



โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ผลกระทบ

วิกฤตเศรษฐกิจ

ต่อสุขภาพอนามัย

ของคนไทย

380
57พ
42

นายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์

บรรณาธิการ

๗๗๖

1523

ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย

บรรณาธิการ
นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์

WA 380 ป467ผ 2542



BK000000607

ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัย...
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย

บรรณาธิการ : นพ.ปรีดา แต่อาภรณ์
พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 1,000 เล่ม ธันวาคม 2542

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย



โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงฯ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 5901851-2 โทรสาร 5901850

สนับสนุนโดย



กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ



องค์การอนามัยโลก

ประสานงาน จัดทำรูปเล่มโดย

สำนักพิมพ์ มูลนิธิโกลคิมทอง
โทรศัพท์/โทรสาร 412-0744, 866-1557

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ 974-7232-37-5
ราคา 120 บาท

คำนำ

คณะกรรมการติดตามปัญหาและสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤต และหน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หรือ สกว. (Health Intelligent Unit : HIU) ได้ตั้งขึ้นเมื่อ พฤษภาคม 2541 โดยมีภารกิจในการติดตามสถานการณ์ปัญหา และสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤต ประสานงานและระดมกำลัง สติปัญญาของทุกองค์กรในระบบสาธารณสุข ตลอดจนสังเคราะห์มาตรการข้อเสนอแนะทางยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อผู้กำหนดนโยบายผู้บริหาร และสาธารณสุขน

หน่วย สกว. ได้รวบรวมผลงานทางวิชาการในการติดตามสถานการณ์ ปัญหา และสภาวะสุขภาพอนามัย ที่เป็นผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ และจัดพิมพ์เป็นเอกสารเผยแพร่ เล่มที่ 1 หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วย สถานการณ์ 4 เรื่อง คือ

1. ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสถานการณ์การฝากครรภ์ และการคลอดของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐในส่วนภูมิภาค
2. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. สถานการณ์ด้านยาในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ
4. สุขภาพเด็กไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

คณะกรรมการหวังว่า ข้อมูลสถานการณ์ซึ่งเป็นเอกสารทางวิชาการ ลักษณะนี้จะเป็นเครื่องมือที่ช่วยชี้ทิศทางในการกำหนดมาตรการ และยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

และยังอาจเป็นตัวชี้วัดความคืบหน้า รวมทั้งผลสำเร็จและล้มเหลวของ
การดำเนินการด้วย

คณะกรรมการขอขอบคุณ นักวิชาการและผู้บริการ จากหน่วยงาน
ต่าง ๆ ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการจัด
ทำรายงานวิชาการทั้ง 4 เรื่อง ดังกล่าว และเชื่อมั่นว่าจะได้รับความ
อนุเคราะห์อย่างต่อเนื่องในโอกาสต่อไป

หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

บทนำ

เมื่อเศรษฐกิจของประเทศเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้บริหารและนักวิชาการต่างก็วิตกว่าสภาวะเช่นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง นอกเหนือจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคมอีกด้วย เช่น การว่างงาน และการจัดบริการต่างๆของรัฐที่ให้กับประชาชนอาจถูกผลกระทบเนื่องจากถูกตัดงบประมาณเป็นจำนวนมาก

สถานะสุขภาพของประชาชนและการจัดบริการสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญ และต้องถูกกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที รวมทั้งป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้แต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารของกระทรวงฯ นักวิชาการจากกรมต่างๆ รวมทั้งแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อหาแนวทางและกลไกที่จะตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวได้ทันท่วงที หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หรือ สภว. (Health Intelligent Unit : HIU) จึงถูกตั้งขึ้น ด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข, องค์การอนามัยโลก, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกหนึ่งในการติดตามข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการปรับตัวอย่างเหมาะสม

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

1. คณะกรรมการติดตามปัญหาและสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤต

บทบาทหน้าที่

1. กำหนดทิศทางและนโยบาย รวมทั้งให้คำแนะนำในการดำเนินงานแก่หน่วยสภว.
2. พิจารณาข้อมูล สถานการณ์ และผลการดำเนินการและข้อเสนอต่างๆ แล้วรายงานต่อที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อยทุก 3 เดือน
3. เป็นกลไกในการระดมความร่วมมือเพื่อการสนับสนุนงานในความรับผิดชอบของ สภว.
4. ติดตามผลการดำเนินงานทั้งของสภว. และของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (สภว.)

