่ถึงจะจน แต่ลูกหลานหลายคน มีรถ มีทอง ทำให้ชาวบ้านไม่อยากจะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือสองเดือนผ่านไป คุณยายก็ยังไม่มียารถเข็นและยังอยู่ในสภาพเดิม

จ. กลุ่มอายุของผู้ป่วย

ในหลายพื้นที่ที่สำรวจพบแบบแผนการเลือกวิธีรักษาพยาบาลสำหรับเด็กในลักษณะเดียวกันคือ เมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองจะพาเด็กไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่คาดว่าจะทำให้เด็กหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว ซึ่งส่วนมากผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาที่คลินิก ผู้ปกครองอยากให้เด็กหายเร็วที่สุดด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา เช่น เด็กพูดไม่รู้เรื่อง ดังนั้นจึงไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นมากน้อยเพียงใด เด็กร้องไห้เสียงดังทำให้ตกใจ เด็กเล็กมักจะไม่สามารถบอกอาการทำให้ไม่สะดวกถ้าไปสถานพยาบาลของรัฐ การมีเด็กไม่สบายทำให้ต้องคอยดูแลตลอดเวลา เป็นต้น ในจังหวัดสระบุรีที่ไปศึกษาพบว่าเด็กจะไปรับการรักษาที่คลินิกเป็นประจำ โดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่าบางครั้งการไม่สบายตรงกับวันเสาร์-อาทิตย์ จึงไม่กล้ารบกวนเจ้าหน้าที่เพราะเป็นวันหยุดพักผ่อน ถ้าเป็นผู้ใหญ่ถ้าไม่เจ็บป่วยมากก็จะรอไปสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลในวันเปิดราชการ

การรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจะต่างจากเด็ก เมื่อผู้สูงอายุต้องการใช้บริการมักไปโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน ประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุไม่ค่อยเร่งด่วน เป็นอาการที่รอได้และค่อยเป็นค่อยไป และมักจะอดแอดตามประสาคนแก่แต่อาชรา ในขณะที่ผู้สูงอายุเองก็มักให้ความเห็นว่าไม่ยอมรับการบงกชลูกหลานในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ ซึ่งมักเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าความรวดเร็วในการรับบริการ

ผู้สูงอายุบางส่วนยังปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบัน ที่หมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งการเดินทางไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบากเนื่องจากมีรถประจำทางเข้าออกหมู่บ้านเพียงวันละครั้งในช่วงก่อนเที่ยง และหมู่บ้านถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเนื่องจากน้ำท่วมปีละ 1-2 เดือน ชาวบ้านจะพึ่งพิงหมอสมุนไพรเป็นหลัก ถ้าจำเป็นก็อาจไปสถานอนามัย แต่ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ผู้สูงอายุหลายคนจะไม่ยอมไปพบแพทย์สมัยใหม่เลย มีผู้สูงอายุอายุประมาณ 60 ปีคนหนึ่งถูกไฟลวก แต่ไม่ยอมรักษาแผนปัจจุบันเนื่องจากกลัวการถูกตัดผิวหนัง ขณะเดียวกันญาติพี่น้องก็บอกว่าไม่มีเวลาไปเฝ้าไข้และพาไปไว้ที่หมู่บ้านหนึ่งเพื่อหลบการติดตามของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้จะมีรถโรงพยาบาลเข้าไปรับ ก็ยังไม่ยอมไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตาม หมู่บ้านนี้อาจจะต่างจากหมู่บ้านส่วนใหญ่ โดยจะเห็นได้ว่าเด็กที่อยู่ในหมู่บ้านนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่อายุประมาณ 6 ขวบขึ้นไป) ประมาณ 8 ในทุก 10 คนคลอดกับหมอต้าแย (ชาวบ้านบางส่วนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่แต่เวลาคลอดก็คลอดกับหมอต้าแย)

