



บทที่ 13

พลวัตเศรษฐกิจกับสุขภาพ

เศรษฐกิจและสุขภาพมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลในอดีตชี้ว่าวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจมีทั้งผลบวกและผลลบ ต่อเนื่องต่อสุขภาพของประชาชน และต่อระบบบริการสุขภาพได้ ในบทนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงข้อมูลที่รวบรวมได้ถึงวิกฤตเศรษฐกิจสองครั้งคือวิกฤต พ.ศ. 2540 และพ.ศ. 2551 โดยจะนำเสนอผลกระทบของวิกฤต ผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้บริการและคำรักษาพยาบาล รวมทั้งมาตรการที่ได้ดำเนินการ โดยเริ่มที่วิกฤต พ.ศ. 2540 ก่อนและตามด้วยวิกฤต พ.ศ. 2551

1. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540: ที่มาและแบบแผน¹

การเปิดเสรีด้านการเงินด้วยการอนุญาตกิจการวิเทศธนกิจ ใน พ.ศ. 2536 ในขณะที่ระบบการกำกับดูแลยังไม่เข้มแข็งและการกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนแบบตายตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 การเปิดเสรีทางการเงิน ทำให้มีการนำเข้าเงินกู้ต่างประเทศดอกเบี้ยต่ำจำนวนมากมาลงทุนในกิจการที่ได้รับผลตอบแทนต่ำหรือมีลักษณะเก็งกำไร โดยที่ไม่มีอุปสงค์ที่แท้จริง เช่น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อสังหาริมทรัพย์ พบว่าใน พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 หนี้สินต่างประเทศสูงถึงกว่าหนึ่งแสนล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะที่การกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนที่ตายตัวทำให้ค่าเงินบาทแข็งกว่าความเป็นจริง มีผลกระทบต่อศักยภาพการแข่งขันและทำให้การส่งออกชะงักลง ใน พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 ไทยขาดดุลการค้าสูงถึง 14,700 - 16,100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และขาดดุลบัญชีเดินสะพัด สูงถึงร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

การป้องกันการโจมตีค่าเงินบาทในช่วงต้นและกลางปี 2540 ทำให้สูญเสียเงินทุนสำรองระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก จนนำไปสู่การกำหนดค่าเงินบาทลอยตัวเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 อันเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤตเศรษฐกิจ หนี้สินต่างประเทศมีมูลค่าทวีคูณขึ้นอย่างรวดเร็ว สถาบันการเงินและธนาคารประสบปัญหาหนี้เสียจำนวนมาก กิจการจำนวนมากประสบปัญหาล้มละลาย ส่วนที่เหลือทั้งหลายต้องปรับตัวลดต้นทุนและการดำเนินการอย่างขนานใหญ่ อัตราการว่างงานสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อสูงขึ้นมาก ประชาชนมีรายได้ลดลง ทำให้ต้องลดการอุปโภคบริโภค รัฐบาลเก็บรายได้ได้น้อยลงทำให้ต้องมีการปรับลดเงินงบประมาณ ทำให้การให้บริการกับประชาชนลดลง ซึ่งมีผลกระทบทางตรงและอ้อมกับประชาชน

1.1 วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และผลกระทบต่อสุขภาพ

1.1.1 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ชัดเจน ได้แก่ผลกระทบด้านโภชนาการโดยเฉพาะในกลุ่มคนจนและคนว่างงาน ภาวะทุพโภชนาการในช่วง พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2541 สูงขึ้นกว่าช่วง พ.ศ. 2539 เช่น ความชุกของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10.5 เป็นร้อยละ 12.2 และ 12.2 ตามลำดับ ความชุกของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.2 เป็น 8.5 และ 8.6 และความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์เพิ่มขึ้น

¹ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. บทที่ 9 สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ ในรายงานการสาธารณสุข พ.ศ. 2544 - 2547, 2548



จากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 13.0 และ 13.9 ตามลำดับ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบเพิ่มขึ้น ปัญหาโรคติดเชื้อมีอุบัติการณ์สูงขึ้นแต่อัตราตายไม่เพิ่ม เช่นไข้มาลาเรีย ท้องร่วงในเด็ก และไข้เลือดออก

ปัญหาสุขภาพทางกายที่มีแนวโน้มดีขึ้นได้แก่ อาชีวอนามัยและอุบัติเหตุจราจร ความชุกของการสูบบุหรี่ และประมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงเพียงไม่กี่ปีแล้วกลับเพิ่มขึ้นในเวลาต่อมา ด้านสุขภาพจิตพบว่าความชุกของความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มคนว่างงานสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้มีงานทำ

1.1.2 ผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการให้บริการสุขภาพ

ช่วงวิกฤตครั้งนี้ ประเทศไทยยังไม่บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีคนไทยประมาณ ร้อยละ 30 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ประชาชนมีแนวโน้มหันไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า พบว่าการซื้อยาเกินและ การใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่สถานบริการลดลงร้อยละ 23 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายซื้อยาเกินเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 การสำรวจอื่นๆพบว่าปริมาณผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 6-15

