

เรื่อง

ความมั่นคงของมนุษย์

กลุ่มที่ 4

ความมั่นคงทางด้านสุขภาพอนามัย

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับ
ความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย

(The 30 Baht Health Care Scheme and Health Security in Thailand)

โดย

ผศ.ดร. อัญชญา ณะระนอง

คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ร่วมจัดโดย

มูลนิธิชัยพัฒนา

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และ

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

สารบัญ

	หน้า
1. บทนำ.....	1
2. วิธีวิจัย.....	2
3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	3
4. แนวคิดและประเด็นที่ศึกษา.....	3
5. ทางเลือกของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย.....	5
6. ปัจจัยที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชน.....	6
7. ปัญหาที่ประชาชนประสบ.....	12
8. ความคาดหวังของประชาชน.....	15
9. บทสรุปและนัยเชิงนโยบาย.....	16
บรรณานุกรม.....	20

สารบัญกรอบ

	หน้า
กรอบที่ 1 ชีวิตที่หมดทางเลือก.....	11

The 30 Baht Health Care Scheme, and Health Security in Thailand

Anchana NaRanong

Executive Summary

This paper is part of TDRI's research project "The Monitoring and Evaluation of Universal Health Care Coverage in Thailand." It 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. Our results are triangulated by comparing these qualitative results to those of questionnaires administered to larger samples, drawn from the same 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. The issue could still be problematic, as funding is not adequate and is not distributed evenly among the service providers.

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย¹

อัญชญา ณะหนอง²

1. บทนำ

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

หลักประกันสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงความมั่นคงในด้านสุขภาพที่สำคัญมากประการหนึ่ง แต่เมื่อพูดถึงหลักประกันทางด้านสุขภาพ เราไม่สามารถพิจารณาเฉพาะตัวระบบประกันสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในระบบเองนั้น มีปัจจัยอื่นๆที่ไม่ได้ออกแบบเอาไว้หรือไม่ได้ตั้งใจให้มีอยู่ในระบบ แต่ปัจจัยเหล่านี้ไปมีผลต่อทางเลือกของประชาชนในการรักษาความเจ็บไข้ของตนเอง ภาพของพฤติกรรมของผู้ให้บริการในฐานะผู้ที่อยู่เหนือกว่าผู้รับบริการก็เป็นส่วนหนึ่งที่ระบบไม่ได้ออกแบบไว้แต่ก็เป็นภาพที่มักจะมีผู้หยิบยกมาพูดถึงบ่อยๆ ในอดีต หรือภาวะที่คนจนรู้สึกถึงการขาดความคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่มั่นใจว่าจะหาที่รักษาได้ ทั้งๆ ที่รัฐเองก็มีระบบบริการสุขภาพที่ออกแบบมาคุ้มครองคนเหล่านี้ก็เป็นตัวสะท้อนถึงปัญหาความมั่นคงด้านสุขภาพที่กว้างกว่าตัวหลักประกันสุขภาพ

บทความนี้พยายามตอบคำถามว่า หลังจากที่มีความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการดำเนินโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” แล้วนั้น คนไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด และเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ซึ่งมีโครงการอื่นๆ เช่น สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรสุขภาพ 500 บาท) มากน้อยเพียงใด และที่ผ่านมา ประชาชนตอบสนองต่อโครงการต่างๆ

¹ บทความนี้เป็นผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการย่อยเรื่อง “ความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: มุมมองของประชาชน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA) และผู้อำนวยการหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาวิทยาลัย (MPPM) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ศูนย์การศึกษาสิริวิจิตร จังหวัดนครราชสีมา e-mail: anchana@nida.nida.ac.th

ของรัฐ (รวมทั้งโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรสุขภาพ และโครงการ 30 บาท) อย่างไร และปฏิริยาตอบสนองของประชาชนนำไปสู่พฤติกรรมการรักษาพยาบาล (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) และปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมรักษาพยาบาล (ระยะทางจากชุมชนไปสถานพยาบาล ความสะดวกในการเดินทาง และรายได้ เป็นต้น)

2. วิธีวิจัย

งานวิจัยนี้อาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบกับการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจาะลึกพฤติกรรมรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ศึกษา รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับกว้าง และถ่วงดุลย์ (check and balance) กับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากนักวิจัยที่อาจจะเจาะลึกในบางด้านหรือบางกลุ่มจนละเลยข้อมูลด้านอื่นไป วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การคุยกลุ่ม (focus group) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviewing) กลุ่มตัวอย่างบางคน โดยพยายามตรวจสอบข้อมูล (triangulate) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการทั้งสองวิธีและจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในชุมชน/หมู่บ้านและระหว่างชุมชน/หมู่บ้าน การคุยกลุ่ม focus group อาศัยคำถามจากแบบสอบถาม การวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเพื่อสอบถามพฤติกรรมรักษาพยาบาลของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย (ซึ่งรวมทั้งการปล่อยให้หายเอง ซื้อมาหรือรักษาแพทย์ทางเลือกอื่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลในระดับอื่น) และการจัดลำดับความคาดหวังของประชาชน บทความชิ้นนี้อาศัยข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ⁴ เป็นหลัก ยกเว้นในตอนที่ 6 และ 8 เรื่องพฤติกรรมการใช้บริการและความคาดหวังของประชาชน ซึ่งนำข้อมูลเชิงปริมาณเข้ามาประกอบด้วย⁵

³ ชุมชนบางแห่งที่ศึกษาในสามจังหวัดนี้เป็นชุมชนที่ผู้วิจัยเคยศึกษามาก่อนใน NaRanong (1998, 1999)

⁴ ข้อมูลเชิงคุณภาพในจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดนครราชสีมา (บางส่วน) เป็นข้อมูลจากการออกชุมชนของทีพาดรี จิตตรีพันธ์ และ focus group ในภาคใต้บางส่วนทำร่วมกับ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

⁵ ข้อมูลเชิงปริมาณในหัวข้อนี้เป็นข้อมูลจากรายงานการวิจัยของนักศึกษาระดับปริญญาโทภาคพิเศษ และการสำรวจและประมวลผลข้อมูลของนักศึกษาระดับปริญญาโทภาคปกติ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ที่ผู้เขียนเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างพยายามครอบคลุมตัวแปรที่จะมีผลทำให้ประชาชนเลือกการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันเมื่อเจ็บป่วย เช่นชุมชนเมืองและหมู่บ้านในชนบท ประชาชนที่ต้องใช้บริการของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาน้อยหรือโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง เช่น Hospital Accreditation (HA) หมู่บ้านที่มีสถานื่อนามัยที่ใกล้เดินทางสะดวกกับหมู่บ้านที่อยู่ไกลสถานื่อนามัย หมู่บ้านที่เข้าถึงทางเลือกอื่นๆ ในการรักษาพยาบาลได้ง่าย (เช่น คลินิก ร้านขายยา) และหมู่บ้านที่จำเป็นต้องพึ่งสถานพยาบาลของรัฐอย่างเดียว

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

4. แนวคิดและประเด็นที่ศึกษา

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

เรื่องการรักษาพยาบาล โครงการ 30 บาทได้สร้างความมั่นคงหรือความไว้วางใจแก่ประชาชนได้เพียงใด จากพฤติกรรมและความคาดหวังดังกล่าวเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปว่าหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจะเป็นหลักความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (health security) แก่คนไทยได้มากน้อยเพียงใด และเป็นหลักประกันสุขภาพที่คนไทยพึงพึงได้เพียงใด ประเด็นหลักๆ ที่ศึกษาได้แก่

- การใช้สิทธิ์หรือการไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาล
- การเลือกใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพตามการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน
- เหตุผลที่เลือกใช้หรือไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพที่มีอยู่
- การเลือกซื้อยากินเอง หรือรักษาโดยวิธีอื่น

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีบัตรทองในโครงการ 30 บาท ก็จะศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นดังต่อไปนี้

- ความถี่ของการใช้บริการก่อนและหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทและเหตุผล
- ความถี่และประเภทของการรับบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น 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 ต่อจากนี้เป็นการศึกษาเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นในประเด็นหลักๆ และตอนสุดท้ายจะเป็นบทสรุปและนโยบาย

5. ทางเลือกของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนมีทางเลือกตั้งแต่ไม่ทำอะไรปล่อยให้อาการเจ็บไข้หายเอง หรือรักษาด้วยตัวเองแบบง่าย ๆ โดยการนอน สนใจอาหารที่รับประทาน ทางเลือกนี้มักจะใช้เมื่อป่วยไม่มาก เมื่ออาการเล็กน้อยเปลี่ยนเป็นอาการมากขึ้นหรือ “ทำอะไรไม่ได้แล้ว” จนต้องพึ่งยา ประชาชนอาจจะซื้อยากินเอง สถานที่ซื้อยาอาจเป็นร้านขายของชำที่ขายยาแก้ปวดลดไข้ประเภท paracetamol หรือยาแก้หวัดสูตรผสม (เช่น ทิฟฟี) ซึ่งซื้อได้เป็นเม็ด ไม่ต้องซื้อเป็นแผงก็ได้ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย หรือถ้าต้องการยาที่หลากหลายขึ้นก็ไปซื้อยาที่ร้านขายยาใกล้หมู่บ้านหรือชุมชน ร้านขายยาในตลาด หรือคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ร้านขายยาแผนปัจจุบันบางส่วนมีเภสัชกรประจำ แต่มีเป็นส่วนน้อยและบางครั้งเภสัชกรที่มีงานประจำที่โรงพยาบาลก็อาจมาอยู่ร้านเฉพาะช่วงเย็น ในส่วนของสถานพยาบาลรัฐ ประชาชนในชนบทนิยมซื้อยาที่สถานีอนามัยโดยใช้สิทธิ์ที่มีอยู่ หรือขอหรือซื้อยาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁶ ประชาชนในเมืองอาจไปศูนย์สาธารณสุขของเทศบาล หรือขอมาจาก อสม. สำหรับการรักษาด้วยสมุนไพร พบประชาชนในบางพื้นที่ เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่ ซื้อสมุนไพรตามตลาดนัดกินแก้เบาหวาน ปวดเมื่อย ประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์นิยมการรักษาแบบพื้นบ้านโดยหาหมอสุมไพรในหมู่บ้าน

เมื่อต้องการพบแพทย์⁷ ทางเลือกของประชาชนในเมืองมักเป็นคลินิก สำหรับในชนบทที่มีการคมนาคมสะดวกและมีคลินิกอยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้าน ประชาชนที่มีรายได้พอที่จะเสียค่าบริการที่คลินิกได้ก็มักนิยมไปคลินิกกัน บางครั้งถ้าตรงเสาร์-อาทิตย์ประชาชนก็อาจไปคลินิกแทนการไปสถานีอนามัย (ซึ่งมักจะไม่ได้เปิดแบบเป็นทางการ) คลินิกในชนบทอาจเป็นคลินิกที่เปิดโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย คลินิกที่เปิดโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือพยาบาลมักจะตั้งอยู่ในหมู่บ้านหรือในพื้นที่ห่างไกล ขณะที่คลินิกที่เปิดโดยแพทย์มักตั้งอยู่ในอำเภอหรือในเมือง สำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยมักไปใช้สิทธิ์บัตร 30 บาทที่โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลรัฐระดับอำเภอ) มีส่วนน้อยที่ข้ามเขตไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนมากการข้ามเขตจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยประเมินว่าโรคหรืออาการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนรักษาไม่ได้ ซึ่งการประเมินว่ารักษาไม่ได้มีทั้งปัจจัยที่มาจากแพทย์ (เช่น “โรงพยาบาลมีแต่หมอเด็ก” ซึ่งหมายถึงแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ที่ยังมีประสบการณ์น้อย หรือในช่วงนอกเวลาราชการซึ่งหลายโรงพยาบาลไม่มีแพทย์อยู่ประจำ) หรืออาจเป็นปัญหาที่โรงพยาบาลอาจมีเครื่องมือไม่เพียงพอในการรักษาโรคนั้น บางครั้งการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนมากจะเป็นกรณีโรคที่ไม่ฉุกเฉินหรือโรคเรื้อรัง (ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมักส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงกว่าภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดไว้ชัดเจนเช่นภายในระยะเวลา 2 เดือน) สำหรับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองหรือมีสิทธิ์ที่เบิกได้ มักจะข้ามไปรักษาที่อื่นเนื่องจากประชาชนกลุ่มนี้เชื่อว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าโรงพยาบาลชุมชน

⁶ อสม. ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีให้ข้อมูลว่าหน้าที่ของอาสาสมัครคือให้ยา ซึ่งมักเป็นยาสามัญประจำบ้านทั่วไป เช่น หวัด ท้องเสีย ท้องอืด ท้องเฟ้อ ยาทา ชาวบ้านจะไปหาเมื่อต้องการยาพื้นบ้าน อาสาสมัครที่ไม่สามารถตรวจเบาหวานได้ มีเครื่องวัดความดัน 1 เครื่อง งานที่ทำคือ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก หยอดยา วัดความดัน และงานทางด้านสุขภาพอื่น เช่น ลูกน้ำยุงลาย

⁷ ในปัจจุบัน สถานีอนามัยบางแห่งมีบทบาทเป็น PCU ของโรงพยาบาลชุมชนและมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นบางครั้ง บางคราว ซึ่งส่วนมากเป็นคลินิกที่ใช้ follow up ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหรือตรวจโรคเรื้อรังเช่นเบาหวาน

โดยประชาชนที่สามารถใช้สิทธิ์สวัสดิการข้าราชการมักจะนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

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

ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกต่างๆ ในด้านการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้ต่างจากในอดีตมากนัก (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในตอนที่ 6)

6. ปัจจัยที่กำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลของประชาชน

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลตัวแปรแต่ละตัวไม่ได้มีส่วนกำหนดอย่างโดดเด่น ในบางครั้งก็มีความสัมพันธ์กันด้วยเช่น รายได้และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาลกับการเลือกสถานพยาบาล สำหรับปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ ไม่มีผลทำให้การเลือกสถานพยาบาลแตกต่างกันมากนัก และตัวแปรด้านการศึกษาแม้มีความสัมพันธ์กับระดับรายได้

รายได้

รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชาชนสองทางใหญ่ๆ คือ ประการแรก ระดับรายได้ที่แตกต่างกันทำให้เลือกสถานพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย และประการที่สอง เวลาที่ใช้ในการรอรับบริการมีผลกระทบต่อรายได้ ประชาชนผู้ที่ต้องหาเข้ากินค่ำมักจะไม่ต้องรอ และกลุ่มที่มีรายได้สูงก็ไม่ต้องรอเช่นเดียวกัน จึงเหลือแต่กลุ่มที่การรอไม่กระทบการทำงานมาก (ซึ่งมีอยู่ในทุกระดับรายได้) หรือกลุ่มที่รอได้ด้วยเหตุผลอื่นๆ หรือกลุ่มที่จำเป็นต้องรอ เช่น ป่วยหนักหรือไม่มีทางเลือกอื่น

สถานพยาบาลของรัฐแทบเป็นที่พึ่งทางเดียวของประชาชนที่มีฐานะยากจนมาก ประชาชนกลุ่มนี้หาเข้ากินค่ำซึ่งส่วนมากจะมีอาชีพรับจ้างทั่วไปตามแต่จะมีคนมาจ้างหรือไม่ จะให้ความสนใจกับการเจ็บป่วยของตัวเองมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยหนึ่งวันอาจหมายถึงการอดอาหารของตนเองและครอบครัวในวันนั้น เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย คนกลุ่มนี้มักจะไปที่สถานอนามัยเพื่อขอยาหรืออาจซื้อยาที่ร้านขายของชำ ซึ่งสามารถซื้อจำนวนน้อยเป็นเม็ดหรือสองเม็ดได้ สำหรับประชาชนที่มีฐานะยากจนแต่ไม่ถึงกับหาเข้ากินค่ำ และประชาชนกลุ่มที่มีฐานะปานกลาง อาจจะพยายามรักษาตนเองแบบง่าย (เช่นการพักผ่อน) ไปก่อน ถ้าไม่หายจึงเริ่มหาซื้อยามากิน สถานที่ที่ไปซื้อยามากินเองขึ้นกับรายได้ ถ้ารายได้น้อยมักไปที่สถานอนามัย (ซึ่งชาวชนบทมักมองเหมือนกับเป็นร้านขายยาในชนบท) ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้นก็อาจซื้อยาที่ร้านขายยา ซึ่งถ้าเป็นชนบทก็หมายความว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นด้วย แต่ถ้า