จ. ข้อมูลที่ประชาชนมี

ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ โรงพยาบาล หรือจำนวนเงินที่ต้องจ่าย เป็นต้น มีส่วนในการกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลหรือการตัดสินใจว่าจะไปรับการรักษาหรือไม่ การรู้สิทธิของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้มีส่วนในการเพิ่มข้อมูลค่อนข้างชัดเจน ถึงแม้ข้อมูลในการประชาสัมพันธ์บางครั้งจะมุ่งในการประชาสัมพันธ์จนบางครั้งไม่ได้ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนก็ตาม นอกจากนี้ ข้อมูลที่กระจายกันในหมู่บ้านหรือเพื่อนบ้านในชุมชนก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือก เช่นโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ประชาชนในแถบนั้นจะไม่กล้าไปใช้บริการ เนื่องจากคนในหมู่บ้านหลายคนรักษาแล้วไม่หายและเสียชีวิตในที่สุด หรือการที่รู้จักใครใน

สถานพยาบาลนั้น ซึ่งอาจเป็นเพียงการรู้จักเจ้าหน้าที่ทั่วไปเช่นเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือกเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่กำหนดการตัดสินใจใช้บริการ เช่นลักษณะส่วนบุคคลหรือทัศนคติในเรื่องการรักษาพยาบาล บางครอบครัวให้ความเห็นว่า

“ถ้าปล่อยไว้นาน จะนานหาย” -สระบุรี

(ถ้าปล่อยไว้นานโดยไม่รักษา ก็จะหายช้า)

คนที่ให้ความสนใจกับสุขภาพก็อาจไปพบแพทย์เร็วกว่า ครวี่เรือนที่มีรถ (รถยนต์หรือจักรยาน) ก็มีแนวโน้มที่จะไปพบแพทย์เมื่อเริ่มป่วยมากกว่าครวี่เรือนที่ต้องพึ่งรถของเพื่อนบ้านหรือต้องเสียค่ารถในการเดินทาง หรือทัศนคติเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาลก็มีผลต่อทางเลือกและสถานพยาบาลที่ไป เป็นต้น

7. ปัญหาที่ประชาชนประสบ

ปัญหาที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้เป็นปัญหาที่ประชาชนกล่าวถึงซ้ำแล้วซ้ำเล่าในหลายพื้นที่ ปัญหเหล่านี้จึงน่าจะสะท้อนประสบการณ์และความคิดเห็นของประชาชนได้ไม่มากนักน้อย

1. รับการรักษาพยาบาลแล้วไม่หาย มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ชาวบ้านในละแวกนั้นสรุปว่ารักษาไม่หายเนื่องจากมีหลายกรณีที่ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลอื่น ถึงแม้การบริการของโรงพยาบาลจะดีก็ตาม จึงเป็นที่เลื่องลือในหมู่ชาวบ้านในเรื่องการรักษาแล้วไม่หาย ส่วนหนึ่งของการรักษาไม่หายชาวบ้านคิดว่าเกิดจากแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ ไม่ค่อยมีประสบการณ์ ในขณะที่แพทย์ที่มีประสบการณ์ก็ไม่ค่อยอยู่ที่โรงพยาบาล

2. ประชาชนจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับข้อมูลทั้งในด้านการรักษาและในด้านสิทธิของตนเอง หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ได้รับทราบข้อมูลและสิทธิของตน แต่เมื่อพูดขึ้นมาแล้วได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ ประชาชนก็รู้สึกว่าจะต้องเป็นไปตามนั้น

ผู้ป่วยหลายคนต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการป่วยที่เป็นอยู่เนื่องจากแพทย์ไม่ให้ข้อมูลว่าเป็นอะไร ขณะที่กินยาแล้วไม่หาย ยายคนหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์บอกว่า