1.1.3 ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง มูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงร้อยละ 9.3 โดยที่ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงร้อยละ 17.3 และค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงเร็วกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพภาคเอกชน งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในมูลค่าจริงลดลงจาก 67,574 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 เป็น 61,097 ล้านบาทใน พ.ศ. 2544 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 9.6 ทั้งนี้เป็นการปรับลดในงบประมาณการลงทุนเป็นหลัก โดยสัดส่วนของการลงทุนจากร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2543 ลดลงเป็นร้อยละ 8.8 ในปีงบประมาณ 2544 ทั้งนี้เพื่อรักษางบประมาณการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการขยายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในมูลค่าปัจจุบัน สูงกว่าการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวม ทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (total health expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เพิ่มจากร้อยละ 5.97 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2542

1.1.4 ผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน

สถานพยาบาลภาคเอกชนได้รับผลกระทบสำคัญสองด้านคือ ค่าใช้จ่ายและหนี้สินที่เพิ่มขึ้น การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนในภาพรวมมีหนี้สินเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท ในด้านรายได้พบว่ารายได้ของสถานพยาบาลเอกชนลดลง เนื่องจากรายได้ของครัวเรือนที่น้อยลงทำให้ครัวเรือนใช้สถานพยาบาลเอกชนลดลง (income elastic) การสำรวจอื่นๆ ใน พ.ศ. 2542 พบว่า พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนลดลงร้อยละ 20-70 โรงพยาบาลเอกชนปรับตัวโดยเร่งการปรับการบริหารจัดการ เช่นลดจำนวนเตียง ลดเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรลง และหรือลดจำนวนเจ้าหน้าที่ลง ปรับตัวโดยใช้ยาชื่อสามัญในโรงพยาบาลมากขึ้น มีการทำการตลาดและหาลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกเพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม การจัดชุดบริการสุขภาพและการจัดทัวร์สุขภาพ ในส่วนของหนี้สินมีการปรับโครงสร้างหนี้ และเริ่มมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาถือหุ้นใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง

1.2 ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540

1.2.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างระบบสุขภาพที่เสมอภาค

การส่งเสริมระบบสุขภาพที่เสมอภาคได้รับสนับสนุนเพิ่มขึ้น ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจพ.ศ. 2540 แนวคิดเรื่องการพัฒนาระบบตาข่ายความมั่นคงทางสังคม (social safety net) ได้รับการสนับสนุนมากขึ้น พบว่าแม้จะมีการลดงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่ใน พ.ศ. 2540 งบประมาณสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.3 ในมูลค่าจริง แต่เนื่องจากปัญหาเรื่องประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการสนับสนุน



เฉพาะกลุ่ม ต่อมาได้เปลี่ยนแนวคิดเป็นการจัดระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน รัฐบาลได้เริ่มดำเนินการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงปลายปี พ.ศ. 2544 และใน พ.ศ. 2545 ได้ออก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้เน้นการส่งเสริมความเสมอภาคด้านการคลังสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีการขยายจำนวนเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2542 โครงการดังกล่าวได้ช่วยลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านโครงสร้างของการกระจายแพทย์ แม้ว่าภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะที่บุคลากรสุขภาพในภาคเอกชนย้ายเข้ายังภาครัฐ ทำให้สัดส่วนของบุคลากรในภาพเอกชนลดลง เห็นได้จากสัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนลดลงจากร้อยละ 23.7 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 18.7 ใน พ.ศ. 2542 แต่อย่างไรก็ตามภายหลังเศรษฐกิจเริ่มมีการปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น ได้มีการไหลกลับของแพทย์จากภาครัฐไปยังภาคเอกชน พบว่าสัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งภายหลัง พ.ศ. 2542 เป็นต้นมาโดยใน พ.ศ. 2545 อยู่ที่ร้อยละ 21.0

1.2.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพทางด้านการจัดการและการกระจายทรัพยากรหลายประการ การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการจัดการที่สำคัญได้แก่

หนึ่ง การปฏิรูประบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการลดจำนวนรายการยา เพิ่มความสำคัญของการใช้ยาตามบัญชียาหลัก การจัดซื้อยาารวมในระดับจังหวัดโดยเป็นการจัดซื้อยาเฉพาะจากผู้ผลิต ที่ได้รับประกาศนียบัตรหลักเกณฑ์และกรรมวิธีที่ดีในการผลิต (GMP) ร่วมกับการตรวจสอบคุณภาพยาอย่างเป็นระบบ และการจัดให้มีฐานข้อมูลรายการยา ผู้ซื้อและราคาขายที่จัดซื้อได้ เป็นข้อมูลกลางสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก

สอง การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ โดยให้ความสนใจเรื่องการลดวันนอนในโรงพยาบาล การจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน และการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

สาม โรงพยาบาลรัฐเป็นอิสระ โดยให้เป็นโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 มุ่งเน้นให้เกิดความยืดหยุ่นคล่องตัว ประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ ได้มีการดำเนินการจริงเพียงแห่งเดียวคือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ส่วนการเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการกระจายทรัพยากร โดยได้มีการเพิ่มความสำคัญของการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในหลายรูปแบบ ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ การขับชี่ยานพาหนะอย่างมีความรับผิดชอบ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ในปลาย พ.ศ. 2544 ได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณจากค่าธรรมเนียมร้อยละ 2 ที่เก็บภาษีเพิ่มจากภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา นอกจากนี้ระหว่างที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการคงระดับของงบประมาณที่จัดสรรให้ การป้องกันและการควบคุมโรค

1.2.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้มีการสร้างระบบคุณภาพในสถานพยาบาลและการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation System) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2540 ภายใต้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (พรพ.) และต่อมาได้พยายามให้สถานพยาบาลทุกแห่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ

1.2.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของสังคม

ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพใน พ.ศ. 2543 และมีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 โดยจะเป็น “ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญ คือการสร้างความรู้และเคลื่อนไหวสังคม โดยให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม



2. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551: ที่มาและแบบแผน

วิกฤตเศรษฐกิจโลกในช่วง พ.ศ. 2551-2552 เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ลักษณะของการเกิดคล้ายกับการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2540 มีการกู้เงินจำนวนมากมาลงทุนเก็งกำไรในภาคอสังหาริมทรัพย์ โดยถือว่าเป็นสินเชื่อด้อยคุณภาพ (subprime) ระบบการตรวจสอบของระบบสถาบันการเงินที่หลวมและนวัตกรรมทางการเงินใหม่ๆ ได้แปลงสภาพสินเชื่อด้อยคุณภาพเหล่านี้ไปเป็นผลิตภัณฑ์ทางการเงินรูปแบบต่างๆ และประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศได้มีการลงทุนกันไปมาในผลิตภัณฑ์ทางการเงินเหล่านี้ ดังนั้นเมื่อสินเชื่อดังกล่าวไม่สามารถทำให้เกิดกำไรตามที่คาด ทำให้สินเชื่อดังกล่าวกลายเป็นหนี้สินที่มีปัญหา และลุกลามเป็นวิกฤตของสถาบันการเงินและวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศสหรัฐในที่สุด ความเชื่อมโยงของระบบการเงินและระบบเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจไปทั่วโลก

เศรษฐกิจของไทยได้รับผลกระทบชัดเจนในครึ่งปีหลังของ พ.ศ. 2551 จนถึงไตรมาสสามในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งสิ้น 5 ไตรมาสที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศติดลบ ใน พ.ศ. 2551 มีการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมที่น้อยลงและกลายเป็นหดตัวร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศลดลงจาก 143,568 บาทต่อคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 142,626.5 บาทต่อคนใน พ.ศ. 2552 ภาคการเงินของประเทศไทยแทบไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากวิกฤตการเงินของสหรัฐ ฐานะการเงินของประเทศไทยอยู่ในสถานะดีกว่าช่วงวิกฤตปี 2540 มาก แต่ภาคอุตสาหกรรมการผลิตที่พึ่งพาการส่งออกได้รับผลกระทบจากการชะลอการบริโภคและการนำเข้าสินค้าของประเทศคู่ค้าต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรป ทำให้ภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องประสบปัญหา มีการปรับตัวโดยลดชั่วโมงการทำงานของพนักงานลง อัตราว่างงานเพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดลงของการบริโภคและการลงทุนซึ่งเป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ การขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศติดลบใน พ.ศ. 2552

2.1 วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และผลกระทบต่อสุขภาพ

2.1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ

1) สุขภาพกาย

ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนมหาดไทย พบว่าจำนวนเด็กเกิดใหม่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีจำนวนน้อยลง ใน พ.ศ. 2552 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ประมาณ 780,000 คน ขณะที่สัดส่วนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นร้อยละ 8.2, 8.6 และ 8.3 ใน พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ และสัดส่วนของเด็กแรกเกิดที่มีแม่วัยรุ่น อายุ 11-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2539 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 16.08 ใน พ.ศ. 2552 โดยบางพื้นที่เป็นพื้นที่ที่มีความรุนแรงของปัญหาภาวะเด็กน้ำหนักตัวน้อยหรือแม่อายุน้อย และเป็นปัญหาเรื้อรังยาวนาน ในขณะที่บางแห่งเป็นพื้นที่ซึ่งปัญหานี้เพิ่มสูงขึ้นในช่วงหนึ่งถึงสองปีที่ผ่านมา (รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553)