เป็นคนที่อยู่ในเมืองก็จะหาร้านขายยาได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนในชนบทจำนวนหนึ่งยังนิยมซื้อยาที่คลินิกที่เปิดโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในหมู่บ้าน โดยให้เหตุผลว่ามียาเหมือนกับที่ขายในร้านขายยาและไม่ต้องเสียค่าเดินทางออกไปนอกหมู่บ้าน ในบางครั้งเมื่อนอกเวลาราชการ ถึงแม้ว่าโดยหลักการแล้วสถานีอนามัยจะยังเปิดทำการอยู่⁸ แต่ถ้ามีคลินิกเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปิดอยู่ในหมู่บ้าน ชาวบ้านก็มักจะเกรงใจเกินกว่าที่จะไปเคาะประตูบ้านของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร และมักจะไปที่คลินิกแทน

เมื่อการรักษาด้วยตนเองไม่ได้ผล ก็จะเริ่มไปพบแพทย์ ประชาชนที่มีเงินมักไปพบแพทย์ที่คลินิก ประชาชนในเมืองสามารถไปคลินิกได้ง่าย เนื่องจากมีคลินิกอยู่ทั่วไป แต่ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลบางอำเภอจะไม่มีคลินิกที่มีแพทย์ (หรือพยาบาล) เลย ในกรณีนี้ชาวบ้านมักจะไปโรงพยาบาลชุมชน คลินิกส่วนมากเป็นคลินิกของแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นการไปคลินิกคือการไปพบแพทย์ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลของรัฐนั่นเอง⁹ แต่เป็นการพบนอกโรงพยาบาลและ(มักจะเป็น)นอกเวลาราชการ คลินิกในต่างจังหวัดมักจะเปิดช่วง 7 โมงเช้าถึง 8.30 น. และช่วงเลิกงาน 4 โมงเย็นถึงสองทุ่มหรือดึกกว่านั้น บางคลินิกเปิดอีกครั้งในช่วงพักเที่ยง ในเมืองใหญ่หรือกรุงเทพมหานคร คลินิกจะมีลักษณะหลากหลายมากกว่ามาก และแพทย์ก็อาจจะไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนหรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการเลยก็ได้ เหตุผลที่ชาวบ้านเลือกไปคลินิกแทนที่ๆที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า (เนื่องจากไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพได้) ได้แก่

“ไปโรงพยาบาลไม่ค่อยพบหมอใหญ่” – ระเบียบ, สุราษฎร์ธานี

แต่ต้องพบกับแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์จบใหม่ ซึ่งบางครั้งไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรค ทำให้รักษาไม่หาย¹⁰

บางครั้งการเลือกไปคลินิกก็เป็นเหตุผลด้านความรวดเร็วที่ไม่ต้องรอคิวนาน เช่น ประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีบอกว่า

“ถ้าป่วยหนักจะไปคลินิกใช้เวลาในการรอพบแพทย์ไม่เกิน 1 ชั่วโมง”

การที่การไปคลินิกทำให้สามารถพบแพทย์ได้เร็วขึ้น ประชาชนบางส่วนจึงไปที่คลินิกแทนที่จะไปที่โรงพยาบาลเมื่อป่วยหนัก เพราะมันใจว่าเมื่อ “ถึงมือหมอ” แล้ว จะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในที่ที่เหมาะสมและรวดเร็วกว่าไปรอคิวที่โรงพยาบาล ซึ่ง

“ถ้ามีเวลารอถึงจะไปโรงพยาบาล ใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง” – สุราษฎร์ธานี

ประชาชนบางส่วนเมื่อเจ็บป่วยจึงซื้อยารับประทานเองเพราะ

“ถ้าไปหาหมอก็ต้องใช้เวลาานาน” – สุราษฎร์ธานี

⁸ การทำงานนอกเวลาราชการของสถานีอนามัย ในหลายที่จะไม่เปิดตึกสถานีอนามัยเหมือนในเวลาราชการ แต่ชาวบ้านสามารถไปเคาะประตูบ้านพักของเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร ซึ่งจะพักอาศัยอยู่ใกล้เคียงหรือบริเวณเดียวกับสถานีอนามัยได้

⁹ ยกเว้นในกรณีแพทย์ที่เกษียณแล้ว หรือลาออกมาทำคลินิกเต็มตัว (แต่ในกรณีหลังมีน้อยมาก)

¹⁰ บางครั้งหมอใหญ่ที่ชาวบ้านพูดถึงคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งทำงานทางด้านบริหารด้วย

บางรายจึงไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักเท่านั้น และบางรายก็เจอเสียงบ่นของแพทย์เพราะไปหาเมื่อป่วยหนักแล้วว่า

“เวลาเป็นน้อยๆ ไม่มาหา จนต้องหามถึงจะมา” -- สระบุรี

ในกรณีที่จำเป็นต้องพบแพทย์เร็ว ประชาชนทุกระดับรายได้เลือกทางเลือกที่จะเข้าถึงแพทย์ได้เร็วที่สุด (รวมทั้งไปโรงพยาบาลเอกชน) กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าจะสามารถเลือกแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญได้มากขึ้น ในส่วนผู้มีรายได้สูงหรือผู้ถือสิทธิ์บัตรข้าราชการที่พบในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่าเมื่อต้องการพบแพทย์จะไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใหญ่เลย โดยไม่ไปโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสระบุรี ประชาชนที่มีฐานะดีที่อยู่ใกล้ตัวเมืองจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนโดยตรง สำหรับประชาชนที่มีรายได้ไม่สูงนัก ก็อาจไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนก่อนถ้าไม่เชื่อมั่นคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ แต่เมื่อเงินหมดก็ต้องกลับมาอนโรงพยาบาลชุมชน

• สิทธิในการรักษาพยาบาล

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีอยู่กำหนดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละบัตร ประชาชนตระหนักถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายครั้งจะไม่ทราบชัดเจนถึงรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของบัตรของตนเองถือ การมีบัตรสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลทำให้การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย เช่น ข้าราชการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์ โดยไม่ไปที่โรงพยาบาลชุมชน ก่อนเป็นต้น จากการทำการคุยกลุ่ม focus group ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (หลายกลุ่ม) พบว่าประชาชน 3 คน จาก 31 คน จะไม่ใช่สิทธิ์ที่มีอยู่แต่จะจ่ายเงินเอง หนึ่งในสามคนนี้มีสิทธิ์ข้าราชการจะจ่ายเงินเอง (โดยไม่ไปเบิก) เมื่อค่าใช้จ่ายไม่มาก คนที่สองมีบัตร 30 บาทแต่จ่ายเงินเองเพราะว่าต้องการการบริการที่เร็วกว่า คนที่สามมีบัตร 30 บาทเช่นเดียวกันแต่จ่ายเงินเองเพราะคิดว่าจะทำให้ได้ยาดีกว่า

• ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

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

ระยะทางเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการใช้บริการสถานื่อนามัย ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานื่อนามัยหรือมีสถานื่อนามัยในหมู่บ้านจะใช้บริการของสถานื่อนามัยมากกว่าประชาชนที่อยู่ไกล โดยประชาชนที่อยู่ไกลอาจใช้ทางเลือกอื่นแทนเช่นซื้อยาที่ร้านขายยาหรือคลินิก ดังนั้นประชาชนที่มีรายได้น้อย ก็อาจใช้บริการที่คลินิกก็ได้ถ้าการเดินทางไปสถานื่อนามัยต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ในทำนองเดียวกัน การไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ขึ้นกับระยะทางและความสะดวกในการเดินทาง ถ้าเดิน

ทางสะดวกหรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ประชาชนก็อาจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแทนการไปศูนย์เทศบาลหรือสถานีอนามัย

การตัดสินใจว่าจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือไม่ ถึงแม้ในบางครั้ง ระยะทางจากหมู่บ้านไปโรงพยาบาลจะไกลมาก แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยมากจนผู้ป่วยหรือญาติพี่น้องคิดว่าต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องผ่าตัดหรือต้องพักรักษาตัว เมื่อยามที่ต้องพึ่งโรงพยาบาลจริงๆ ก็จะไปกัน แต่ในยามปกตินั้นประชาชนบางส่วนหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรอนาน

“ไปโรงพยาบาลต้องเสียเวลาอย่างน้อยครึ่งวัน ถ้าต้องการเร็วจะต้องไปตั้งแต่ตี 5 ถ้าไป 3 โมงเช้าป่วย 3 ถึงจะได้พบหมอ” -สมุทรรปราการ

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

“เขา (คลินิก) เรียกเก็บค่ารักษาแพงก็จริง แต่ขึ้นรถโดยสารมันถูก ไปกลับ 40 บาท รวมค่ายาคลินิก 200 รวม 240 บาท แต่ถ้าไป รพ.เสียค่ารักษา 30 บาทจริง แต่เสร็จเช้าต้องเหมารถกลับ 150-300 และบางที่ก็รักษาไม่หาย” -บุรรัมย์

เมื่อถามความคิดเห็นของประชาชนว่าตั้งแต่มีโครงการ 30 บาทไปใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยไม่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ ประชาชนส่วนใหญ่บอกว่าไม่เพราะไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่ยอมเข้าไปในโรงพยาบาลเนื่องจากสถานที่ไม่น่าอยู่และไม่น่าไป

“มีสถานที่สามแห่งที่ไม่อยากไป: โรงพยาบาล โรงพัก และเรือนจำ” -สุราษฎร์ธานี

“คนเราไม่อยากไปโรงยาถ้าไม่เป็นอะไร” -เชียงใหม่

“ถ้าโรงแรมอยากเข้า โรงพยาบาลกับโรงพักไม่อยากเข้า” -เชียงใหม่

นอกจากนี้ถึงแม้การไปใช้บริการจะเสีย 30 บาท (หรืออาจจะไม่เสียค่าบริการเลยในกรณีที่มีบัตร 30 บาทหมวด ท) แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้นถ้าไม่ได้เจ็บป่วยก็ไม่คิดจะไปโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามพบว่าในแต่ละพื้นที่จะมีประชาชนบางคนระบุว่าไปรับบริการเพิ่มขึ้นหลังจากที่มีโครงการ และประชาชนอีกจำนวนหนึ่งหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น

. สภาวะหรือลักษณะโรค

จากการพูดคุยกับชาวบ้านในแทบทุกคน ผู้วิจัยพบว่าชาวบ้านมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะตัดสินใจต่อว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าชาวบ้านคาดการณ์ว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็จะปล่อยให้หายเอง แต่ถ้ามีอาการที่ชาวบ้านคิดว่าไม่สามารถหาย

เองได้ก็จะเริ่มป่วย ถ้าต้องการยาสามัญหรือปริมาณยาไม่มากก็จะพึ่งร้านขายของชำ ถ้าคิดว่ามีความรุนแรงขึ้นก็จะไปที่ร้านขายยา แต่ถ้ารักษาไม่หายหรือมีอาการมากจน “ลุกไม่ค่อยไหว” หรือ “ลุกไม่ไหว” จึงไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หาย และ/หรือไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร

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

. กลุ่มอายุของผู้ป่วย

ในหลายพื้นที่ที่สำรวจพบแบบแผนการเลือกวิธีรักษาพยาบาลสำหรับเด็กในลักษณะเดียวกันคือ เมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองจะพาเด็กไปรับการรักษาที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว ซึ่งส่วนมากมักจะเป็นคลินิก ด้วยเหตุผลต่างๆ นานา เช่น เด็กพูดไม่รู้เรื่อง ดังนั้นจึงไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นมากน้อยเพียงใด เด็กร้องไห้เสียงดังทำให้ตกใจ เด็กเล็กมักจะไม่สบายในช่วงเย็นหรือกลางคืน ผู้ปกครองอยาก让孩子หายเร็วที่สุดเพราะการมีเด็กไม่สบายอยู่ในบ้านทำให้ต้องคอยดูแลตลอดเวลา เป็นต้น ในจังหวัดสระบุรีที่ไปสำรวจพบว่าเด็กจะไปรับการรักษาที่คลินิกเป็นประจำ บางครั้งการไม่สบายตรงเสาร์-อาทิตย์ ก็ไม่กล้ารบกวนเจ้าหน้าที่เพราะเป็นวันหยุดพักผ่อน แต่ถ้าเป็นผู้ใหญ่ถ้าไม่เป็นมากก็จะรอไปสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลในวันเปิดราชการ

การรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุจะต่างจากเด็ก เมื่อผู้สูงอายุต้องการใช้บริการมักไปโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน ประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุไม่ค่อยเร่งด่วน เป็นอาการที่รอได้และค่อยเป็นค่อยไป และมักจะรอดตามประสานแก่เฉาชรา ในขณะที่ผู้สูงอายุเองก็มักให้ความเห็นว่าไม่อยากจะรบกวนลูกหลานในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ ซึ่งมักเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าความรวดเร็วในการรับบริการ

กรอบที่ 1 ชีวิตที่หมดทางเลือก

คุณยายมีปัญหาหลอดเลือดในสมองทำให้บางส่วนของร่างกายเป็นอัมพาต อัมพาตท่อนล่างเกิดขึ้นมา 7 ปี แล้ว คุณยายเป็นอัมพาตที่แขนอีกข้างหนึ่งข้าง จึงมีเพียงแขนข้างเดียวที่ใช้ได้ แต่เนื่องจากไม่ได้ใช้งานแขนจึงไม่แข็งแรงนัก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งไม่สามารถแบได้ คุณยายอาศัยอยู่กับคุณตา มีหลานเรียน ม.5 ที่ลูกสาวฝากมาเข้าโรงเรียนแถวหมู่บ้านอยู่ด้วยอีกหนึ่งคน บ้านของคุณยายเป็นบ้านยกพื้นใต้ถุนสูงเหมือนบ้านในชนบททั่วไป คุณยายอยู่ชั้นสองและไม่ได้ลงมาชั้นล่างของบ้านนานเป็นปีแล้วเนื่องจากเป็นอัมพาต คุณยายพยายามลงจากชั้นบนครั้งหนึ่งตอนที่คุณตาออกไปทำงาน แต่ตกจากบันได ริมฝีปากไปกระแทกกับขอบอ่างล้างเท้าริมบันได ยังมีรอยแผลเป็นแนวกว้างให้เห็นอย่างชัดเจน วันนั้นคุณยายล้มในท่าคว่ำหน้าจนถึงเวลาเย็นที่คุณตาดกกลับจากทำงาน คุณตาบอกว่าโชคยังดีที่หน้าไม่ทิ่มลงในน้ำ หลังจากนั้นคุณตาห้ามคุณยายเคลื่อนไหวไปไหนเด็ดขาดโดยเฉพาะการลงไปชั้นล่าง โดยบังคับให้คุณยายนอนอยู่ในมุ้งตลอดเวลา วันที่นักวิจัยไปเยี่ยมนั้น คุณยายนอนอยู่ในมุ้งสี่เหลี่ยมๆที่ปิดมิดชิดในบ้านที่ค่อนข้างมืด มีกลิ่นปัสสาวะของคุณยายฉุนมากจนแสบจมูก คุณตามีหน้าที่ดูแลอาหารการกินซึ่งคุณยายกินได้ไม่มีปัญหา ตอนเย็นหลานจะกลับมาช่วยอาบน้ำ เวลาถ่ายหนักก็จะไปถ่ายด้านหลังของบ้านที่เจาะรูไว้ แต่คุณยายถ่ายเองไม่ได้ ต้องใช้วิธีคว่ำทวาร แต่ถ่ายเบาจะถ่ายไปเลยบนที่นอน สังเกตได้จากกลิ่น จากสภาพผมเผ้ารุงรังและกลิ่นที่ฉุนจนแสบจมูก คุณยายคงไม่ได้รับการดูแลที่ดีเท่าที่ควร

