

บทที่ 9

สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของประเทศไทยมีลักษณะเป็นพลวัต เช่นเดียวกับประเทศอื่นและเศรษฐกิจโลก โดยมีเศรษฐกิจถดถอย ในช่วง พ.ศ. 2521-2530 และเศรษฐกิจขยายตัวรวดเร็ว ช่วง พ.ศ. 2531- 2539 ต่อด้วยวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 และเศรษฐกิจฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งในบทนี้จะวิเคราะห์ผลกระทบจากพลวัตทางเศรษฐกิจต่อสุขภาพและนำเสนอยุทธศาสตร์ที่ใช้แก้ปัญหาในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ

1. สุขภาพและระบบบริการสุขภาพในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2530)

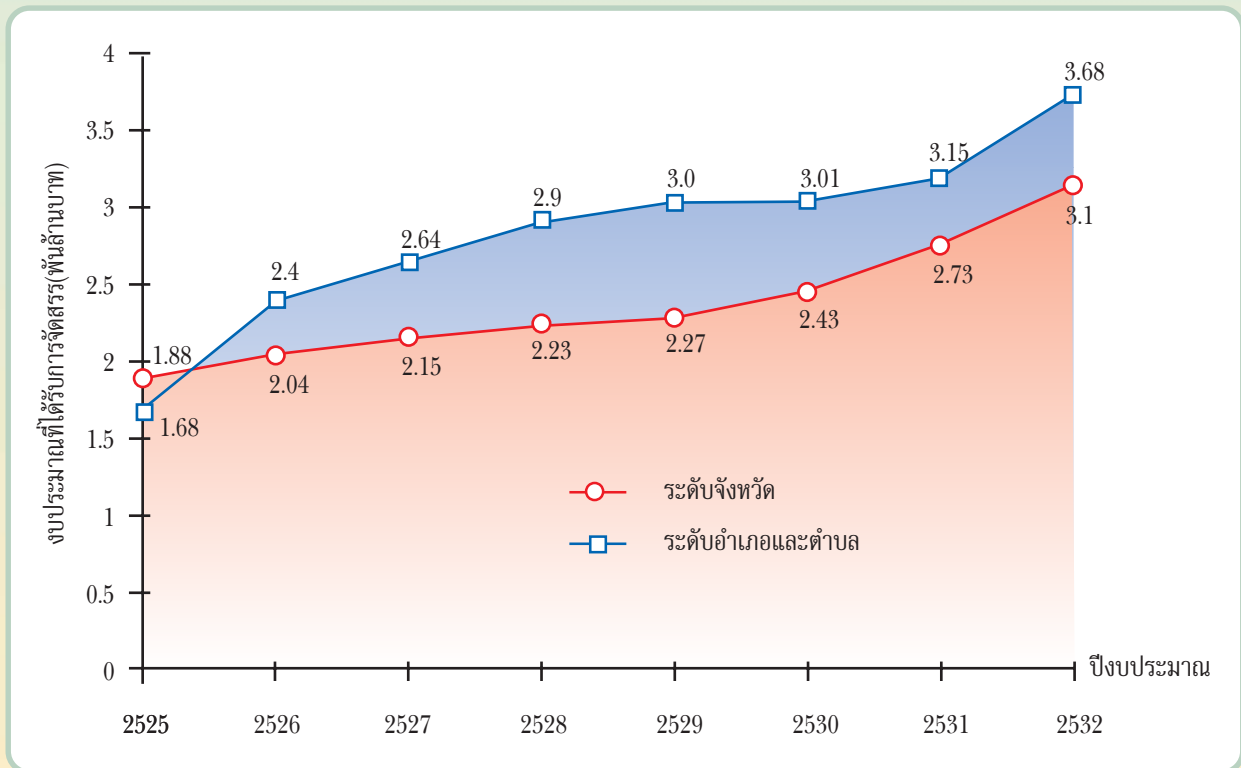
ก่อน พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเคยเกิดวิกฤตเศรษฐกิจมาแล้ว 2 ครั้งในช่วง พ.ศ. 2521 และ พ.ศ. 2526 โดยมีสาเหตุมาจากการขึ้นราคาน้ำมันดิบและภาวะเงินเฟ้ออย่างรุนแรง นอกเหนือจากการที่มีการกู้เงินมากเกินตัว ใน พ.ศ. 2528 รัฐบาลได้ลดค่าเงินบาทลงร้อยละ 15 และต้องเข้าโครงการช่วยเหลือยืมเงินกู้จากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในจำนวน 1,500 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นมูลค่าใน พ.ศ. 2541 เท่ากับ 3,600 ล้านดอลลาร์ ในช่วงนั้นก็มีการปรับลดงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่การปรับลดเป้าหมายการพัฒนาบางอย่าง เช่น เป้าหมายการสร้างโรงพยาบาลชุมชน และเป้าหมายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สัดส่วนของงบประมาณลงทุนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2530 ใกล้เคียงกับตัวเลขใน พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 7.13)

แม้เศรษฐกิจจะไม่ดี และงบประมาณด้านสาธารณสุขไม่เพิ่มขึ้นมากนัก ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2521 - 2529 แต่สุขภาพของคนไทยกลับดีขึ้นมาก และระบบบริการสุขภาพมีความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาชนบทแบบผสมผสานโดยอาศัยตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้มีการถ่ายเทงบประมาณที่จำกัดไปสู่การสร้างสถานพยาบาลในชนบท (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) จนครอบคลุมเกือบร้อยละ 100 เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า รูปธรรมของความสำเร็จ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของอัตราการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ และการสุขาภิบาลและน้ำสะอาด