“ต้องการให้เขาบอกอย่างเดียว อย่างเช่นว่า ไม่มีทางหายก็ขอให้บอกตรงๆ” -บุรีรัมย์

บางครั้งผู้ป่วยมานอนอยู่ในโรงพยาบาล 3-4 วันแล้วกลับบ้านไปผู้ป่วยก็ยังไม่ทราบว่าเป็นอะไร ถึงแม้ผู้ป่วยจะถามแล้วแต่ก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน นอกจากนี้ในเรื่องโรคที่ป่วยและวิธีการรักษาซึ่งประชาชนมักรู้สึกว่าแพทย์ไม่ได้บอกให้ทราบหรือเข้าใจแล้ว ประชาชนบางคนยังไม่มีข้อมูลเรื่องสิทธิของตนเองหรือแม้ในกรณีที่ประชาชนพอจะทราบสิทธิของตนเอง แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ยอมให้ใช้สิทธิ ประชาชนก็เกรงกลัวเกินกว่าที่จะโต้เถียงได้ เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งโดยหลักการแล้วสามารถรับการรักษาพยาบาลฟรีทั้งก่อนและหลังโครงการ 30 บาท แต่ยังพบผู้สูงอายุอายุ 69 ปี ที่ตั้งความหวังไว้ว่า

“อยากให้อายุเหลือทางการเงิน แก่แล้วอยากให้อายุฟรี” -บุรีรัมย์

ทั้งนี้ การไปรับบริการที่สถานอนามัยของผู้สูงอายุท่านนี้ก่อน 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 .. หยอดเงินไป 70 บาท เขาบอกว่าไม่ใช่ของอนามัย หมอ (เจ้าหน้าที่สถานอนามัย) 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.) ก็ยังถูกเจ้าหน้าที่แบ่งอีกว่าใครจะจนกว่าใครและใครควรจะถูกเรียกเก็บเงินหรือไม่¹⁰

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

3. ประชาชนที่ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยบางแห่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เช่น แต่เดิมเมื่อไปรับยาที่สถานอนามัยเคยเสีย 10-20 บาท แต่ปัจจุบันต้องเสีย 30 บาทซึ่งแพงขึ้น หรือไปวัดความดันก็ต้องเสีย 30 บาท

“มันแพงขึ้น เวลาไปเอายาพาราเสีย 30 บาท มันก็แพง” –สระบุรี

4. ประชาชนบางกลุ่มประสบปัญหาการรอรับบริการของโรงพยาบาลที่ช้าจนต้องไปใช้คลินิกแทน เพราะไม่สามารถรอได้เนื่องจากต้องกลับไปเฝ้าลูกหลาน สัตว์เลี้ยง หรือกลับไปทำงาน หรือการรอหมายถึงเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีรถประจำทางเดินทางกลับหมู่บ้านในวันนั้น แต่สำหรับประชาชนที่รอได้ ให้ความเห็นว่า

“เรื่องซ้าก็เป็นเรื่องปกติอยู่แล้วเขาก็ทำตามคิว เราจะไปปลัดคิวได้ไง” –นครราชสีมา

หรือ

“รอจนชินแล้ว” –นครราชสีมา

¹⁰ กรณีนี้คล้ายกับสถานการณ์ที่ผู้วิจัยเคยพบที่สถานอนามัยบางแห่งในภาคเหนือเมื่อศึกษาโครงการ สปร. ในปี 2542-43

หรือ บางครั้งอาจได้รับบริการหรือการต้อนรับขับสู้ที่ไม่ทัดเทียมกัน เช่น เจอเจ้าหน้าที่ที่เชื่อเชื่อง และหาที่นั่งให้คนไข้บางคน แต่บอกผู้มีบัตร 30 บาทว่า

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

ประชาชนบางคนพยายามอธิบายว่าปัญหาทั้งหมดนี้เกิดจาก

“โรงพยาบาลใหญ่ขึ้น แต่หมอน้อยลง” –สุราษฎร์ธานี

5. โรงพยาบาลอำเภอบางแห่งประสบปัญหาการเงิน งบประมาณที่ได้ไม่พอซื้อยาเวชภัณฑ์ ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่มีทางออกมากนักต้องพึ่งโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอจึงมีความสำคัญค่อนข้างมาก เมื่อโรงพยาบาลพยายามตัดค่าใช้จ่าย ประชาชนในแถบนั้นจึงได้รับผลกระทบโดยตรง และพบกับเหตุการณ์เหล่านี้

“ลุงจะกินเป็นอาชีพหรือไง” - สระบุรี

(คนไข้ที่เป็นโรคกระเพาะและจำเป็นต้องไปพบแพทย์บ่อยเพื่อขอยา)