สุขภาพจิตของคุณยายค่อนข้างแย่ แกร้งให้ตลอดเวลา และบ่นถึงสภาพอัมพาตที่เป็นอยู่ และขอให้ช่วยพาออกจากบ้านบ้าง เมื่อถามถึงลูกของตายายที่มีอยู่ 3 คน คุณตาบอกว่ามาเยี่ยมบ้าง เช่น ลูกคนกลางมาปีละ 2 ครั้ง มาเยี่ยมแต่ละครั้งก็ให้ 500-1,000 บาท ลูกๆ เคยพาคุณยายไปรักษาที่หมอมหาวิทยาลัยสมุนไพรรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายและค่าดูแลวันละ 100 บาทในช่วงที่คุณยายยังไม่ได้เป็นมาก แต่คุณยายหกล้มและมีอาการอัมพาตมากขึ้น ลูกๆ จึงนำตัวกลับมาบ้าน หลังจากนั้นก็ไม่มีการติดต่อไปไหนเลย โรงพยาบาลจังหวัดมีกายภาพบำบัดในวันเสาร์ แต่คุณตาบอกว่าต้องเสียค่าเดินทางมาก ถึงแม้ลูกชายมีรถและอยู่ไม่ไกลแต่ก็ทำงานในวันเสาร์ คุณตาและลูกทุกคนมีความคิดแบบเดียวกันว่าทำอะไรไม่ได้แล้ว จากการสอบถามชาวบ้านที่ไปด้วยพบว่ามีแก้อี๋เซ็นที่ใช้การได้อยู่ที่วัดที่จะยืมมาใช้ได้ แต่คุณตาบอกว่าไม่สามารถยกคุณยายลงไปได้ เมื่อถามชาวบ้านว่าจะพอมีผู้ชายที่พอจะมาช่วยคุณตา ยกคุณยายลงหรือไม่ ชาวบ้านบอกว่ามี แต่คุณตาก็ยังยืนยันเหมือนเดิมว่าทำไม่ได้ คุณยายเรียกคุณตาว่าช่วยไปเอารถเข็นที่วัดมาให้ด้วย แต่ดูเหมือนคุณตาจะไม่ได้ให้ความสนใจในคำร้องขอมากนัก

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

ชาวบ้านมองว่าตายายคู่นี้ถึงจะจน แต่ลูกหลานหลายคน มีรถ ไล่ทอง ทำให้ชาวบ้านไม่อยากจะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ

สองเดือนผ่านไป คุณยายก็ยังไม่มียรถเข็นและยังอยู่ในสภาพเดิม

ผู้สูงอายุบางส่วนยังปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบัน ที่หมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งการเดินทางไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบากเนื่องจากมีรถประจำทางเข้าออกหมู่บ้านเพียงวันละครั้งในช่วงก่อนเที่ยง และหมู่บ้านถูกตัดขาดจากโลกภายนอกเนื่องจากน้ำท่วมปีละ 1-2 เดือน ชาวบ้านจะพึ่งพิงหมอสมุนไพรเป็นหลัก ถ้าจำเป็นก็อาจไปสถานีนามัย แต่ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ผู้สูงอายุหลายคนจะไม่ยอมไปพบแพทย์สมัยใหม่เลย มีผู้สูงอายุประมาณ 60 ปีคนหนึ่งถูกไฟลวก แต่ไม่ยอมรักษาแผนปัจจุบันเนื่องจากกลัวการถูกตัดผิวหนัง ขณะเดียวกันญาติพี่น้องก็บอกว่าไม่มีเวลาไปเฝ้าไข้และพาไปไว้อีกหมู่บ้านหนึ่งเพื่อหลบการติดตามของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้จะมีรถโรงพยาบาลเข้าไปรับ ก็ยังไม่ยอมไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตในเวลาต่อมา แต่หมู่บ้านนี้อาจจะต่างจากหมู่บ้านส่วนใหญ่ โดยจะเห็นได้ว่าเด็กที่อยู่ในหมู่บ้านนี้ (ซึ่งส่วนใหญ่อยู่อายุประมาณ 6 ขวบขึ้นไป) ประมาณ 8 ในทุก 10 คนคลอดกับหมอดำแย (ชาวบ้านบางส่วนฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่แต่เวลาคลอดก็คลอดกับหมอดำแย)

ข้อมูลที่ประชาชนมี

ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ โรงพยาบาล หรือจำนวนเงินที่ต้องจ่าย เป็นต้น มีส่วนในการกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาลหรือการตัดสินใจว่าจะไปรับการรักษาหรือไม่ การรู้สึกของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้มีส่วนในการเพิ่มข้อมูลค่อนข้างชัดเจน ถึงแม้ข้อมูลในการประชาสัมพันธ์บางครั้งจะมุ่งในการประชาสัมพันธ์จนบางครั้งไม่ได้ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนก็ตาม นอกจากนั้น ข้อมูลที่กระจายกันในหมู่บ้านหรือเพื่อนบ้านในชุมชนก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือกเช่นโรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ประชาชนในแถบนั้นจะไม่กล้าไป เนื่องจากคนในหมู่บ้านหลายคนรักษาแล้วไม่หายและเสียชีวิตในที่สุด หรือการที่รู้จักใครในสถานพยาบาลนั้น ซึ่งอาจเป็นเพียงการรู้จักเจ้าหน้าที่ทั่วไปเช่นเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ก็มีส่วนในการกำหนดทางเลือกเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่กำหนดการตัดสินใจใช้บริการ เช่นลักษณะส่วนบุคคลหรือทัศนคติในเรื่องการรักษาพยาบาล บางครอบครัวให้ความเห็นว่า

“ถ้าปล่อยไว้นาน จะนานหาย” -สระบุรี

(ถ้าปล่อยไว้นานโดยไม่รักษา ก็จะหายช้า)

คนที่ให้ความสนใจกับสุขภาพก็อาจไปพบแพทย์เร็วกว่า ครวี่เรือนที่มีรถ (รถยนต์หรือจักรยาน) ก็มีแนวโน้มที่จะไปพบแพทย์เมื่อเริ่มป่วยมากกว่าครวี่เรือนที่ต้องพึ่งรถของเพื่อนบ้านหรือต้องเสียค่ารถในการเดินทาง หรือทัศนคติเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาลก็มีผลต่อทางเลือกและสถานพยาบาลที่เป็นต้น

7. ปัญหาที่ประชาชนประสบ

ปัญหาที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้เป็นปัญหาที่ประชาชนกล่าวถึงแล้วซ้ำแล้วซ้ำเล่าในหลายพื้นที่ ปัญหาเหล่านี้จึงน่าจะสะท้อนประสบการณ์และความคิดเห็นของประชาชนได้ไม่มากนัก

1. รับการรักษาพยาบาลแล้วไม่หาย มีโรงพยาบาลบางแห่งที่ชาวบ้านในละแวกนั้นสรุปว่ารักษาไม่หายเนื่องจากมีหลายกรณีที่ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลอื่น ถึงแม้การบริการของโรงพยาบาลจะดีก็ตาม จึงเป็นที่เลื่องลือในหมู่บ้านในเรื่องการรักษาแล้วไม่หาย ส่วนหนึ่งของการรักษาไม่หาย ชาวบ้านคิดว่าเกิดจากแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ ไม่ค่อยมีประสบการณ์ ในขณะที่แพทย์ที่มีประสบการณ์ก็ไม่ค่อยอยู่ที่โรงพยาบาล

2. ประชาชนจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับข้อมูลทั้งในด้านการรักษาและในด้านสิทธิ์ของตนเอง หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ได้รับทราบข้อมูลและสิทธิ์ของตน แต่เมื่อพูดขึ้นมาแล้วได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ ประชาชนก็รู้สึกว่าจะต้องเป็นไปตามนั้น

ผู้ป่วยหลายคนต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการป่วยที่เป็นอยู่เนื่องจากแพทย์ไม่ให้ข้อมูลว่าเป็นอะไร ขณะที่กินยาแล้วไม่หาย ยายคนหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์บอกว่า