การพัฒนาท่ามกลางความขาดแคลนทรัพยากรเหล่านี้ เกิดจากมีภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นทางการเมืองอย่างสูง ทั้งๆ ที่เป็นรัฐบาลทหาร ในช่วงเวลาดังกล่าวมีนโยบายที่ชัดเจนในการถ่ายเทงบประมาณจากโรงพยาบาลในเมืองไปสู่การลงทุนในสถานบริการในชนบท ใน พ.ศ. 2526 เป็นปีแรกที่งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรให้แก่สถานพยาบาลในชนบท (โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) สูงกว่างบประมาณที่จัดสรรให้แก่สถานบริการในเขตเมือง (ภาพที่ 9.1)

ภาพที่ 9.1 การจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลกับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด
ปีงบประมาณ 2525-2532



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข

มีตัวอย่างรูปธรรมของความสำเร็จอย่างน้อย 3 ประการ

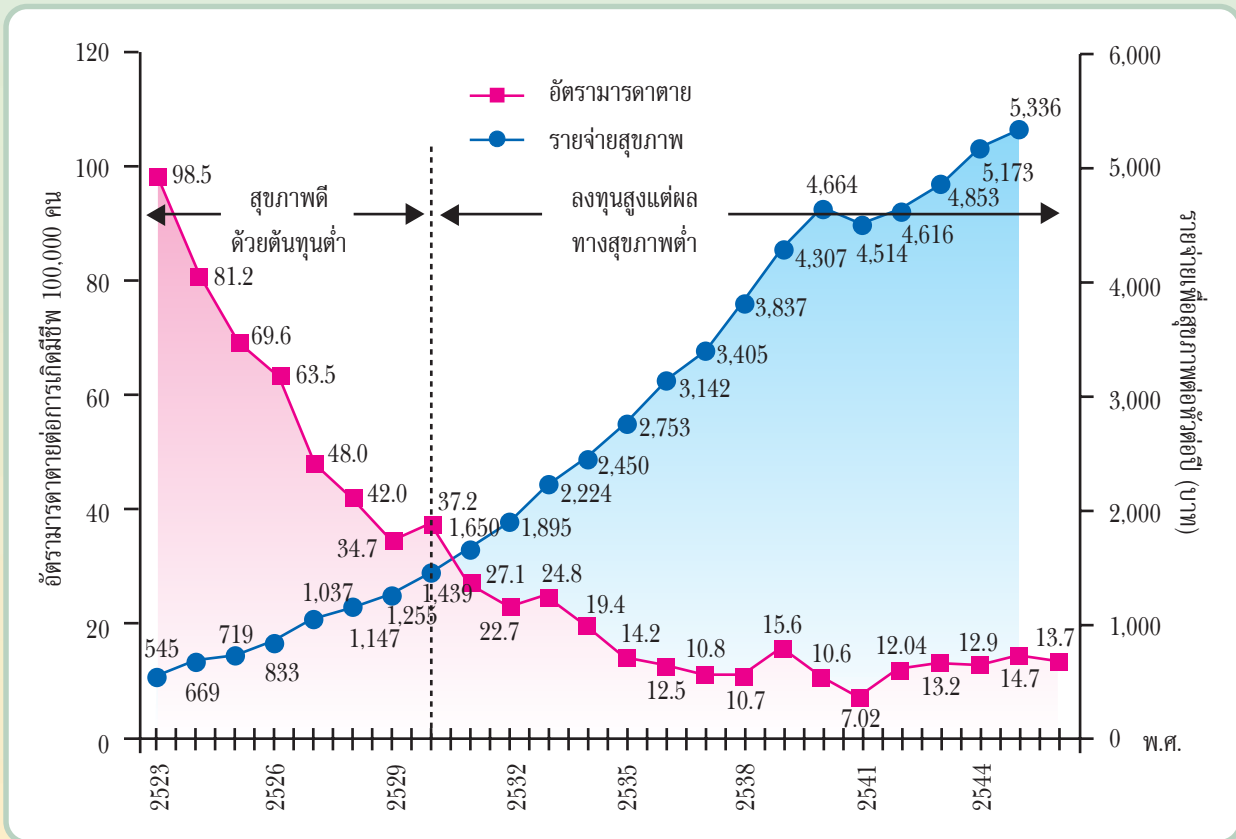
1.1 การกระจายทรัพยากรสุขภาพดีขึ้น ใน พ.ศ. 2522 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร สูงกว่าในภาคอีสานถึง 21 เท่า ตัวเลขนี้ลดลงเหลือเพียง 9 เท่าใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 6.3) จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในชนบทเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า อัตราแพทย์ต่อเตียงในโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มจาก 1:10.8 ใน พ.ศ. 2522 เป็น 1:8.1 ใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 6.7)

1.2 การครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็นเพิ่มขึ้น อัตราการครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ และ ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก เพิ่มจากร้อยละ 20-30 ใน พ.ศ. 2525 เป็นร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2529 (ตารางที่ 5.8 และภาพที่ 5.12) ในช่วงเวลาเดียวกัน การครอบคลุมของส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 60 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.35 และภาพที่ 4.37)

1.3 ภาวะสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น อัตราการตายของมารดาลดลง 4 เท่า จาก 130.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ใน พ.ศ. 2521 เหลือน้อยกว่า 30 ใน พ.ศ. 2531 (ภาพที่ 5.1) อัตราตายของทารกลดลงจาก 50 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย เป็น 38 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ภาพที่ 5.2)

จึงอาจกล่าวได้ว่าในช่วง พ.ศ. 2521 - 2529 แม้จะมีภาวะเศรษฐกิจไม่ดีนัก แต่ก็เป็นที่ทราตรองแห่ง “สุขภาพดี ด้วยต้นทุนต่ำ” (ภาพที่ 9.2)