หรือ

“ถ้าไม่หายจริง ๆ ให้ไปปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลอื่นฉีดยาเอาเอง” -สระบุรี

(แพทย์ในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางงบประมาณไม่เพียงพอตอบคนไข้ที่เป็นหอบหืดที่มาพบ และได้แต่ยาเม็ดแต่คนไข้ขอฉีดยาด้วย)

“สมัยก่อนแย่มากแล้ว เดี่ยวนี้แย่มากใหญ่” -สระบุรี

(ความเห็นของชาวบ้านต่อโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง)

6. ประชาชนหลายคนในชุมชนรายได้น้อยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครไปโรงพยาบาลเอกชนที่ระบุในบัตรเมื่อตนรู้สึกมีอาการหนักแล้ว แต่แพทย์ผู้ตรวจบอกว่าไม่เป็นอะไรมาก ให้ยาพ่นๆ แล้วให้กลับบ้าน หนึ่งในจำนวนนั้นทนไม่ไหวขอให้ญาติพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นทันที แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งใหม่บอกว่าอาการหนักเกินกว่าจะรักษาได้และคนไข้เสียชีวิตในวันเดียวกัน รายที่สองต้องไปรักษาที่ รพ. จุฬาฯ รายที่สามกลับไปไส้ติ่งแตกที่บ้าน (แต่หลังจากนั้นได้รับการดูแลอย่างดีจากโรงพยาบาล) ถึงแม้ว่าการวินิจฉัยที่ผิดพลาดในกรณีเหล่านี้บางส่วนอาจจะเกิดจาก “เหตุสุดวิสัย” แต่ก็ชวนให้ตั้งข้อสงสัยว่าบางครั้งแรงจูงใจด้านการเงินอาจทำให้ระบบการคัดกรองที่ช้อยู่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งในโครงการ) มีแนวโน้มที่ยอมผิดพลาดในทางที่ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงมากกว่าที่จะผิดพลาดในทางที่จะทำให้โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือระบบการจ่ายเงินค่าแพทย์ในการตรวจคนไข้ในโครงการ 30 บาทและประกันสังคมที่ต่ำกว่าการตรวจคนไข้อื่นๆ ของโรงพยาบาลเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้แพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นด่านหน้าไม่ได้ให้ความสนใจในการตรวจคนไข้เหล่านี้เท่าที่ควร

8. ความคาดหวังของประชาชน

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

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าประชาชนจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือไม่ มีปัจจัยทางด้านรายได้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยสำหรับประชาชนที่มีฐานะปานกลางหรือดีมักจะให้ความสำคัญกับการมีแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอเป็นอันดับแรก และประชาชนแทบทุกกลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอันดับต้นๆ และในหลายกรณี ประชาชนให้ความสำคัญกับการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มากกว่าการมีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย เช่น โครงการ 30 บาท หรือการมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล¹¹

อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะผู้วิจัยถามกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับท้ายๆ ว่ามีความจำเป็นต้องคงโครงการ 30 บาทเอาไว้หรือไม่ เกือบทุกคนต้องการให้คงเอาไว้ หลายคนต้องการให้นำโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาทกลับมา (เพราะรู้สึกว่าการบริการดีกว่าและยาดีกว่า) แต่如果不能นำกลับมาได้ก็ต้องการให้คงโครงการ 30 บาทเอาไว้ เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีป่วยหนัก ซึ่งแม้ว่าปกติพวกเขาจะไม่ได้ไปใช้บริการ แต่ในสถานการณ์แบบนั้นคงจะไม่มีทางเลือกอื่น

ประชาชนบางส่วนไม่ค่อยเห็นด้วยกับหลักการของโครงการ 30 บาททั้งหมด โดยเห็นว่าโดยหลักการแล้วควรช่วยเหลือเฉพาะคนจน แต่เมื่อถามถึงเกณฑ์ในการตัดสินใจใครบ้างที่จน คนกลุ่มนี้หลายคนก็เปลี่ยนใจเพราะเห็นว่าในทางปฏิบัติแล้วการตัดสินใจใครจนหรือไม่จนนั้นเป็นปัญหาที่ยุงยากมาก ซึ่งปัญหาไม่ได้เกิดเฉพาะกับกรณีที่คนไม่จนอยากได้บัตรรายได้น้อยเท่านั้น เพราะ