“ต้องการให้เขาบอกอย่างเดียว อย่างเช่นว่า ไม่มีทางหายก็ขอให้บอกตรงๆ” –บุรีรัมย์

บางครั้งผู้ป่วยมานอนอยู่ในโรงพยาบาล 3-4 วันแล้วกลับบ้านไปผู้ป่วยก็ยังไม่ทราบว่าป่วยเป็นอะไร ถึงแม้ผู้ป่วยจะถามแล้วแต่ก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน นอกจากในเรื่องโรคที่ป่วยและวิธีการรักษาซึ่งประชาชนมักรู้สึกว่าแพทย์ไม่ได้บอกให้ทราบหรือเข้าใจแล้ว ประชาชนบางคนยังไม่มีข้อมูลเรื่องสิทธิ์ของตนเองหรือแม้ในกรณีที่ประชาชนพอจะทราบสิทธิ์ของตัวเอง แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ยอมให้ใช้สิทธิ์ ประชาชนก็เกรงกลัวเกินกว่าที่จะโต้เถียงได้ เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งโดยหลักการแล้วสามารถรับการรักษาพยาบาลฟรีทั้งก่อนและหลังโครงการ 30 บาท แต่ยังพบผู้สูงอายุอายุ 69 ปี ที่ตั้งความหวังไว้ว่า

“อยากให้ช่วยเหลือทางการเงิน แกแล้วอยากให้รักษาฟรี” –บุรีรัมย์

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

“เมื่อวันนั้น ไปใส่ผ้าเกลือ 1 กระปุก ฉีดยา 1 เข็ม มีบัตรทอง .. หยอดเงินไป 70 บาท เขาบอกว่าไม่ใช่ของอนามัย หมอ (เจ้าหน้าที่สถานอนามัย) บอกว่าเป็นของคลินิก (คลินิกของเจ้าหน้าที่) ยาในอนามัยเขาไม่มี ยาขาด ถ้าจะเอาอนามัยต้องรออีกสองสามวัน” –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 ในหมู่บ้าน

ที่ประชาชนค่อนข้างยากจน (ครึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้านมีบัตรทอง ท.) ก็ยังถูกเจ้าหน้าที่แบ่งอีกว่าใครจะจนกว่าใครและใครควรจะถูกรเรียกเก็บเงินหรือไม่¹¹

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

3. ประชาชนที่ไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยบางแห่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นหลังจากที่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เช่น แต่เดิมเมื่อไปรับยาที่สถานีนอนามัยเคยเสีย 10-20 บาท แต่ปัจจุบันต้องเสีย 30 บาทซึ่งแพงขึ้น หรือไปวัดความดันก็ต้องเสีย 30 บาท

“มันแพงขึ้น เวลาไปเอายาพาราเสีย 30 บาท มันก็แพง”--สระบุรี

4. ประชาชนบางกลุ่มประสบปัญหาการรอรับบริการของโรงพยาบาลที่ข้ามจังหวัดไปใช้คลินิกแทน เพราะไม่สามารถรอได้เนื่องจากต้องกลับไปเฝ้าลูกหลาน สัตว์เลี้ยง หรือกลับไปทำงาน หรือการรอหมายถึงเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้นเพราะไม่มีรถประจำทางเดินทางกลับหมู่บ้านในวันนั้น แต่สำหรับประชาชนที่รอได้ ให้ความเห็นว่า

“เรื่องซำก็เป็นเรื่องปกติอยู่แล้วเขาก็ทำตามคิว เราจะไปลัดคิวได้ไง”--นครราชสีมา

หรือ

“รอจนชินแล้ว”--นครราชสีมา

หรือ บางครั้งอาจได้รับบริการหรือการต้อนรับขับสู้ที่ไม่ทัดเทียมกัน เช่น เจอเจ้าหน้าที่ที่เชื้อเชิญและหาที่นั่งให้คนไข้บางคน แต่บอกผู้มีบัตร 30 บาทว่า

“30 บาทเหอ ไปนู่น....เลย.”--สุราษฎร์ธานี

ประชาชนบางคนพยายามอธิบายว่าปัญหาทั้งหมดนี้เกิดจาก

“โรงพยาบาลใหญ่ขึ้น แต่หมอน้อยลง”--สุราษฎร์ธานี

5. โรงพยาบาลอำเภอบางแห่งประสบปัญหาการเงิน งบประมาณที่ได้ไม่พอซื้อยาเวชภัณฑ์ ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่มีทางออกมากนักต้องพึ่งโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอจึงมีความสำคัญค่อนข้างมาก เมื่อโรงพยาบาลพยายามตัดค่าใช้จ่าย ประชาชนในแถบนั้นจึงได้รับผลกระทบโดยตรงและพบกับเหตุการณ์เหล่านี้

“ลุงจะกินเป็นอาชีพหรือไง” - สระบุรี

(คนไข้ที่เป็นโรคกระเพาะและจำเป็นต้องไปพบแพทย์บ่อยเพื่อขอยา)

¹¹ กรณีนี้คล้ายกับสถานการณ์ที่ผู้วิจัยเคยพบที่สถานีนอนามัยบางแห่งในภาคเหนือเมื่อศึกษาโครงการ สปร. ในปี 2542-43

หรือ

"ถ้าไม่หายจริง ๆ ให้ไปปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลอื่นฉีดยาเอาเอง" -สระบุรี

(แพทย์ในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอตอบคนไข้ที่เป็นหอบหืดที่มาพบและได้แต่ยาเม็ดแต่คนไข้ฉีดยาด้วย)

"สมัยก่อนแย่มาก เดี่ยวนี่ยิ่งแย่มาก" -สระบุรี

(ความเห็นของชาวบ้านต่อโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง)

6. ประชาชนหลายคนในชุมชนรายได้น้อยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครไปโรงพยาบาลเอกชนที่ระบุในบัตรเมื่อตนรู้สึกมีอาการหนักแล้ว แต่แพทย์ผู้ตรวจบอกว่าไม่เป็นอะไรมาก ให้ยาพ่นๆ แล้วให้กลับบ้าน หนึ่งในจำนวนนั้นทนไม่ไหวขอให้ญาติพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นทันที แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งใหม่บอกว่าอาการหนักเกินกว่าจะรักษาได้และคนไข้เสียชีวิตในวันเดียวกัน รายที่สองต้องไปรักษาที่รพ. จุฬาฯ รายที่สามกลับไปใส่เตียงแตกที่บ้าน (แต่หลังจากนั้นได้รับการดูแลอย่างดีจากโรงพยาบาล) ถึงแม้ว่าการวินิจฉัยที่ผิดพลาดในกรณีเหล่านี้บางส่วนอาจจะเกิดจาก "เหตุสุดวิสัย" แต่ก็ชวนให้ตั้งข้อสงสัยว่าบางครั้งแรงจูงใจด้านการเงินอาจทำให้ระบบการคัดกรองที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลหลายแห่ง (รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งในโครงการ) มีแนวโน้มที่ยอมผิดพลาดในทางที่ให้ผู้ป่วยเสี่ยงมากกว่าที่จะผิดพลาดในทางที่จะทำให้โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น 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 สำหรับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งมีรายได้ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อื่นนั้น มักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด รองลงมาคือการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ หรือประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล สำหรับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ สมุทรปราการ และปทุมธานี (ซึ่งหลายรายดูมีฐานะดีกว่าชาวบ้านที่ยากจนในภาคอีสาน) ให้ความสำคัญอันดับหนึ่งคือการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ อันดับที่สองคือ

การมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอ หรือประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล และมัก จะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับท้ายๆ

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าประชาชนจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือไม่ มีปัจจัยทางด้านรายได้ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยสำหรับประชาชนที่มีฐานะปานกลางหรือดีมักจะให้ความสำคัญกับการมีแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอเป็นอันดับแรก และประชาชนแทบทุกกลุ่มที่ศึกษาให้ความสำคัญกับ เรื่องนี้เป็นอันดับต้นๆ และในหลายกรณี ประชาชนให้ความสำคัญกับการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มากกว่าการมีการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย เช่น โครงการ 30 บาท หรือการมี สิทธิเลือกสถานพยาบาล¹²

อย่างไรก็ตาม เมื่อคณะผู้วิจัยถามกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยในอันดับ ท้ายๆ ว่ามีความจำเป็นต้องคงโครงการ 30 บาทเอาไว้หรือไม่ เกือบทุกคนต้องการให้คงเอาไว้ หลายคน ต้องการให้นำโครงการบัตรสุขภาพ 500 บาทกลับมา (เพราะรู้สึกว่าการบริการดีกว่าและยาดีกว่า) แต่ถ้าไม่สามารถนำกลับมาได้ก็ต้องการให้คงโครงการ 30 บาทเอาไว้ เพื่อเป็นหลักประกันในกรณีป่วย หนัก ซึ่งแม้ว่าปกติพวกเขาจะไม่ได้ไปใช้บริการ แต่ในสถานการณ์แบบนี้คงจะไม่มีทางเลือกอื่น