ภาพที่ 9.2 “สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ” และ “ลงทุนสูงแต่ผลทางสุขภาพต่ำ”



ที่มา: ดัดแปลงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2541

2. ระบบสุขภาพในช่วงเศรษฐกิจขยายตัว (พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2539)

ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2531 - 2539 เศรษฐกิจไทยขยายตัวอย่างรวดเร็ว บางปีมากกว่า ร้อยละ 10 งบประมาณภาครัฐเพิ่มขึ้นมาก และรัฐบาลให้ความสำคัญแก่การลงทุนด้านสังคมมาก งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 10 ต่อปี เป็นเวลาติดต่อกันหลายปี ในทศวรรษดังกล่าวงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าตัว และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่ายาเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าในมูลค่าจริง (ตารางที่ 6.50 และภาพที่ 6.37) สัดส่วนของงบประมาณสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ของงบประมาณประเทศ ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 6.37) ส่วนมากนำไปลงทุนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สัดส่วนงบประมาณลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 นับเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในรอบ 35 ปี (ภาพที่ 7.13)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และงบประมาณด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมากนี้ ในบางส่วนเป็นปัญหาค่อนข้างมาก เช่น กรณีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้าง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจาก 4,316 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2533 เป็น 16,440 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าใน 8 ปี (ตารางที่ 9.1) โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยปีละราวร้อยละ 20 ทั้งๆ ที่จำนวนข้าราชการเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 2 ต่อปี ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมากนี้เป็นผลเนื่องมาจากระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการ (fee for services) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่มิการใช้เทคโนโลยีและยาราคาแพงในการตรวจรักษาโรค รวมทั้งความไม่โปร่งใสในระบบการเบิกจ่ายเงินโดยเฉพาะในภาคเอกชน

ตารางที่ 9.1 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546

ปีงบประมาณ	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
2533	4,316	-
2534	5,127	18.79
2535	5,854	14.17
2536	7,906	35.05
2537	9,954	25.90
2538	11,156	12.08
2539	13,587	21.79
2540	15,503	14.10
2541	16,440	6.04
2542	15,174	-7.7
2543	17,062	12.44
2544	19,180	12.41
2545	20,475	6.75
2546	22,679	10.76

ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเติบโตแบบพองสบู่ โดยเฉพาะของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีจำนวนเตียงและแพทย์เพิ่มจาก 9,974 เตียง และ 1,094 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 29,945 เตียง และแพทย์ 3,244 คน ใน พ.ศ. 2540 นับเป็นการเพิ่มถึงกว่า 3 เท่าในระยะเวลา 10 ปี (ตารางที่ 6.6 และตารางที่ 6.32) ทำให้สัดส่วนของจำนวนเตียงในภาคเอกชนเพิ่มจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 22.6 (ตารางที่ 6.32 และภาพที่ 6.24) และสัดส่วนของจำนวนแพทย์เพิ่มจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 19.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 6.6 และภาพที่ 6.4) การลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ มีการสร้างความต้องการเทียมเกิดขึ้นมากพอสมควร เช่น อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าร้อยละ 50 ในบางโรงพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งอยู่ในอัตราต่ำกว่าร้อยละ 20 อย่างไรก็ตาม การลงทุนที่มากและรวดเร็วเกินไป ส่งผลให้มีทรัพยากรส่วนเกินและการใช้ทรัพยากรที่ขาดประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนใน พ.ศ. 2540 มีเพียงร้อยละ 44.3 เท่านั้น ถือได้ว่ามีเตียงมากเกินความต้องการไปถึงร้อยละ 235

ในช่วงทศวรรษดังกล่าว มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพงเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ภาพที่ 6.29) การใช้ยาก็มีมูลค่ามากขึ้น ในบางปีเพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 20 โดยเฉพาะยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ซึ่งมีสัดส่วนการใช้เพิ่มจากร้อยละ 27.7 ใน พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 40.7 ใน พ.ศ. 2540 (ภาพที่ 6.27) ความสนใจต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและปัญหาหลักลดลงไปอย่างมากในช่วงเวลาดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังเป็นทศวรรษที่มีการขยายตัวของความไม่โปร่งใสในระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่การสั่งจ่ายยาอย่างไม่เหมาะสม การรับผลประโยชน์ตอบแทนจากการสั่งจ่ายยาและเทคโนโลยี รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนจนถึงการรับผลประโยชน์จากการจัดหาและเทคโนโลยี และการเรียกเก็บเงินที่เกินสมควรสำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชน

ในทศวรรษดังกล่าว ก็มีความไม่เสมอภาคในการกระจายทรัพยากรมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ความแตกต่างระหว่าง อัตราแพทย์ต่อประชากร ใน กทม. และภาคอีสาน ซึ่งต่างกัน 9 เท่าใน พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้น 14 เท่า ใน พ.ศ. 2540 (ภาพที่ 6.3) สาเหตุที่สำคัญคือภาวะสมองไหลของแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐในชนบทสู่โรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง ในช่วงเดือนเมษายน 2540 ก่อนเศรษฐกิจฟองสบู่จะแตก มีโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอถึง 21 แห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย อัตราการสูญเสีย แพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปี เพิ่มจากร้อยละ 8.0 ใน พ.ศ. 2537 เป็น 45.1, 60.6 และ 52.8 ของจำนวนแพทย์ จบใหม่ที่เข้ารับราชการทั้งหมด ใน พ.ศ. 2538, 2539 และ 2540 ตามลำดับ (ตารางที่ 6.7) อัตราแพทย์ต่อเตียงของโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอลดลงจาก 1:8.1 ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1:15.3 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 6.7)

ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าคนยากจนจำนวนมากไม่ได้บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และจำนวนมากต้องจ่ายเงินซื้อ ยากินเอง หรือจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ใน พ.ศ. 2535 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่สุด (decile ต่ำสุด) คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของรายได้ ขณะที่กลุ่มที่มีรายได้สูงสุด (decile สูงสุด) คิดเป็นร้อยละ 1.3 ดังนั้นกลุ่มคนรายได้น้อยจึง มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มคนที่มีรายได้สูงถึง 6.4 เท่า ตัวเลขนี้ลดลงเป็น 3.4 เท่าใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 4.10)

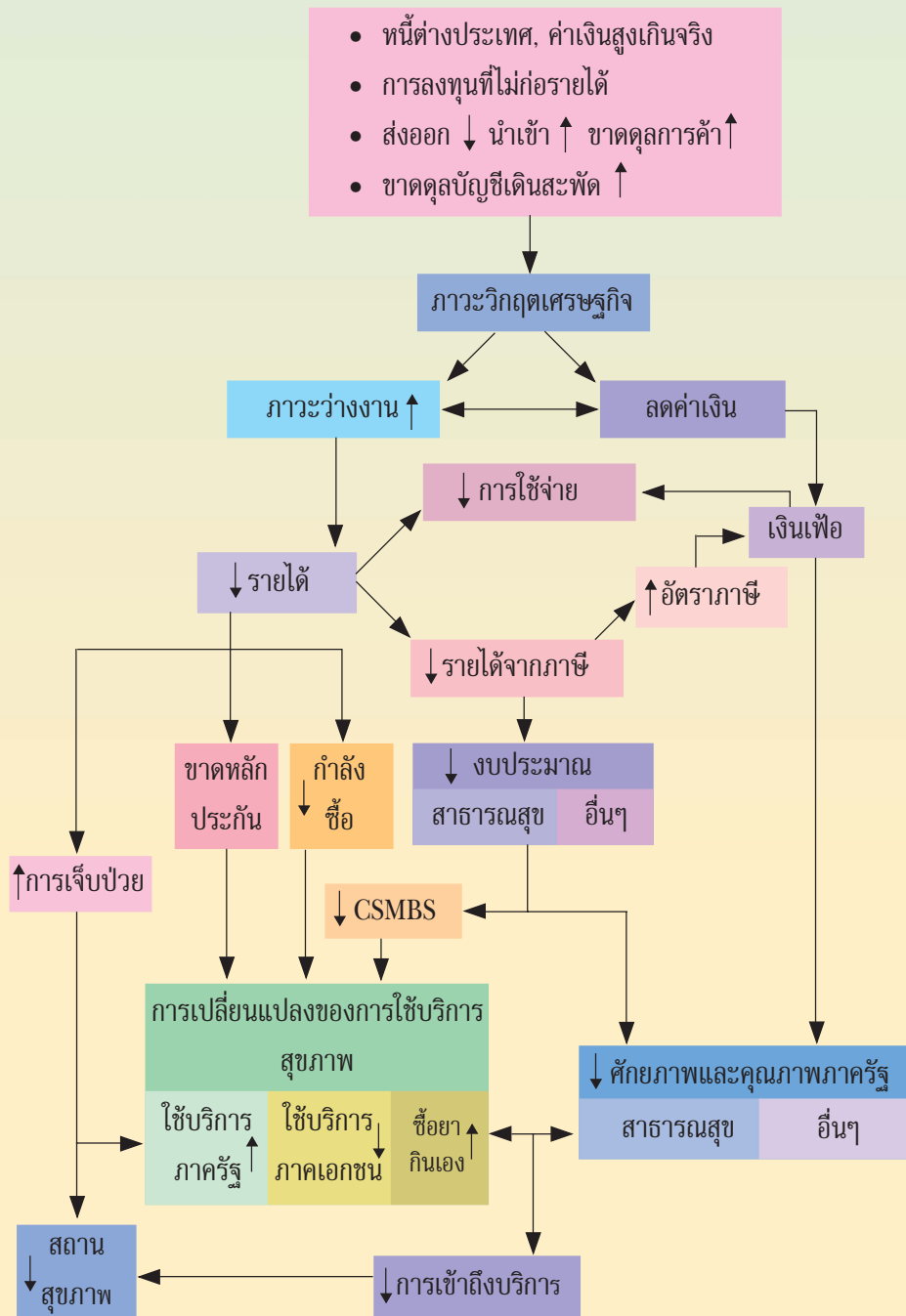
ในทศวรรษเดียวกันนี้ ก็ได้มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงใหม่ๆ เกิดขึ้น เช่น โรคเอดส์ ความรุนแรง ยาเสพติด อุบัติเหตุ ระเบิด และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ เพิ่มจากจำนวนต่ำกว่า 10,000 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 850,000 คน ใน พ.ศ. 2540 โรคที่เคยควบคุมได้บางโรคก็กลับมารุนแรงอีก เช่น วัณโรค

ดังนั้น แม้ทศวรรษที่ พ.ศ. 2531-2540 จะเป็นทศวรรษแห่งการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ถือเป็นทศวรรษที่ **“ลงทุน มาก แต่ได้ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ”** (ภาพที่ 9.2)

3. วิฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และผลกระทบต่อสุขภาพ

การเปิดเสรีด้านการเงินด้วยการอนุญาติกิจการวิเทศธนกิจ (Bangkok International Banking Facilities - BIBF) ใน พ.ศ. 2536 โดยที่ระบบการกำกับดูแลยังไม่เข้มแข็ง เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่วิฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ภายหลังการ เปิดเสรีทางการเงิน มีการนำเข้าเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำจำนวนมาก มาลงทุนในกิจการที่ได้ผลตอบแทนต่ำ โดยเฉพาะกิจการ โรงกลั่นน้ำมัน อุตสาหกรรมยานยนต์ อสังหาริมทรัพย์ และโรงพยาบาลเอกชน ในขณะเดียวกันการกำหนดอัตราแลกเปลี่ยน เงินที่ตายตัวทำให้ค่าเงินบาทแข็งกว่าปกติ มีผลกระทบต่อศักยภาพการแข่งขันและทำให้การส่งออกชะงักงัน ซึ่งนำไปสู่ภาวะ การขาดดุลบัญชีเดินสะพัดสูงถึงร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใน พ.ศ. 2539 การป้องกันการโจมตีค่าเงินบาทในช่วงต้นปีและกลาง พ.ศ. 2540 ทำให้สูญเสียเงินทุนสำรองระหว่างประเทศอย่างมาก จนนำไปสู่การกำหนดค่าเงินบาทลอยตัว เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 อันเป็นจุดเริ่มต้นของวิฤตเศรษฐกิจ มีการล้มละลาย และปรับตัวของอุตสาหกรรมต่างๆ อย่างขนานใหญ่ อัตราการว่างงานสูงขึ้น อัตราดอกเบี้ยและภาวะเงินเฟ้อสูงขึ้นอย่างมาก ผลกระทบต่อมาทำให้รายได้ของ ประชาชนลดลง มีการลดการบริโภค ทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีลดลงและต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายลง การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อภาคสังคม เช่น การศึกษา การสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ ดังแสดงใน ภาพที่ 9.3

ภาพที่ 9.3 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ



CSMBS = Civil Servant Medical Benefit Scheme สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ที่มา: ดัดแปลงจาก Musgrove P., The Economic crisis and its impact on health care in Latin America and the Caribbean, 1994

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ มีดังนี้

3.1 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในมิติทางกาย ที่ชัดเจนที่สุดได้แก่ผลกระทบต่อด้านโภชนาการ ความชุกของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.2, 12.2, 10.6, 11.5 และ 11.5 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543 และ 2544 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.9) ความชุกของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 8.5, 8.6, 8.5, 8.8, 8.1 และ 8.9 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.3) และความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์เพิ่มจากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 13.0, 13.9, 13.3, 12.6, 11.9 และ 12.0 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.10) ปัญหาดังกล่าวพบมากในกลุ่มคนจนและคนว่างงาน อย่างไรก็ตามไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาวะการขาดสารอาหารในเด็กต่ำกว่า 5 ขวบ ปัญหาโรคติดเชื้อบางอย่างมีอุบัติการณ์สูงขึ้น แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น เช่น ไข้มาเลเรีย หัด ท้องร่วงในเด็กและไข้เลือดออก อุบัติการณ์ของไข้มาเลเรียเพิ่มจาก 1.5 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2539 เป็น 1.8, 2.2, 2.1, 1.6, 1.2, 0.82 และ 0.64 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.16) การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของไข้มาเลเรียนี้ เคยเกิดขึ้นในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำครั้งก่อนๆ (ช่วง พ.ศ. 2522 - 2525 และช่วง พ.ศ. 2529 - 2531)

อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ก็เพิ่มขึ้นจาก 11.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2538 เป็น 16.7, 14.5, 11.9, 12.3, 11.7 และ 12.0 ใน พ.ศ. 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.4)

ปัญหาสุขภาพทางกายบางอย่างมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อาชีวอนามัยและอุบัติเหตุจราจร (ภาพที่ 5.34) การลดลงของอุบัติเหตุจราจรน่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนยานพาหนะ ซึ่งพบว่ายอดจำหน่ายรถยนต์ลดลงจาก 589,126 คัน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 144,065 คัน ใน พ.ศ. 2541 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 75.5 (ตารางที่ 5.21) อัตราการขอรับเงินทดแทนจากอุบัติเหตุจากการทำงานลดลงจากร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.8, 3.4, 3.0, 3.3, 3.2, 2.9 และ 3.0 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.12) นอกจากนี้ความชุกของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่และปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่ายก็ลดลงด้วย ความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 22.8 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 23.4 ใน พ.ศ. 2539 ลดลงเป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 จำนวนบุหรี่ที่จำหน่ายในช่วงดังกล่าวก็ลดลงถึงร้อยละ 24.6 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.60) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็ลดลงถึงร้อยละ 19.0 ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2542 แต่ใน พ.ศ. 2546 กลับมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.64)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพทางกายอื่นๆ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงมากนัก

ในด้านสุขภาพจิต พบว่ามีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในหมู่คนว่างงาน การสำรวจทางโทรศัพท์โดยกรมสุขภาพจิต รวม 11 ครั้ง ช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่าความชุกของความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายในหมู่คนว่างงานสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพและประชาชนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

3.2 ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ประชาชนมีแนวโน้มจะหันไปซื้อยามกินเองและใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้น การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่สถานบริการลดลงร้อยละ 23.0 จาก 343 บาท/เดือน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 264 บาท/เดือน ใน พ.ศ. 2544 และค่าใช้จ่ายในการซื้อยามกินเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 จาก 41 บาท/เดือน เป็น 46 บาท/เดือน ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 6.52)