¹¹ อย่างไรก็ตาม ในการทำ focus group บางกลุ่ม อสม. ที่ร่วมอยู่ด้วยหลายคน ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับ

สถานพยาบาลมากกว่าประชาชนทั่วไป ต่างก็ให้ความสำคัญกับสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล เนื่องจาก อสม. กลุ่มนี้ไม่ค่อยมีความมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้น

“มีรายได้น้อย มีนาร้อยไร่ก็จริง แต่เป็นมรดกที่ต้องเก็บไว้ให้ลูกหลาน” --สุราษฎร์ธานี

“เมื่อป่วยหนักทุกคนก็จนหมด” --สุราษฎร์ธานี

แต่ อสม. ท่านหนึ่งเคยมีประสบการณ์การช่วยคัดเลือกผู้มีรายได้น้อยในพื้นที่ และนำบัตร สปร. สำหรับผู้มีรายได้น้อยไปให้กับเพื่อนบ้านโดนตอกกลับมาว่า

“คุณถือดียังไงมาว่าผมจน ... ตัวคุณเองมีอะไรดีกว่าผมบ้าง” --สุราษฎร์ธานี

9. บทสรุปและนัยเชิงนโยบาย

โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ได้ช่วยให้คนส่วนหนึ่งที่เลือกมาใช้บริการและเคยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และช่วยเหลือได้มากในกรณีการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังที่ชาวบ้านคนหนึ่งบอกว่า

“หลายหมื่นก็เสียแค่ 30 บาท ดีมากเลย” -นครราชสีมา

แต่ก็มีคนบางส่วนในกลุ่มนี้ที่ไม่เลือกใช้บริการเนื่องจากไม่แน่ใจในคุณภาพการให้บริการ หรือไม่อยากประสบปัญหาการรอรับบริการที่ใช้เวลานาน คนส่วนนี้ให้ความเห็นว่าควรมีโครงการต่อไปเพราะเป็นการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีทางเลือกเหมือนพวกเขา สำหรับกลุ่มที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มาก่อนนี้แล้ว เมื่อได้รับบัตรทอง หมวด “ท” ค่าใช้จ่ายก็ไม่ต่างจากเดิม¹² สำหรับผู้ที่เคยซื้อบัตรสุขภาพก็มีทั้งที่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและลดลง

ในขณะที่เดียวกันประชาชนบางส่วนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากการไปรับบริการที่สถานอนามัย โดยที่แต่เดิมอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 30 บาทแต่ปัจจุบันอย่างน้อยต้องเสีย 30 บาท ถึงแม้ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ถึงกับไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ แต่ก็มีผลกระทบต่อการตัดสินใจใช้บริการที่สถานอนามัยลดลง โดยประชาชนที่ยกประเด็นนี้ขึ้นมาระบุว่าจะพิจารณาว่าการไปใช้บริการแต่ละครั้งนั้นมีความเจ็บป่วยที่คุ้มกับเงิน 30 บาทที่ต้องจ่ายหรือไม่

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้รับจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคคือการลดความกังวลลง สำหรับผู้มีรายได้น้อย ความชัดเจนของสิทธิ์ว่าใช้บัตร 30 บาทได้ในกรณีไหนบ้างและทราบล่วงหน้าว่ามีค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใดทำให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะไปพบแพทย์มากขึ้น สำหรับกลุ่มที่มีฐานะดี (และกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางบางส่วน) ซึ่งปกติแล้วไม่ได้ไปใช้บริการจากโครงการฯ นั้น โครงการ 30 บาทไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน แต่คนกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทเหมือนหลักประกันความไม่แน่นอนในอนาคตเมื่อเป็นโรครุนแรงหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก (catastrophic illness) ในแง่นี้ โครงการ 30 บาทจึงมีส่วนช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) ที่จะได้รับการรักษาในยามที่จำเป็นโดยเสียค่าใช้จ่าย