นอกจากนี้ ข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีใน พ.ศ. 2552 ไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ยังเป็นเยาวชน ซึ่งมีปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและค่านิยมในการใช้ชีวิต การติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงยังมีอัตราที่สูงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มฉีดยาเสพติดเข้าเส้น มีความชุกสูงถึงร้อยละ 34.98 ใน พ.ศ. 2552 ตลอดเวลาที่ผ่านมาภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อด้วยการใช้ทรัพยากรจากแหล่งเงินภายในประเทศเป็นหลัก วิกฤตเศรษฐกิจไม่ส่งผลกระทบต่องบประมาณกองทุนเอดส์ระดับชาติ เนื่องจากไม่ได้ใช้งบประมาณสูงนัก และรายจ่ายด้านเอดส์ไม่สูงกว่า ร้อยละ 2 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด และโครงการยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า ใน พ.ศ. 2552 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2551 ถึงร้อยละ 54 เนื่องจากผู้ได้รับยาโดยเฉพาะยาสูตรที่สองมีจำนวนเพิ่มขึ้น

2) สุขภาพจิต

ในภาพรวมสุขภาพจิตของคนไทยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่งลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ 2551 โดย



พบว่าสุขภาพจิตของคนไทยจากข้อมูลการสำรวจ ในช่วงครึ่งแรกของ พ.ศ. 2552 ตีกว่าในเดือนตุลาคม 2551 (ตารางที่ 13.1) ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตลดลงจากร้อยละ 17.8 เป็น 14.7 ยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่าสุขภาพจิตแย่งลง การวิเคราะห์เชิงลึกพบว่านอกจากการหนีสินนอกระบบแล้ว ความมั่นคงทางด้านอาชีพการงานและรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของคนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในขณะที่เกษตรกรให้ความสำคัญกับการมีที่ดินทำกิน นอกจากนี้ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ ยังไม่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย โดยจากข้อมูลตามมรณบัตรในทะเบียนราษฎร พบว่า อัตราฆ่าตัวตาย เป็น 5.96 และ 5.67 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.1) ซึ่งการไม่เพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2552 อาจเป็นผลของการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเพื่อค้นหาประชากรเสี่ยงและดำเนินการมาตรการชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากบทเรียนวิกฤตครั้งก่อนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น หรืออาจเป็นเพราะประเด็นเรื่องเวลา เนื่องจากข้อมูลในอดีตชี้ว่าการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นภายหลังจากการเกิดวิกฤตประมาณ 1-2 ปี ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังข้อมูลการฆ่าตัวตายควบคู่กับการดำเนินมาตรการเชิงรุกอย่างใกล้ชิดต่อไป

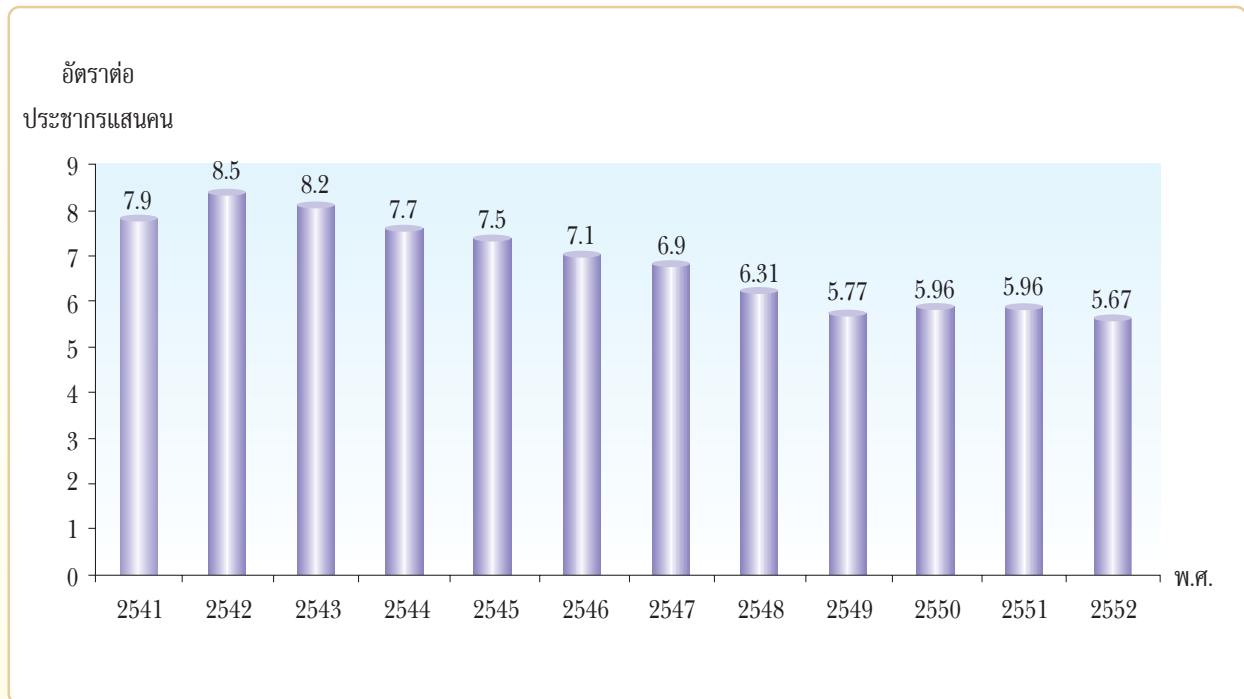
ตารางที่ 13.1 ผลคะแนนสุขภาพจิตเปรียบเทียบการสำรวจปี 2551 และปี 2552