การสำรวจโดยหน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2542 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนลดลง ร้อยละ 20-70 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6-15 ในช่วง พ.ศ. 2535-2543 (ตารางที่ 4.5) และจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 ต่อปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.6) การสำรวจเพิ่มเติมอีกหลายครั้งก็พบแนวโน้มเดียวกัน (ดูในการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - 2543 ตารางที่ 4.98 และ 4.99)

3.3 ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในมูลค่าจริง) ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.7 ใน พ.ศ. 2540 และลดลงในอัตราร้อยละ -9.5 ใน พ.ศ. 2541 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในมูลค่าจริง) มีค่าลดลง (ตารางที่ 6.50) ค่าใช้จ่ายด้านยาก็ลดลงถึงร้อยละ 17.3 ใน พ.ศ. 2541 (ตารางที่ 6.50) งบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐลดลงในอัตราที่เร็วกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพภาคเอกชน ส่งผลให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงจากร้อยละ 37.80 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 32.95 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.49) งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในมูลค่าจริงลดลงจาก 67,574 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 เป็น 61,097 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2544 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 9.6 (ภาพที่ 6.37) งบประมาณที่ลดลงนี้ยังไม่เห็นผลกระทบต่อการดำเนินการมากนัก เพราะกระทรวงสาธารณสุขได้ลดงบประมาณในส่วนของการลงทุนเป็นหลัก แต่ยังคงงบประมาณในส่วนการดำเนินการเอาไว้ได้มากพอควร สัดส่วนงบประมาณลงทุนใน พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.5 และ 8.8 ตามลำดับ (ภาพที่ 7.13) แม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นช้าลง แต่ก็ยังมากกว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2542 ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.63 เศรษฐกิจขยายตัวเพียงร้อยละ -0.08 เป็นผลให้อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.50)

3.4 ผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน

เมื่อประชาชนมีอำนาจการซื้อลดลง การใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพของภาคเอกชนซึ่งมีราคาสูงก็ลดลงด้วย ในสภาวะที่รายได้ลดลง แต่ภาระหนี้สินสูงขึ้น เพราะการลดค่าเงินบาทและการเพิ่มอัตราดอกเบี้ยทำให้โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากอยู่ในภาวะลำบาก การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 ขณะที่ค่าเงินบาทลดลงร้อยละ 40 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนในภาพรวมมีหนี้สินเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท หรือประมาณ 250 ล้านบาทหรือร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีการลดจำนวนเตียงลง ลดการจ่ายค่าล่วงเวลาและลดเงินเดือนพนักงานและบางแห่งถึงขนาดต้องลดจำนวนพนักงานลง มีการคาดการณ์กันว่า มีการลดเตียงโรงพยาบาลเอกชนลงถึงหนึ่งในสามในภาพรวม โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดใหม่บางแห่งถึงขนาดต้องปิดกิจการลง ทุกโรงพยาบาลต้องเร่งปฏิรูปการจัดการ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกของระบบบริการสุขภาพภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม การจัดชุดบริการสุขภาพและการจัดทั้วรสุขภาพ เฉพาะใน พ.ศ. 2542 มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นถึง 25 แห่ง คิดเป็นอัตราเพิ่มถึงร้อยละ 32.05 (ตารางที่ 9.2) มีการนำยาชื่อสามัญเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นและนับแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา เริ่มมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาถือหุ้นใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ในลักษณะถือหุ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

ตารางที่ 9.2 โรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2548

พ.ศ.	โรงพยาบาลหลัก					โรงพยาบาลในเครือข่าย				
	รัฐ		เอกชน		รวม	รัฐ		เอกชน		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2534	119	86.9	18	13.1	137	-	-	-	-	-
2535	118	81.4	27	18.6	145	838	92.4	69	7.6	907
2536	119	76.3	37	23.7	156	748	89.2	91	10.8	839
2537	122	68.9	55	31.1	177	1,019	78.7	275	21.3	1,294
2538	126	66.7	63	33.3	189	1,206	63.6	691	36.4	1,897
2539	126	63.6	72	36.4	198	1,210	42.6	1,629	57.4	2,839
2540	127	64.5	70	35.5	197	1,340	46.9	1,517	53.1	2,857
2541	127	62.0	78	38.0	205	1,263	56.0	994	44.0	2,257
2542	128	55.2	104	44.8	232	1,522	39.9	2,294	60.1	3,816
2543	130	52.8	116	47.2	246	1,621	40.4	2,393	59.6	4,014
2544	133	50.8	129	49.2	262	801	39.1	1,247	60.9	2,048
2545	136	50.7	132	49.3	268	899	40.0	1,351	60.0	2,250
2546	137	50.9	132	49.1	269	946	36.4	1,654	63.6	2,600
2547	144	51.8	134	48.2	278	931	37.0	1,586	63.0	2,517
2548	147	53.6	127	46.4	274	919	35.0	1,706	65.0	2,625

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป จำนวนเครือข่ายนับแบบไม่ซ้ำ

4. ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในการตอบสนองต่อวิกฤตเศรษฐกิจ

4.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างระบบสุขภาพที่เสมอภาค

4.1.1 การขยายหลักประกันสุขภาพ ใน พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยมีหลักประกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 71 ส่วนมากเป็นหลักประกันที่พึงพางบประมาณจากภาษี ประชากรร้อยละ 29 ที่ยังไม่มีหลักประกันได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ต่ำและปานกลางซึ่งมีอาชีพอิสระ ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีความพยายามที่จะขยายหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มคนดังกล่าว โดยเฉพาะการขยายในเรื่องการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และการขยายเรื่องการประกันสุขภาพโดยระบบสมัครใจ (บัตรสุขภาพ) ปรากฏว่าการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพิ่มจากอัตราการครอบคลุมร้อยละ 12.7 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ. 2544 ส่วนบัตรสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 22.1 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 6.69) รัฐบาลปัจจุบันได้ดำเนินการตามนโยบายครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน โดยเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป ซึ่งทำให้การครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2546 นอกจากความพยายามในการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการลดช่องว่างระหว่างสิทธิและค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ซึ่งจะมีการดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