¹² คนที่เคยต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือต้อง “บริจาค” ก่อนหน้าที่มีโครงการ 30 บาทก็ต้องเสียค่าบริการเหมือนเดิม แต่บางรายสามารถลดค่าใช้จ่ายลงเนื่องจากเจ้าหน้าที่ยอมให้ใช้บัตรฟรี

เพียง 30 บาท อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ทุกรายที่รู้สึกมั่นคงมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะดีและปานกลางในจังหวัดเชียงใหม่ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทไม่ลดความกังวลลง เพราะถ้าป่วยหนักก็ไม่คิดจะไปโรงพยาบาลรัฐเนื่องจากไม่ไวใจในคุณภาพและมีขั้นตอนมากเกินไปในการส่งต่อ

“เจ็บหนักๆไม่ใช่ 30 บาท หรอก กลัวจะตายก่อน” -เชียงใหม่

“เป็นเบาๆ พอใช้ได้ แต่เป็นหนักๆ ใช้ไม่ได้ เพราะยาไม่ดี” -สุราษฎร์ธานี

ดังนั้น จะเห็นได้ไหมในขณะนี้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เพิ่มความรู้สึกในด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security)¹³ แก่ผู้ที่อยู่ในโครงการจำนวนไม่น้อย แต่ก็ยังมีคนจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่ไม่ไว้วางใจกับคุณภาพของโครงการ ประชาชนที่ถือบัตรทองบางส่วนพูดถึงปัญหาการรอ และการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยไม่มากเท่านั้นเพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อไรจะได้รับการรักษา ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงการปันส่วน (ration) ทรัพยากรทางด้านสุขภาพของโครงการ 30 บาท ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้โดยการสร้างระบบให้ดีขึ้น ทั้งระบบการจัดการในโรงพยาบาลเพื่อลดเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้าคิวหรือรอการบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว แต่ในระยะยาวนั้น ความรุนแรงของปัญหานี้ย่อมขึ้นกับความเพียงพอของทรัพยากรที่ใส่เข้ามาในโครงการ การปันส่วนทรัพยากรเช่นที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ก็พบได้เช่นเดียวกันในโครงการนี้ เช่น คิวรอการผ่าตัดหรือการรอเตียงว่างที่ยาวขึ้น ซึ่งประชาชนบางส่วนที่พอมีฐานะ ก็จะหันมาใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนแทน

ในแง่นี้ การที่โครงการ 30 บาทจะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพขึ้นมาได้อย่างแท้จริงในระยะยาวนั้น ย่อมต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอและทัดเทียมกับในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งในเรื่องนี้นั้น ถ้ามองจากเสียงสะท้อนของประชาชนจะพบว่าทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่นั้นได้ถูกใช้อย่างไม่เท่าเทียมกัน เช่น กรณีความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน ดังตัวอย่างข้างล่าง

“อย่างข้าราชการ ...เขาไปผ่าตัดมดลูกเขาจะให้นอนโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่ถ้า 30 บาทถ้ามีเตียงก็คือจะได้อยู่ ถ้าไม่มีก็ไม่ได้อยู่” -นครราชสีมา

“ผมเสียเวลาไปครึ่งวัน เราก็บัตร 30 บาทไปวาง เขาก็ไม่เรียกบัตร 30 บาท พอเรียกคนนั้นเราก็นั่งดูอยู่ บัตรทองเราก็กว้างอยู่นั้นทำไมไม่เรียกเรา นั่งคอยแล้วคอยอีกแต่คนไม่มีบัตรเขามาที่หลังแต่ไปก่อนเราก็ก” --นครราชสีมา

“ถ้าพบหมอดีก็ดีไป หมอบางคนไม่ยอมรักษาถึงที่สุดที่บ้านต้องการ พาลูก (3 ขวบ) เป็นหอบหืดไปรักษา ครั้งที่ 3 ถึงยอมพ่นยา” --สมุทรปราการ