ประชาชนบางส่วนไม่ค่อยเห็นด้วยกับหลักการของโครงการ 30 บาททั้งหมด โดยเห็นว่าโดย หลักการแล้วควรช่วยเหลือเฉพาะคนจน แต่เมื่อถามถึงเกณฑ์ในการตัดสินใจใครบ้างที่จน คนกลุ่มนี้หลายคน ก็เปลี่ยนใจเพราะเห็นว่าในทางปฏิบัติแล้วการตัดสินใจใครจนหรือไม่จนนั้นเป็นปัญหาที่ยุ้งยากมาก ซึ่ง ปัญหาไม่ได้เกิดเฉพาะกับกรณีที่ไม่จนอยากได้บัตรรายได้น้อยเท่านั้น เพราะ

“มีรายได้น้อย มีนาร้อยไรก็จริง แต่เป็นมรดกที่ต้องเก็บไว้ให้ลูกหลาน” --สุราษฎร์ธานี

“เมื่อป่วยหนักทุกคนก็จนหมด” --สุราษฎร์ธานี

แต่ อสม. ท่านหนึ่งเคยมีประสบการณ์การช่วยคัดเลือกผู้มีรายได้น้อยในพื้นที่ และนำบัตร สปร. สำหรับผู้มี รายได้น้อยไปให้กับเพื่อนบ้านโดนตอกกลับมาว่า

“คุณถือดียังไงมาว่าผมจน ... ตัวคุณเองมีอะไรดีกว่าผมบ้าง” --สุราษฎร์ธานี

9. บทสรุปและนัยเชิงนโยบาย

โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ได้ช่วยให้คนส่วนหนึ่งที่เลือกมาใช้บริการและเคยต้องจ่ายค่า รักษาพยาบาลเองประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และช่วยเหลือได้มากในกรณีการเจ็บ ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังที่ชาวบ้านคนหนึ่งบอกว่า

“หลายหมื่นก็เสียแค่ 30 บาท ดีมากเลย” -นครราชสีมา

¹² อย่างไรก็ตาม ในการทำ focus group บางกลุ่ม อสม. ที่ร่วมอยู่ด้วยหลายคน ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มที่คุ้นเคยกับสถานพยาบาลมากกว่า ประชาชนทั่วไป ต่างก็ให้ความสำคัญกับสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล เนื่องจาก อสม. กลุ่มนี้ไม่ค่อยมีความมั่นใจในศักยภาพ ของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้น

แต่ก็มีคนบางส่วนในกลุ่มนี้ที่ไม่เลือกใช้บริการเนื่องจากไม่แน่ใจในคุณภาพการให้บริการ หรือไม่
 ยากประสบปัญหาการรอรับบริการที่ใช้เวลานาน คนส่วนนี้ให้ความเห็นว่าควรมีโครงการต่อไปเพราะเป็น
 การช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีทางเลือกเหมือนพวกเขา สำหรับกลุ่มที่มีบัตรสวัสดิการประชานด้าน
 การรักษาพยาบาล (สปร.) มาก่อนนี้แล้ว เมื่อได้รับบัตรทอง หมวด “ท” ค่าใช้จ่ายก็ไม่ต่างจากเดิม¹³
 สำหรับผู้ที่เคยซื้อบัตรสุขภาพก็มีทั้งที่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและลดลง

ในขณะที่เดียวกันประชาชนบางส่วนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากการไปรับบริการที่สถานีนอมาลัย
 โดยที่แต่เดิมอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 30 บาท แต่ปัจจุบันอย่างน้อยต้องเสีย 30 บาท ถึงแม้
 ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ถึงกับไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ แต่ก็มีผลกระทบต่อการตัดสินใจใช้บริการที่
 สถานีนอมาลัยลดลง โดยประชาชนที่ยกประเด็นนี้ขึ้นมาจะพิจารณาว่าการไปใช้บริการแต่ละครั้งนั้น
 มีความเจ็บป่วยที่คุ้มกับเงิน 30 บาทที่ต้องจ่ายหรือไม่

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้รับจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคคือการลด
 ความกังวลลง สำหรับผู้มีรายได้น้อย ความชัดเจนของสิทธิ์ว่าใช้บัตร 30 บาทได้ในกรณีไหนบ้างและทราบ
 ล่วงหน้าว่ามีค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใดทำให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะไปพบ
 แพทย์มากขึ้น สำหรับกลุ่มที่มีฐานะดี (และกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางบางส่วน) ซึ่งปกติแล้วไม่ได้ไปใช้
 บริการจากโครงการฯ นั้น โครงการ 30 บาทไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน แต่
 คนกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทเหมือนหลักประกันความไม่แน่นอนในอนาคตเมื่อเป็นโรคที่
 รุนแรงหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก (catastrophic illness) ในแง่นี้ โครงการ 30 บาทจึงมีส่วนช่วยลดความ
 กังวลและเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพ (health security) ที่จะได้รับการรักษาในยามที่จำเป็นโดยเสียค่าใช้จ่าย
 เพียง 30 บาท อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ทุกรายที่รู้สึกมั่นคงมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะดีและปานกลางใน
 จังหวัดเชียงใหม่ให้ความเห็นว่าโครงการ 30 บาทไม่ลดความกังวล เพราะถ้าป่วยหนักก็ไม่คิดจะไป
 โรงพยาบาลรัฐเนื่องจากไม่ไว้วางใจในคุณภาพและมีขั้นตอนมากเกินไปในการส่งต่อ

“เจ็บหนักๆ ไม่ใช่ 30 บาทหรอก กลัวจะตายก่อน” -เชียงใหม่

“เป็นเบาๆ พอใช้ได้ แต่เป็นหนักๆ ใช้ไม่ได้ เพราะยาไม่ดี ” -สุราษฎร์ธานี

ดังนั้น จะเห็นได้ในขณะนี้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เพิ่มความรู้สึกในด้านความมั่นคง
 ด้านสุขภาพ (Health security)¹⁴ แก่ผู้ที่อยู่ในโครงการจำนวนไม่น้อย แต่ก็ยังมีคนจำนวนไม่น้อยเช่นกัน
 ที่ไม่ไว้วางใจกับคุณภาพของโครงการ ประชาชนที่ถือบัตรทองบางส่วนพูดถึงปัญหาการรอ และการใช้
 บริการเมื่อเจ็บป่วยไม่มากเท่านั้นเพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อไรจะได้รับการรักษา ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงการ
 บั่นส่วน (ration) ทรัพยากรทางด้านสุขภาพของโครงการ 30 บาท ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจ
 แก้ไขได้โดยการสร้างระบบให้ดีขึ้น ทั้งระบบการจัดการในโรงพยาบาลเพื่อลดเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้า

¹³ คนที่เคยต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือต้อง “บริจาค” ก่อนหน้าที่มีโครงการ 30 บาทก็ต้องเสียค่าบริการเหมือนเดิม แต่บางรายสามารถลด
 ค่าใช้จ่ายลงเนื่องจากเจ้าหน้าที่ยอมให้ใช้บัตรฟรี

¹⁴ หลักประกันดังกล่าวเป็นทำนองเดียวกับกรณีการซื้อบัตรสุขภาพ 500 บาท ซึ่งประชาชนที่มีสุขภาพดีจำนวนไม่น้อยซื้อบัตร
 สุขภาพ 500 บาทแต่ไม่ได้มีความจำเป็นต้องใช้ในชวงนั้น แต่เป็นการซื้อเผื่อไว้สำหรับกรณีที่ยป่วยหนัก

คิวหรือรอการบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว แต่ในระยะยาวนั้น ความรุนแรงของปัญหานี้ย่อมขึ้นกับความเพียงพอของทรัพยากรที่ใส่เข้ามาในโครงการ การปันส่วนทรัพยากรเช่นที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ก็พบได้เช่นเดียวกันในโครงการนี้ เช่น คิวรอการผ่าตัดหรือการรอเตียงว่างที่ยาวขึ้นซึ่งประชาชนบางส่วนที่พอมีฐานะ ก็จะหันมาใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนแทน

ในแง่นี้ การที่โครงการ 30 บาทจะสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพขึ้นมาได้อย่างแท้จริงในระยะยาวนั้น ย่อมต้องมีทรัพยากรที่เพียงพอและทัดเทียมกันในโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งในเรื่องนี้นั้น ถ้ามองจากเสียงสะท้อนของประชาชนจะพบว่าทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีอยู่นั้นได้ถูกใช้อย่างไม่เท่าเทียมกัน เช่น กรณีความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างกัน ดังตัวอย่างข้างล่าง

“อย่างข้าราชการเขาไปผ่าตัดมดลูกเขาจะให้นอนโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่ถ้า 30 บาทถ้ามีเตียงก็คือจะได้อยู่ ถ้าไม่มีก็ไม่ได้อยู่” -นครราชสีมา

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

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

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

หรือการแบ่งแยกตามฐานะ ชนิดของหลักประกันสุขภาพ หรือความสัมพันธ์

“ถ้าเป็นคนจน ห้องก็ไม่เคยว่าง” -สุราษฎร์ธานี

“ใครมีเงินมาก เบิกค่ารักษาได้ หรือเป็นญาติกับเจ้าหน้าที่ จะได้ยาดีกว่า” -สุราษฎร์ธานี

ความแตกต่างในด้านสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพ ทำให้สถานพยาบาลได้ประโยชน์จากผู้ป่วยภายใต้โครงการต่างๆ ไม่เท่ากัน และอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน (unequal treatment) ถึงแม้ว่าความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพเสมอไป แต่การมีทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอที่จะให้การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง หรือการที่ทรัพยากรไปกระจุกตัวอยู่ในที่ใดที่หนึ่งมากกว่ากระจายอย่างเสมอภาค ก็ย่อมทำให้โอกาสที่โครงการนี้จะพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับคนไทยทั่วประเทศที่อยู่ในโครงการนี้จะเกิดได้ยากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ทรัพยากรมนุษย์ที่ใช้ในระบบทั้งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังคงแบ่งไปนอกระบบ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาคุณภาพและความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการ เช่น คนไข้ที่ไปพบแพทย์ที่คลินิกก่อน และแพทย์ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลก็จะได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

“ถ้าไปคลินิกของหมอคนนั้น เมื่อเข้าโรงพยาบาลจะลัดคิวได้เลย แต่ถ้าไปโรงพยาบาลเลยต้อง ทำบัตร ใช้เวลานาน”-- นครราชสีมา

หรือ

“รักษาฟรี แต่ต้องฝากพิเศษอีกสองพัน” --สุราษฎร์ธานี

หรือกรณีสถานื่อนามัยที่เปิดบริการนอกเวลา แต่ในช่วงนอกเวลาทำการนั้น ประชาชนก็ไม่กล้าไปใช้บริการ เพราะเกรงว่าจะเป็นการรบกวนเวลาพักของเจ้าหน้าที่ ถึงแม้ว่าสถานื่อนามัยจะประกาศว่าเปิดทำการนอกเวลา และมีค่าเวรให้เจ้าหน้าที่ก็ตาม เพราะเมื่อมีเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยเปิดคลินิกนอกเวลาทำการด้วย ประชาชนจึงมีความรู้สึกที่ต้องไปคลินิกของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยแทน (ไม่ใช่เจ้าหน้าที่คนเดียวกัน) ในกรณีดังกล่าวมาแล้วนี้ จะเห็นได้ว่าระบบที่ให้ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ต่ำและให้ไปหารายได้พิเศษเอาเองนั้น มีโอกาสที่จะกลับมาส่งผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้เสมอ

อย่างไรก็ตาม โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เปลี่ยนแปลงการจัดระบบการให้บริการที่ชัดเจนขึ้น และอาจเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ด้านสุขภาพของไทยที่ประชาชนทราบสิทธิของตนเองชัดเจนขึ้น และผู้ให้บริการเริ่มปฏิบัติกับประชาชนในฐานะลูกค้าซึ่งควรได้รับการปฏิบัติที่ดี จากเสียงสะท้อนของประชาชนจำนวนมากไม่น้อยคือการให้บริการของเจ้าหน้าที่ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพูดจาของเจ้าหน้าที่

“บริการดีขึ้นเอาใจคนป่วย เดี่ยวนี้มีน้ำเสิร์ฟ” --นครราชสีมา

หรือ

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

และ

“สมัยก่อน ใครทาปากแดง นุ่งกระโปรงสั้นก็จะได้เรียกก่อน ถ้าเป็นคนจน ก็นั่งรอคิวไปแหละ” --เชียงใหม่

หรือแม้กระทั่งความรู้สึกของประชาชนที่ไปโรงพยาบาลบางแห่งในภาคอีสาน

“ยาที่ได้เยอะขึ้น” -นครราชสีมา

ประชาชนส่วนหนึ่งให้เหตุผลที่มีการบริการดีขึ้นว่า

“30 บาทประกาศทั่วประเทศ รัฐบาลสั่งต้องอบรม (เจ้าหน้าที่ที่มีพฤติกรรมการให้บริการไม่เหมาะสม) ใครบริการไม่ดีก็โดนย้าย”--เชียงใหม่

ในช่วงเกือบสามทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ขยายโครงการด้านหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด ตั้งแต่โครงการบัตรผู้มีรายได้น้อยที่เน้นการช่วยเหลือคนจน โครงการประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในระบบ โครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งประชาชนสามารถซื้อบัตรราคา 500 บาทสำหรับทั้งครอบครัว โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ที่ขยายความครอบคลุมออกไปสู่ผู้สูงอายุ เด็ก และนักบวช จนมาถึงโครงการ 30 บาท ซึ่งโครงการเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทยมาเป็นลำดับ (อย่างน้อยก็ในด้านการรักษาพยาบาล) สำหรับโครงการ 30 บาทนั้น นอกจากจะขยายความครอบคลุมให้กว้างขวางยิ่งขึ้น และมีส่วนช่วยคลายความกังวลในการด้านการเงินในการไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลลงได้แล้ว เสียงจากประชาชนจากหลายพื้นที่ก็ยังเห็นพ้องกันว่ามีการปรับปรุงการให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม แต่ปัญหาด้านคุณภาพหรือความรวดเร็วในการได้รับการรักษายังเป็นเรื่องที่ยังยื้อยุดอยู่เสมอๆ จนทำให้หลายคนยังไม่กล้าพึ่งโครงการนี้ในกรณีที่ป่วยหนักจริงๆ และเสียงบ่นจากฝั่งผู้ให้บริการ รวมไปถึงปัญหาการจัดสรรของโครงการที่ปะทุขึ้นมาเป็นระยะ ก็ยังเป็นสัญญาณบอກเหตุว่าโครงการนี้ไม่ใช่โครงการที่ดำเนินไปอย่างราบรื่นเสียทีเดียว

แต่เสียงจากประชาชนบางเสียงก็ยังหวังว่าปัญหาที่มีอยู่จะคลี่คลายไปในทิศทางที่ดีขึ้น

“ต่อไปก็คงจะดีขึ้น .. นายกประกาศเพิ่มค่าหัวให้อีกร้อยละกว่าบาทแล้วนี่” —สระบุรี

บรรณานุกรม

- นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคปกติ รุ่น 45 (2546). รายงานแสดงผลการประมวลข้อมูลชุมชน. รายงานการวิจัยวิชา รศ.702 การวิจัยทางการบริหาร 2 . คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นักศึกษาหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาบัณฑิต ภาคปกติ รุ่น 7 (2546). แผ่นดิสก์ประมวลผลข้อมูลเสนอในรายงานการวิจัยวิชา รอ.602 การวิจัยทางการจัดการ . คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2546). การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (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 บาท ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหาร หลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน มหาวิทยาลัย ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุวัฒน์ ธนกรนุวัฒน์ และคณะ (2546). การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัยวิชา รอ.800 สัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการสำหรับนักบริหารหลักสูตรการจัดการภาครัฐและภาคเอกชนมหาวิทยาลัย ภาคพิเศษ นครราชสีมา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อัญชณา ณ ระนอง และ วิโรจน์ ณ ระนอง (2545). การวิจัยประเมินผล: ปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (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.