ข้อ	คำถาม	2551	2552
คำถามมิติที่ 1 สภาพจิตใจ			
1	ท่านพึงพอใจในชีวิต	64.3	64.9
2	ท่านรู้สึกสบายใจ	64.8	63.5
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อทั้งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน	18.9	18.5
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง	12.6	12.2
5	ท่านรู้สึกว่า ชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	13.5	14.6
คำถามมิติที่ 2 สมรรถนะของจิตใจ			
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	56.7	60.2
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	58.7	61.0
8	ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	59.3	61.5
คำถามมิติที่ 3 คุณภาพของจิตใจ			
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	63.5	68.4
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	68.1	70.2
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	61.7	67.0
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง	68.2	70.5
คำถามมิติที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน			
13	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	78.6	82.1
14	หากท่านป่วยหนักท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	79.9	82.8
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	81.4	84.3

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553



ภาพที่ 13.1 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1.2 ผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

1) การใช้บริการรักษาพยาบาล

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 3.2 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2548 เป็น 3.8 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2552 โดยพบว่าประชาชนใช้สถานพยาบาลในภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพิ่มขึ้นในขณะที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาคเอกชนลดลงเล็กน้อย (ตารางที่ 13.2) สำหรับการเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาล จากข้อมูลการสำรวจครัวเรือนชุดเดียวกัน พบว่า มีอัตราการลดลงจาก 0.091 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2548 เป็น 0.065 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2552 โดยเป็นการลดลงของทุกประเภทโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีในการสอบถามข้อมูลการใช้บริการในการสำรวจดังกล่าวในช่วง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลของช่วงดังกล่าวกับช่วงเวลาอื่นทำได้อย่างจำกัด และพึงตีความด้วยความระมัดระวัง





ตารางที่ 13.2 อัตราการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี)				
	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	สถานพยาบาลเอกชน	รวม
2547	1.12	0.85	0.45	0.96	3.38
2548	1.07	0.79	0.45	0.89	3.20
2549	0.51	0.58	0.35	0.80	2.24
2550	0.50	0.49	0.35	0.79	2.14
2552	1.05	1.06	0.89	0.80	3.80
พ.ศ.	ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้งต่อคนต่อปี)				
	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	สถานพยาบาลเอกชน	รวม
2547	n/a	0.040	0.040	0.013	0.094
2548	n/a	0.038	0.039	0.013	0.091
2549	n/a	0.036	0.035	0.012	0.083
2550	n/a	0.036	0.036	0.013	0.086
2552	n/a	0.025	0.031	0.009	0.065

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

ในขณะที่ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการรายงานครบถ้วนต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 (คิดเป็นร้อยละ 79 ของโรงพยาบาลทั้งหมด) (ตารางที่ 13.3) จากรายงานดังกล่าวพบว่าจำนวนบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น (เฉลี่ยร้อยละ 4.5 - 6.1 ต่อปี) โดยใน พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5 จาก พ.ศ. 2550



ตารางที่ 13.3 แสดงปริมาณบริการสุขภาพและค่าเฉลี่ยบริการสุขภาพต่อโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2548 - 2552

บริการสุขภาพ	2548	2549	2550	2551	2552
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	70,136,878	69,124,701	73,319,828	76,593,156	80,601,118
ผู้ป่วยใน (ครั้ง)	4,593,268	4,678,082	4,783,887	4,879,483	4,854,181
วันนอนรวม (วัน)	18,087,910	18,494,357	18,718,540	18,936,090	18,629,036
จำนวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ครั้ง)	2,461,738	17,897,699	18,427,570	18,973,942	19,188,128
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อรพ. (ครั้ง)	107,407	105,857	112,282	117,294	123,432
ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรพ. (ครั้ง)	7,034	7,164	7,326	7,472	7,434
วันนอนเฉลี่ยต่อรพ. (วัน)	27,700	28,322	28,665	28,999	28,528