4.1.2 การบำรุงรักษาความมั่นคงด้านสังคม

แม้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจะลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่งบประมาณที่สนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ ก็ยังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.3 ในมูลค่าจริง ใน พ.ศ. 2540 ทำให้สัดส่วนงบประมาณด้านนี้เพิ่มจากร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 15.3 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 7.8 และภาพที่ 7.12) อย่างไรก็ตามก็ยังคงสำคัญอยู่ที่ความโปร่งใสและประสิทธิภาพของการกระจายและการบริหารงบประมาณ ซึ่งได้มีระเบียบกระทรวงการคลัง จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นดูแลงบประมาณส่วนนี้ โดยมีผู้แทนสื่อมวลชน ผู้สูงอายุ ประชาคม และผู้ให้บริการร่วมกันดูแลการจัดสรรและการใช้งบประมาณก่อนนี้

4.1.3 ผลิตแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง

เพื่อแก้ปัญหาสมองไหลของแพทย์ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ได้มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทขึ้นใน พ.ศ. 2538 โดยรับนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัด เข้าศึกษาแพทย์โดยใช้โรงพยาบาลระดับจังหวัดเป็นฐานการศึกษา และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วก็กลับไปปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนาเป็นเวลา 3 ปี แม้การผลิตนักเรียนทุนในสาขาต่างๆ จะลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่จำนวนนักศึกษาแพทย์ในโครงการนี้ก็กลับเพิ่มขึ้นจนถึงเป้าหมายปีละ 300 คน ใน พ.ศ. 2542

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็เริ่มลดลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราการสูญเสียแพทย์ใหม่ลดลงจากร้อยละ 52.8 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 33.3 ใน พ.ศ. 2541 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.5 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.7) ผู้ที่ลาออกไปเริ่มขอกลับเข้ารับราชการ เกิดภาวะ**สมองไหลกลับ** อัตราส่วนแพทย์ต่อเตียงในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก 1:15.3 ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1:13.9 และ 1:10.9 ใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ตามลำดับ (ภาพที่ 6.7)

4.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

4.2.1 ประสิทธิภาพในการจัดการ

(1) **การปฏิรูประบบการจัดการด้านยา** มีการลดจำนวนรายการยาในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการใช้ยาตามบัญชียาหลัก ระบบการจัดซื้อยาารวมในระดับจังหวัด ซึ่งเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ได้มีการดำเนินการทุกจังหวัดใน พ.ศ. 2541 ระบบนี้จัดซื้อยาจากโรงงานที่ได้รับประกาศนียบัตรหลักเกณฑ์และกรรมวิธีที่ดีในการผลิต (GMP) และมีการร่วมกันตรวจคุณภาพยาอย่างจริงจัง ระบบนี้ทำให้สามารถประหยัดงบประมาณค่ายาลงถึงร้อยละ 19.5 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 9.3) ทั้งๆ ที่ระหว่าง พ.ศ. 2540-2542 กระทรวงพาณิชย์ได้อนุญาตให้ขึ้นราคายาได้ร้อยละ 22.85 สำหรับยานำเข้า และร้อยละ 20.63 สำหรับยาผลิตในประเทศ ระบบการจัดซื้อร่วมกันนี้กำลังขยายตัวไปเป็นระดับเขต

ตารางที่ 9.3 ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วมและมูลค่าประมาณการประหยัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546

ปีงบประมาณ	ดำเนินการ		มูลค่าจัดซื้อ (ล้านบาท)		ประมาณการ จัดซื้อถูกลง		มูลค่าซื้อรวม/ จังหวัดเฉลี่ย
	จังหวัด	รายการ	ปกติ	จัดซื้อร่วม	ล้านบาท	ร้อยละ	
2540	33	-	247.14	189.23	57.91	23.44	5.73
2541	60	2,168	691.30	523.69	171.47	24.67	8.73
2542	75	4,491	1,209.90	874.21	335.69	27.75	11.65
2543	74	8,173	1,831.10	1,286.74	549.46	30.01	17.39
2544	74	9,041	2,060.57	1,553.29	507.28	24.62	21.57
2545	70	8,581	2,443.36	1,956.01	487.30	16.70	16.34
2546	67	7,889	NA	1,593.8	NA	NA	15.96

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(2) การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ประเด็นสำคัญ คือ มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน (เพื่อเฉพาะกรณีฉุกเฉิน) และการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ มาตรการดังกล่าวโดยเฉพาะมาตรการแรกมีผลให้ค่าใช้จ่ายใน พ.ศ. 2542 ลดลงถึง 1,187 ล้านบาท (ตารางที่ 9.3) ในอนาคตจะเริ่มใช้ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ด้วย ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดงบประมาณลงไปได้อีก

(3) โรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระ ความพยายามพัฒนาประสิทธิภาพอีกประการหนึ่งก็คือการจัดการให้โรงพยาบาลของรัฐมีอิสระมากขึ้นในการจัดการทรัพยากร โดยให้เป็นโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ ภายใต้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน แนวทางนี้มุ่งเน้นให้เกิดความยืดหยุ่นคล่องตัว และประสิทธิภาพในการจัดการ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน พ.ศ. 2543 มีแผนปฏิบัติการที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้มีโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นอิสระ รวม 7 แห่ง แต่ประสบการณืจากต่างประเทศ โดยเฉพาะมาเลเซีย และสิงคโปร์ ทำให้ประเทศไทยตระหนักว่าจะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง ดังนั้นขณะนี้จึงมีเพียงโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 180 เตียงเท่านั้น ที่มีการดำเนินการดังกล่าว การกระจายอำนาจด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็กำลังดำเนินการตามแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งคู่ขนานไปกับการกระจายอำนาจทางการเมืองด้วย