“ผมถูกรถชน แล้วถูกส่งไปที่โรงพยาบาล...(โรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง) หมอเย็บ 53 เข็มแล้ว ก็จะปล่อยให้กลับบ้านเลย ผมก็เลยขอให้ส่งตัวมาที่โรงพยาบาลจังหวัด มานอนอยู่ 2 คืน แต่ไม่มี

¹³ หลักประกันดังกล่าวเป็นทำนองเดียวกับกรณีการซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งประชาชนที่มีสุขภาพดีจำนวนไม่น้อยซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาทแต่ไม่ได้มีความจำเป็นต้องใช้ในชวงนั้น แต่เป็นการซื้อเผื่อไว้สำหรับกรณีป่วยหนัก

แพทย์มาดูแลเลย เนื่องจากรถที่มาชนมีประกันชั้น 1 ผมก็เลยขอย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนนอน อยู่ 6 วัน” --สุราษฎร์ธานี

หรือการแบ่งแยกตามฐานะ ชนิดของหลักประกันสุขภาพ หรือความสัมพันธ์

“ถ้าเป็นคนจน ห้องก็ไม่เคยว่าง” -สุราษฎร์ธานี

“ใครมีเงินมาก เบิกค่ารักษาได้ หรือเป็นญาติกับเจ้าหน้าที่ จะได้ยาดีกว่า” -สุราษฎร์ธานี

ความแตกต่างในด้านสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพ ทำให้สถานพยาบาลได้ ประโยชน์จากผู้ป่วยภายใต้โครงการต่าง ๆ ไม่เท่ากัน และอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน (unequal treatment) ถึงแม้ว่าความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพเสมอไป แต่การมี ทรัพยากรทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอที่จะให้การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง หรือการที่ทรัพยากรไป กระจุกตัวอยู่ในที่ใดที่หนึ่งมากกว่ากระจายอย่างเสมอภาค ก็ย่อมทำให้โอกาสที่โครงการนี้จะพัฒนา คุณภาพการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับคนไทยทั่วประเทศที่อยู่ในโครงการนี้จะ เกิดได้ยากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ทรัพยากรมนุษย์ที่ใช้ในระบบทั้งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังคง ถูกแบ่งไปนอกระบบ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาคุณภาพและความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการ เช่น คนไข้ที่ไปพบ แพทย์ที่คลินิกก่อน และแพทย์ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

“ถ้าไปคลินิกของหมอคนนั้น เมื่อเข้าโรงพยาบาลจะลัดคิวได้เลย แต่ถ้าไปโรงพยาบาลเลยต้อง ทำ บัตร ไขวเวลานาน” -- นครราชสีมา

หรือ

“รักษาฟรี แต่ต้องฝากพิเศษอีกสองพัน” --สุราษฎร์ธานี

หรือกรณีสถานีนอนามัยที่เปิดบริการนอกเวลา แต่ในช่วงนอกเวลาทำการนั้น ประชาชนก็ไม่กล้าไป ใช้บริการ เพราะเกรงว่าจะเป็นการรบกวนเวลาพักของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้ว่าสถานีนอนามัยจะประกาศว่าเปิด ทำการนอกเวลา และมีค่าเวรให้เจ้าหน้าที่ก็ตาม เพราะเมื่อมีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเปิดคลินิกนอกเวลา ทำการด้วย ประชาชนจึงมีความรู้สึกที่ตนต้องไปคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแทน (ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ คนเดียวกัน) ในกรณีดังกล่าวมาแล้วนี้ จะเห็นได้ว่าระบบที่ให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ต่ำและให้ไปหารายได้ พิเศษเอาเองนั้น มีโอกาสที่จะกลับมาส่งผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข ของรัฐได้เสมอ

อย่างไรก็ตาม โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เปลี่ยนแปลงการจัดระบบการให้บริการที่ชัดเจน ขึ้น และอาจเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ด้านสุขภาพของไทยที่ประชาชนทราบสิทธิ์ของตนเองชัดเจนขึ้น และผู้ให้บริการเริ่มปฏิบัติกับประชาชนในฐานะลูกค้าซึ่งควรได้รับการปฏิบัติที่ดี จากเสียงสะท้อนของ ประชาชนจำนวนไม่น้อยคือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดจาของเจ้าหน้าที่