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

หมายเหตุ: *วิเคราะห์จากข้อมูลจำนวน 653 แห่งที่มีข้อมูลครบถ้วน

2) ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล

วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 ครั้งนี้ ประเทศไทยได้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จึงเป็น safety net ต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ข้อมูลรายไตรมาสจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 เทียบกับ พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในภาพรวมครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.59 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.31 และ 12.33 ตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาลดลงร้อยละ 4.05 ค่าใช้จ่ายแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 5.79 และค่าใช้จ่ายบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.44 ซึ่งมีผลมาจากการขึ้นภาษีบุหรี่ (ตารางที่ 13.4)





ตารางที่ 13.4 ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของรายได้ สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้ และค่าใช้จ่ายด้านต่างๆของครัวเรือนรายไตรมาส

	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง				
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	เฉลี่ย
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง	พ.ศ. 2550 และ 2552				
รายได้	13.68	1.47	5.24	10.89	7.82
สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้	6.04	5.28	-4.99	3.47	2.45
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง	พ.ศ. 2551 และ 2552				
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	0.07	2.05	1.76	2.47	1.59
ด้านอาหาร	4.73	1.86	1.62	1.03	2.31
ด้านสุขภาพ	15.81	9.23	19.89	4.40	12.33
ด้านการศึกษา	-1.99	-7.80	-5.41	-0.99	-4.05
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-14.82	0.39	-6.80	-1.94	-5.79
บุหรี่ย	-4.88	0.17	7.40	7.09	2.44

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

เมื่อพิจารณารายละเอียดตามระดับเศรษฐกิจ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงสุดในกลุ่มร่ำรวยและร่ำรวยที่สุดคือเพิ่มกว่าร้อยละ 20 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาพบว่าลดลงมากในกลุ่มยากจนที่สุด กลุ่มปานกลางและกลุ่มร่ำรวยซึ่งลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายบุหรี่ยเพิ่มสูงสุดในกลุ่มยากจนที่สุดคือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.8 ค่าใช้จ่ายแอลกอฮอล์ลดลงทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มยากจนที่สุดซึ่งค่าใช้จ่ายด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลงระหว่าง พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552

การวิเคราะห์สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับของครัวเรือนพบว่าครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐกิจระดับดี (Decile 1) จะมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับต่ำกว่าครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐกิจไม่ดี (Decile 10) นอกจากนี้ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2552 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับมีแนวโน้มลดลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับของ พ.ศ. 2552 ต่ำกว่าสัดส่วนของ พ.ศ. 2549 ยกเว้นในกลุ่มที่มีฐานะดี ซึ่งพบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2552 สูงกว่า พ.ศ. 2549

หากพิจารณาว่าสัดส่วนครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายสูงจนอาจประสบปัญหาล้มละลาย (ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไปของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) พบว่า ภาพรวมมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 3.85 ใน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 3.29 ใน พ.ศ. 2552 แต่ในกลุ่มรวยที่สุดกลับเพิ่มขึ้นโดยสัดส่วนครอบครัวที่มีค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มรวยที่สุดเพิ่มจากร้อยละ 4.95 ใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 5.41 ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 6.27)



2.2 มาตรการแก้ไขผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ 2551 - 2552

2.2.1 มาตรการของรัฐบาล

เมื่อเผชิญกับปัญหาราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นมากและค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น ในวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้ประกาศมาตรการเพื่อช่วยเหลือค่าครองชีพของประชาชนที่มีรายได้น้อย 6 มาตรการ ได้แก่ การลดภาษีสรรพสามิตน้ำมัน การชะลอการปรับขึ้นราคาก๊าซหุงต้มหรือแอลพีจีในครัวเรือน การช่วยค่าสาธารณูปโภค น้ำประปาและไฟฟ้า รถโดยสาร และรถไฟ มาตรการดังกล่าวเริ่มต้นมีกำหนดระยะเวลา 6 เดือนโดยเริ่มบังคับใช้วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ยกเว้นมาตรการลดภาษีสรรพสามิตสำหรับน้ำมันที่เริ่มบังคับใช้วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ต่อมาเมื่อเกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจโลกชัดเจนขึ้น รัฐบาลต่อๆมาได้มีปรับปรุงและดำเนินการมาตรการดังกล่าวต่อมา

ต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้มีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อแก้ไขผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโลกต่อประชาชนและภาคธุรกิจเป็นสองระยะ คือ

1) แผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 1 (Stimulus Package 1: SP1)

ประกอบด้วย 4 แผนงาน คือ

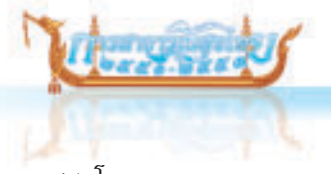
- (1) แผนงานฟื้นฟูและเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านเศรษฐกิจ
- (2) แผนงานเสริมสร้างรายได้ พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม
- (3) แผนงานบริหารเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น
- (4) แผนงานรายจ่ายเพื่อชดใช้เงินคงคลัง