4.2.2 ประสิทธิภาพในการจัดการกระจายทรัพยากร เป็นที่ทราบกันดีว่าการกระจายทรัพยากรไปสู่ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมในชุมชนและบริการพื้นฐาน จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญอันหนึ่งในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ คือ การมุ่งลงทุนที่จะสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารอย่างเหมาะสม รมนรงค์การไม่สูบบุหรี่ การขับถ่ายนาพทนะอย่างมีความรับผิดชอบ และการหลีกเลี่ยงสำส่อนทางเพศ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้งบประมาณจากร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตบุหรืและสุรา ขณะเดียวกันแม้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจะลดลง แต่งบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น งบประมาณวัคซีน งบประมาณด้านแม่และเด็ก งบประมาณด้านการดูแลเรื่องเอดส์โดยชุมชน ยังคงมีอยู่และไม่ได้ลดลง

4.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

แม้สถานพยาบาลภาครัฐ จะได้รับความนิยมมากพอควร โดยพิจารณาจากจำนวนผู้รับบริการที่มากในสถานพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่สถานีอนามัยจนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทางในเขตเมือง แต่ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ยังเป็นปัญหาอยู่ ดังนั้น นอกจากจะสร้างหลักประกันสุขภาพ และขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว ประเด็นสำคัญจะต้องพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกประเภททุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน ด้วยมาตรการต่างๆ ที่อาจดำเนินการได้ เช่น การสร้างแรงจูงใจทางการเงิน การจัดบริการนอกเวลาราชการ การสร้างระบบคุณภาพในสถานพยาบาล และการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation System) ซึ่งเป็นระบบที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ภายใต้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (พรพ.) และได้รับรองสถานพยาบาลไปแล้ว 82 แห่ง ใน พ.ศ. 2547 ในอนาคตอันใกล้ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลทุกแห่งจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของสังคม

ยุทธศาสตร์นี้เชื่อมโยง 3 ยุทธศาสตร์ข้างต้น ความเข้มแข็งทางสังคมโดยสะท้อนผ่านความเข้มแข็งของกลุ่มประชาคมต่างๆ จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่ผู้มีอำนาจทางการเมืองจะมุ่งมั่นดำเนินการ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ ประมาณปีละ 49 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ และอีกประมาณปีละ 90 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ เป้าหมายดังกล่าวนี้แม้จะลดลงไปบ้างภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ แต่ก็ยังคงดำรงอยู่เพียงพอที่จะเกิดความต่อเนื่อง นอกจากนี้กองทุนสร้างเสริมสุขภาพก็จะเป็นแหล่งอุดหนุนทรัพยากรใหม่แก่องค์กรเอกชนด้านสุขภาพด้วย

ใน พ.ศ. 2540 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูปการเมืองและสังคม โดยมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติใน พ.ศ. 2542 ในด้านสุขภาพ ก็มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543 วัตถุประสงค์ก็เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนไทย ในการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถประกาศใช้ได้ภายใน 3 ปี โดยจะเป็น “ธรรมนูญด้านสุขภาพ” ของไทยฉบับแรก ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การสร้างความรู้และเคลื่อนไหวสังคม เพื่อให้เกิดกลไกพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต

5. สุขภาพในช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว (ตั้งแต่ พ.ศ. 2545)

เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โดยอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มจากร้อยละ 2.1 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 5.4, 6.3 และ 6.0 ใน พ.ศ. 2545, 2546 และ 2547 ตามลำดับ ลดลงแล้วจากหวัดนก และ Tsunami

ผลของการฟื้นตัวทำให้ความต้องการบริการสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก(ตารางที่ 9.4) นอกจากนี้ความเคลื่อนไหวในการขยายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศทั้งในภาคเอกชนและภาครัฐ ทำให้เพิ่มความต้องการบริการสุขภาพภาคเอกชนขึ้นไปอีก

ผลที่เกิดขึ้น ก็คือ การเกิดภาวะสมองไหล จากภาครัฐในชนบทสู่ภาคเอกชนในเมืองอีกครั้งหนึ่ง

การลาออกของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเคยลดลงอย่างมากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ก็กลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2546 มีแพทย์ลาออกถึง 756 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ของแพทย์จบใหม่และแพทย์ที่กลับเข้ารับราชการใหม่

เพื่อตอบสนองต่อความต้องการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก รัฐบาลได้อนุมัติโครงการผลิตแพทย์เพิ่มในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2557 รวม 10,678 คน โดยเริ่มรับนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา

ตารางที่ 9.4 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของคนไทย

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	2534	2539	2544	2546	2547
ไม่รักษา	15.9	6.9	5.4	5.9	5.3
การรักษาแบบพื้นบ้าน	5.7	2.8	2.5	2.9	4.4
ซื้อยารับประทานเอง	38.3	37.9	24.2	21.5	20.9
สถานบริการสาธารณสุข	14.8	20.8	17.4	23.9	24.6
โรงพยาบาลของรัฐ	12.9	12.9	34.80	33.1	30.2
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	12.4	18.7	15.0	19.4	22.7

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534, 2539, 2544, 2546, 2547