“บริการดีขึ้นเอาใจคนป่วย เดียวนี้มีน้ำเสิร์ฟ” --นครราชสีมา

หรือ

“เมื่อก่อน (ก่อนโครงการ 30 บาท) เวลาไปเขาไม่ค่อยต้อนรับแต่เดี๋ยวนี้เขายิ้มต้อนรับดี” –
สระบุรี

และ

“สมัยก่อน ใครทาปากแดง นุ่งกระโปรงสั้นก็จะได้เรียกก่อน ถ้าเป็นคนจน ก็นั่งรอคิวไปแหละ” --
เชียงใหม่

หรือแม้กระทั่งความรู้สึกของประชาชนที่ไปโรงพยาบาลบางแห่งในภาคอีสาน

“ยาที่ได้เยอะขึ้น” -นครราชสีมา

ประชาชนส่วนหนึ่งให้เหตุผลที่มีการบริการดีขึ้นว่า

“30 บาทประกาศทั่วประเทศ รัฐบาลสั่งต้องอบรม (เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมทำให้บริการไม่
เหมาะสม) ใครบริการไม่ดีก็โดนย้าย”--เชียงใหม่

ในช่วงเกือบสามทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ขยายโครงการด้านหลักประกันสุขภาพมาโดย
ตลอด ตั้งแต่โครงการบัตรผู้มีรายได้น้อยที่เน้นการช่วยเหลือคนจน โครงการประกันสังคมสำหรับลูกจ้างใน
ระบบ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งประชาชนสามารถซื้อบัตรราคา 500 บาทสำหรับทั้งครอบครัว
โครงการ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่ขยายความครอบคลุมออกไปสู่ผู้สูงอายุ
เด็ก และนักบวช จนมาถึงโครงการ 30 บาท ซึ่งโครงการเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ
ของคนไทยมาเป็นลำดับ (อย่างน้อยก็ในด้านการรักษาพยาบาล) สำหรับโครงการ 30 บาทนั้น นอกจาก
จะขยายความครอบคลุมให้กว้างขวางยิ่งขึ้น และมีส่วนช่วยคลายความกังวลในการดำเนินการเงินในการไป
รับการรักษาที่สถานพยาบาลลงได้แล้ว เสียงจากประชาชนจากหลายพื้นที่ยังเห็นพ้องกันว่ามีการ
ปรับปรุงการให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม แต่ปัญหาด้านคุณภาพหรือความรวดเร็วในการได้รับการรักษายังเป็น
เรื่องที่ได้ยินอยู่เสมอๆ จนทำให้หลายคนยังไม่กล้าพึ่งโครงการนี้ในกรณีที่ป่วยหนักจริงๆ และเสียงบ่น
จากฝั่งผู้ให้บริการ รวมไปถึงปัญหาการจัดสรรงบประมาณของโครงการที่ปะทุขึ้นมาเป็นระยะ ก็ยังเป็นสัญญาณ
บอกเหตุว่าโครงการนี้ไม่ใช่โครงการที่ดำเนินไปอย่างราบรื่นเสียทีเดียว

แต่เสียงจากประชาชนบางเสียงก็ยังหวังว่าปัญหาที่มีอยู่จะคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น

“ต่อไปก็คงจะดีขึ้น .. นายกประกาศเพิ่มค่าหัวให้อีกร้อยละกว่าบาทแล้วนี่”--สระบุรี

บรรณานุกรม

- นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ. 2546. การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหาร หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญชญา ณ ระนอง. 2545. การติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ของกระทรวงสาธารณสุข. โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่ 1 (2544-45) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สายัน ทัดศรี และคณะ. 2546. ทศนคติของประชาชนที่ได้รับบัตรทองเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหาร หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุวัฒน์ ธนกรวัฒน์และคณะ. 2546. การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหารหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- อัญชญา ณ ระนอง. 2546. วิธีการวิจัย (Research Methods). กรุงเทพมหานคร: แสงสว่างเวิลด์เพรส.
- อัญชญา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง. 2545. การวิจัยประเมินผล: ปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.
- 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, Thailand Development Research Institute.