โดยแบ่งเป็น 18 แผนงานย่อย วงเงินงบประมาณ 1.167 แสนล้านบาท นอกจากนี้แล้วยังมีนโยบายการประกันราคาพืชผล 123,581 ล้านบาท และนโยบายมาตรการภาษี 40,000 ล้านบาท รวมงบประมาณ 280,281 ล้านบาท แผนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ 4 ด้าน คือ การบริโภคภายในประเทศ การใช้จ่ายและการลงทุนภาครัฐ การลงทุนภาคเอกชน การส่งออกและการท่องเที่ยว ในส่วนของสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงมีอยู่ 2 แผนงานคือ โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุก จำนวน 8.3 แสนคน โดยให้เงินตอบแทนรายเดือน และโครงการปรับปรุงสถานีนอนามัยทั่วประเทศ 2,609 แห่ง โดยปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

2) แผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 2 (Stimulus Package 2 :SP2)

แม้ว่ารัฐบาลจะได้ดำเนินการมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 1 เพื่อบรรเทาผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโลกต่อประเทศไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจของไทยเริ่มมีสัญญาณฟื้นตัวแต่ยังไม่แข็งแรง ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้พิจารณามาตรการเพิ่มเติมซึ่งเน้นการแก้ปัญหาระยะกลางและระยะยาว ที่รู้จักกันในชื่อ ปฏิบัติการไทยเข้มแข็งปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2555 โดยในวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ได้มีการอนุมัติวงเงินลงทุนรวม 1,431,330 ล้านบาท แบ่งแยกได้เป็นโครงการที่รัฐบาลรับภาระการลงทุน วงเงินลงทุนรวม 1,110,168 ล้านบาท และโครงการที่รัฐวิสาหกิจรับภาระการลงทุนเอง วงเงินลงทุนรวม 321,162 ล้านบาท รัฐบาลได้กำหนดดัชนีผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการ ใน 7 สาขาหลัก ดังนี้

- (1) การสร้างความมั่นคงด้านอาหารและพลังงาน รักษาสิ่งแวดล้อม เพิ่มประสิทธิภาพทางภาคเกษตรและอุตสาหกรรม
- (2) การปรับปรุงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเพิ่มขีดความสามารถทางธุรกิจ
- (3) การพัฒนาคุณภาพการศึกษา
- (4) การปฏิรูปมาตรฐานระบบสาธารณสุข
- (5) การสร้างศักยภาพทางการท่องเที่ยว
- (6) การสร้างรายได้ใหม่จากเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์
- (7) การสร้างอาชีพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระดับชุมชน



สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณจากโครงการฯ (พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2555) รวม 14 โครงการ วงเงินงบประมาณ 86,688 ล้านบาท โดยกำหนดเป้าหมายการลงทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในการปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการลงทุนด้านครุภัณฑ์ที่ต้นสังกัดสร้าง (ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณการลงทุนลดลงอย่างต่อเนื่องหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 แม้มีนโยบายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม) การพัฒนากำลังคนและการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดนภาคใต้ และประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น เรื่องอาหารปลอดภัย เป็นต้น (ภาพที่ 13.2)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณแผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 2 (Stimulus Package 2: SP2) จำนวน 11,508.667 ล้านบาท ส่วนที่เหลือให้บรรจุไว้ในงบประมาณตามพระราชบัญญัติปีงบประมาณ 2554 ซึ่งได้รับการจัดสรรงบลงทุนปีงบประมาณ 2554 ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13,943.619 ล้านบาท (ซึ่งหากรวมอยู่บงผูกพันปี 2555 - 2556 เท่ากับ 23,798 ล้านบาท) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

ภาพที่ 13.2 เป้าหมายการลงทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข



ที่มา: รายงานโครงการภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 (แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะที่ 2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 24 กันยายน 2552



2.2.2 มาตรการจากภาคส่วนสาธารณสุขอื่นๆ

ในส่วนของด้านสาธารณสุขได้มีการดำเนินการจากหลายส่วนด้วยกัน ประกอบด้วย

1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ได้มีมติ 1.14 วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพของคนไทย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยมีสาระสำคัญ คือ

(1) ให้รัฐบาลดำเนินการมาตรการคุ้มครองทางสังคม โดยเฉพาะเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอื่นๆ

(2) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ดำเนินการดังนี้

- ◆ ร่วมดำเนินงานตามมาตรการคุ้มครองทางสังคม
- ◆ ปรับปรุงและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- ◆ พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิ
- ◆ พัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อปัญหาความยากจน
- ◆ ปรับปรุงกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ

สำนักงานประกันสังคม

(3) ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาสับสนุนการจัดตั้ง หน่วยเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพคนไทย และให้รายงานผลการดำเนินงานต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สอง ปี 2552

ทั้งนี้ในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการต่อไป ซึ่งผลปรากฏว่า **ในขณะที่งบประมาณปี 2553 โดยรวมลดลงร้อยละ 12 แต่งบประมาณหลักประกันสุขภาพกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 9**

2) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพและระบบสุขภาพเมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2552

3) ในวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2552 คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับทิศทางการดำเนินงานตามแนวทางการรองรับผลกระทบทางสุขภาพะอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ และมีกำหนดยุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์ได้แก่

- ◆ การจัดการความรู้และข้อมูลสารสนเทศ
- ◆ การสร้างทักษะในการเผชิญวิกฤต
- ◆ การสร้างเสริมคุณภาพชีวิต
- ◆ การส่งเสริมสถานประกอบการและชุมชนเข้มแข็ง
- ◆ การแก้ไขผลกระทบทางสังคมที่ร้ายแรง
- ◆ ความมุ่งมั่นสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน



3. unสรุป

บริบทของวิกฤตเศรษฐกิจมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงสามสี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับเหตุการณ์สำคัญๆ หลายอย่าง เช่น วิกฤตทางสังคม วิกฤตทางด้านการเมือง วิกฤตสิ่งแวดล้อม การประท้วงของกลุ่มต่างๆ ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิกฤตด้านพลังงานที่ทำให้ราคาน้ำมันเพิ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2547 และสูงสุดใน พ.ศ. 2551 วิกฤตด้านพลังงานทำให้ราคาพืชผลทางการเกษตรหลายชนิดเพิ่มสูงขึ้น การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ที่เริ่มต้นระบาดทั่วโลก ผลกระทบของเหตุการณ์ และวิกฤตอื่นๆ เหล่านี้ไม่สามารถแยกจากวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เป็นผลรวมของผลกระทบจากวิกฤตฯ และการแก้ไขปัญหาผลกระทบ ดังนั้นเป็นการยากที่จะระบุอย่างชัดเจนถึงผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโดยตรงว่าเป็นอย่างไร

โดยรวมข้อมูลชี้ให้เห็นว่าวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 มีความรุนแรงต่อประเทศไทยน้อยกว่าในครั้งพ.ศ. 2540 ต้นเหตุและลักษณะวิกฤตที่ต่างกัน ตลอดจนสถานการณ์การคลังที่เข้มแข็งของประเทศในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 นอกจากสามารถจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว รัฐบาลยังสามารถดำเนินมาตรการต่างๆ กระตุ้นเศรษฐกิจต่างๆ โดยในระยะที่หนึ่งเน้นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน เช่น มาตรการ 6 มาตรการ ซึ่งครอบคลุมสาธารณสุขโรคฟรี และมาตรการเพิ่มรายได้ประชาชน เช่น เบี้ยยังชีพ เป็นต้น ในระยะต่อมารัฐบาลได้มีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่สองที่ให้ความสำคัญกับการลงทุนเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ทางด้านสาธารณสุขให้ความสนใจเสริมสร้างศักยภาพของสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึงระดับตติยภูมิ ทั้งโครงสร้างกายภาพและทรัพยากรบุคคล

นอกจากมาตรการของรัฐบาลดังกล่าว ใน พ.ศ. 2552 มีกลไกการแก้ไขผลกระทบของวิกฤตหลายอย่างเพิ่มเติมจากที่มีใน พ.ศ. 2540 เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วกว่าครึ่งทศวรรษ สามารถทำหน้าที่เป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) โดยช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินจากปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนได้เป็นอย่างมาก และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกการมีส่วนร่วม จากภาคส่วนต่างๆ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นในจัดทำยุทธศาสตร์การแก้ไขผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคมของวิกฤตผ่านการทำงานร่วมกับประชาสังคมกลุ่มต่างๆ ล้วนเป็นมาตรการเสริม ป้องกันมิให้ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพ

ข้อมูลทุติยภูมิที่มีไม่ได้แสดงผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ต่อสุขภาพและระบบสุขภาพที่ชัดเจน ปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย แม่อายุน้อย หรือการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรม ในส่วนของข้อมูลนั้น พบปัญหาด้านข้อมูลหลายด้าน เช่น การขาดแคลนข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพของประชาชน ภาวะทุพโภชนาการของเด็กที่น่าเชื่อถือได้ ข้อมูลที่รวบรวมได้บางส่วนเป็นดัชนีระดับกระบวนการ (process indicator) เช่น ข้อมูลการใช้บริการรักษาพยาบาล ข้อมูลค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้อาจจะไม่สามารถสะท้อนไปยังผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ ดังนั้นการพัฒนาข้อมูลให้สามารถแสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยยังต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งในช่วงปกติและช่วงที่มีวิกฤตเกิดขึ้น (long series of dataset) การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้สามารถระบุปัญหาของแต่ละระดับเศรษฐกิจจะช่วยให้ข้อมูลเรื่องความเป็นธรรมได้ดีขึ้นและน่าจะได้รับการส่งเสริมต่อไป