พันธกิจ

เสาะแสวงหาข้อมูลที่สำคัญและทันต่อเหตุการณ์ ให้ข้อเสนอแนะและทางเลือกเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

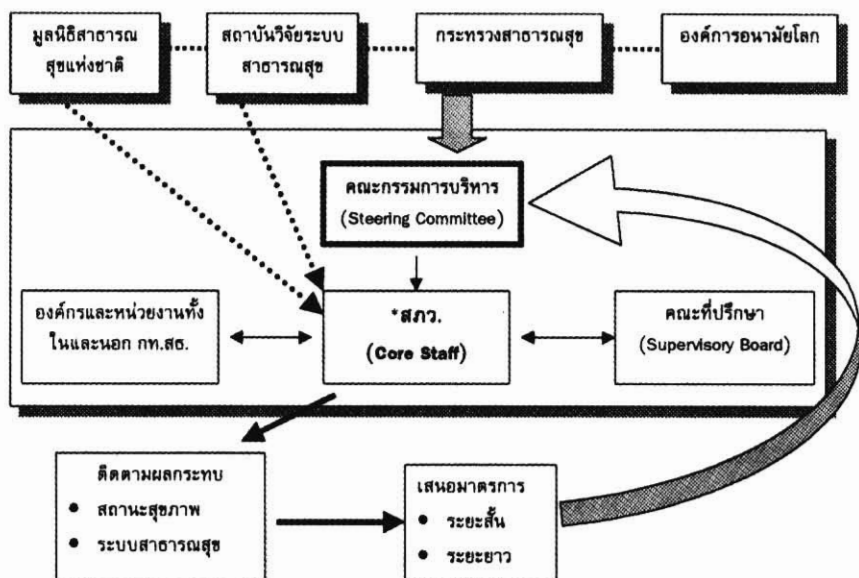
หน้าที่

1. เป็นเลขานุการกิจของคณะกรรมการติดตามปัญหาและสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤต
2. ประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูล
3. ระดมกำลังสติปัญญาของทุกองค์กรในระบบสาธารณสุข

4. บริหารจัดการให้เกิดการสำรวจศึกษาวิจัย
5. ส่งเคราะห์มาตรการและข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และสาธารณชนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและทันเหตุการณ์

3. หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

กลไกในการทำงานของหน่วยติดตามสภาวะสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ (สกว.)



แนวทางการดำเนินการของ สกว.

1. กำหนดประเด็นสำคัญและแนวทางการติดตามประเมินสถานะการณ์

2. จัดตั้งทีมเฉพาะกิจเพื่อดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าของเรื่องและใช้งบประมาณปกติของหน่วยงานนั้นดำเนินการ

3. กรณีที่ต้องทำการสำรวจเฉพาะ ให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องเสนอโครงการเพื่อให้ สกว. พิจารณาให้การสนับสนุนหรือร่วมมือกันในการดำเนินการ

4. กรณีที่ไม่มีหน่วยงานเจ้าของเรื่องโดยตรง ให้ สกว. ดำเนินการจัดจ้างกลุ่มนักวิชาการมาดำเนินการ

5. สกว. ทำหน้าที่จัดเวทีการนำเสนอ เช่น วาระเฉพาะสำหรับติดตามภาวะวิกฤตในที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุข, จัดหมายข่าวเฉพาะหรือในจดหมายข่าวของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(HSRI) โดยให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องเป็นผู้นำเสนอ

6. สกว. ร่วมกับหน่วยงานเจ้าของเรื่องดำเนินการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ผลงานทางวิชาการของหน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ 8 เรื่องดังนี้

1. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2. สุขภาพเด็กไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

3. สถานการณ์ด้านยาในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ
4. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อสถานการณ์ฝากครรภ์และการคลอดของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐในส่วนภูมิภาค
5. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
6. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อสุขภาพและการใช้บริการของประชาชน: พื้นที่ศึกษา 8 จังหวัด
7. สถานการณ์เด็กถูกทอดทิ้งในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ
8. สถานการณ์งบประมาณด้านสุขภาพในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

การดำเนินงานวิจัยและการประสานงานเพื่อให้เกิดการวิจัย

สกว.ได้จัดทำโครงการวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ
ดังนี้

1. การศึกษาเพื่อประเมินสภาพและประสิทธิภาพการบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขระดับจังหวัด หลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อระบบบริหารจัดการโครงการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินสภาพระบบบริหารจัดการ และประสิทธิภาพการตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งพิจารณาเสนอแนะต่อการพัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขต่อไปในระยะยาว ดำเนินงานเก็บข้อมูล 4 จังหวัดคือ พะเยา, พิจิตร, กาฬสินธุ์, และ นครศรีธรรมราช

2. การศึกษาเรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ" อยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูลที่จังหวัด พิษณุโลก และจังหวัดศรีสะเกษ

สารบัญ

หน้า

ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อการบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข	1
Economic Crisis: Impact on Health Services; Thailand	
สถานการณ์ด้านยาในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ	40
Drug Situation in Economic Crisis; Thailand	
สุขภาพเด็กไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ	62
Thai Children's Health in Economic Crisis	
ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสถานการณ์การฝากครรภ์ และการคลอดของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐในส่วนภูมิภาค	81
Impact of Economic Crisis on Prenatal care and Child Delivery in MOPH hospitals	

ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อการบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข

Economic Crisis: Impact on Health Services; Thailand

ปรีดา แต่อารักษ์ *
อารยา ดาววันชัย *

บทคัดย่อ

แม้จะไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า งบประมาณโดยรวมที่จัดสรรไปยังสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงใด แต่ก็มีหลักฐานว่างบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยนั้นได้รับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขปรับตัวโดยดำเนินนโยบาย "สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ" สามารถประหยัดงบประมาณได้ถึง 24.67%

สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของรพศ./รพท. และรพช. ดีขึ้นกว่าก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ รพศ./รพท. เมื่อสิ้นกย. 2541 มีโรงพยาบาลที่มีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุงเพียง 2.2% ลดลงจาก 13% ในปี 2540 สำหรับรพช. นั้นจาก 22.6% เหลือเพียง 10.2% เท่านั้น รายรับเงินบำรุงโดยรวมของรพช. เพิ่มขึ้น

จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลในรพศ./รพท. รพช. เพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่แตกต่างไปกว่าเมื่อก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ขณะที่จำนวนผู้

* หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข

ป่วยอุบัติเหตุลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลในสังกัดกทม. มีจำนวนเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลเอกชนถูกกระทบอย่างมากจำนวนผู้ป่วยนอกลดลงประมาณ 30% ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยในลดลงถึง 50% มีการลดต้นทุนทุกอย่างที่ทำได้

สัดส่วนผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับบัตรลดลงจาก 19.7% ในปี 2540 เป็น 13.5% ในปี 2541 และพบว่าสัดส่วนของรายจ่ายของประชาชนในการซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วยเป็น 12%, 19% และ 17% ในปี 2539-2541

ในภาวะวิกฤตที่มีการลดต้นทุนเป็นอย่างมากนั้น คุณภาพในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการติดตามกันอย่างจริงจังต่อไป เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ABSTRACT

Public hospitals in the Ministry of Public Health receive the budget for the poor more than pre-economic crisis. The Ministry of Public Health launch the policy of "Good Health at Low Cost" resulting in budget saving 24.67% off.

Financial status of Regional Hospital (RH), General Hospital (GH) and Community Hospital (CH) are better than pre-economic crisis. The percentage of RH and GH having debt more than income reduce from 13% in 1997 to 2.2% in 1998 and

CH reduce from 22.6% in 1997 to 10.2% in 1998.

Workload of Public hospital did not markedly increase comparing to pre-economic crisis while the patient of private hospital decreased of 30% in outpatient and 50% in in-patient.

The percentage of the poor who received free card decreases from 19.7% in 1997 to 13.5% in 1998. The proportion of expense of self-care was 12%, 19% and 17% in 1996, 1997 and 1998 respectively.

In the situation of cost reduction in the economic crisis, the quality of treatment has to be taken in consideration and closely monitored to assure that patients still receive the good quality of drug and treatment.

ประเด็นสำคัญ, Keywords

วิกฤตเศรษฐกิจ, การบริการสุขภาพ, หลักประกันสุขภาพ, ประเทศไทย, Economic crisis, Health services, Health security. Thailand

1. บทนำ

ตั้งแต่เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปีพ.ศ. 2540 เป็นต้นมา มีผู้ตกงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก รายได้ของครัวเรือนลดลงในขณะที่รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อเพิ่มจาก 4.8 % ในปี 2539 เป็น 7.7% ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ค่าเงินบาทลดต่ำลงเหลือเพียง 36-38 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ ทำให้ภาระดอกเบี้ยของภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ธุรกิจจำนวนมากต้องปิดกิจการ เศรษฐกิจหยุดชะงัก งบประมาณของประเทศมีไม่เพียงพอ รัฐบาลต้องกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) วงเงิน 17,200 ล้านดอลลาร์ กู้ไปแล้ว 3,600 ล้านดอลลาร์, ธนาคารโลก 300 ล้านดอลลาร์, ธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) 500 ล้านดอลลาร์, เพื่อนำเงินมาอัดฉีดในระบบแก้ไขวิกฤตการณ์, กระตุ้นเศรษฐกิจ, การจ้างงาน และแก้ปัญหาสภาพคล่องของธุรกิจต่างๆ รวมทั้งนำมาใช้ในโครงการลงทุน ทางสังคม ดำเนินการในชุมชนโดยเน้นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้หญิงและเด็ก

กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 62,625 ล้านบาทในปี 2541 ซึ่งลดลงในมูลค่าจริงถึง 12.7%^๑ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) และให้สถานบริการต่างๆ ดำเนินการตามนโยบายโดยเคร่งครัด

สถานบริการทางการแพทย์ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ในขณะที่งานเพิ่มขึ้น แต่งบประมาณที่ได้รับกลับน้อยลงในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ

ในด้านงานบริการนั้นก็เป็นที่คาดกันว่า ประชาชนจะมาใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถูกกว่าเอกชน

คำถามคือ การปรับตัวของสถานพยาบาลภาครัฐสามารถรองรับความต้องการของประชาชนได้เพียงใด และต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

2. วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าเพื่อประเมินสถานการณ์ด้านการบริการของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ทั้งรพศ./รพท., รพช. และสถานีอนามัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงาน 0110-11จร.5 และข้อมูลจากรายงานอื่นๆ ของที่จังหวัดต่างๆ ส่งมาให้กองสาธารณสุขภูมิภาค รวมทั้งข้อมูลจากกองโรงพยาบาลภูมิภาค, สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข

^๑ ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์จะเป็นในลักษณะเปรียบเทียบก่อนและหลังเกิดวิกฤตทางการเงินการคลังของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังค่าเงินบาทลอยตัวเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 สถานการณ์ในสถานบริการของรัฐ

3. ผลการศึกษา

3.1 งบประมาณ และการเงินการคลังของสถานพยาบาล

งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐลดลง ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณลดลงเป็นเม็ดเงินจาก 66,544 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 เหลือ 62,625 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2541 หรือลดลงราวร้อยละ 5.7 แต่ถ้าคิดอัตราเงินเฟ้อแล้ว จะลดลงถึงร้อยละ 12.7 งบประมาณปี 2542 ได้ประมาณ 58,131 ล้านบาท ซึ่งหากคิดเป็นมูลค่าที่แท้จริงแล้ว จะลดลงจากงบประมาณปี 2541 ถึงร้อยละ 8.8 และน้อยกว่างบประมาณปี 2539 เท่ากับว่า งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขถอยหลังไปถึงกว่า 4 ปี (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า งบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยกลับเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนเมื่อเปรียบเทียบจากปี 2542 เป็นมูลค่าปัจจุบัน พบว่างบประมาณสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล ของกระทรวงสาธารณสุขปี 2540 เพิ่มจากปี 2539 เท่ากับ 25.3% และปี 2541 เพิ่มจากปี 2540 เท่ากับ 2% และปี 2542 เพิ่มขึ้น 19.5% (ตารางที่ 2)

การดำเนินการตามนโยบาย สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์

ร่วมกัน 60 จังหวัด รวม 2,168 รายการ ทำให้ประหยัดงบประมาณได้ 171.47 ล้านบาท (24.67%) (30 ก.ย. 2541) และยาที่มีการจัดซื้อร่วมกัน 10 ลำดับแรกนั้นมีถึง 6 รายการที่สามารถซื้อต่ำกว่าราคากลางมากกว่า 50-90%

จำนวน รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ที่ยังมีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุง 2 แห่ง (2.2%) เมื่อวันที่ 30 ก.ย. 2541 ลดลงจากเดิม 12 แห่ง (13%) เมื่อ 30 ก.ย. 2540

สถานการณ์การเงินการคลังในรพ.ดีขึ้น จากปีงบประมาณ 2540 จำนวนรพ.ที่มีปัญหาสภาพคล่อง^b กล่าวคือเงินบำรุงน้อยกว่าหนี้สินเท่ากับ 124 แห่ง (22.6%)(N=549) แต่ในปีงบประมาณ 2541 เหลือเพียง 57 แห่ง(10.2%)(N=557)(ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาตามขนาดโรงพยาบาล พบว่าทุกโรงพยาบาลในปี 2540 มีเพียงโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เท่านั้นที่สภาพคล่องดีขึ้น นอกนั้นสภาพคล่องลดลง ปี 2541 โรงพยาบาลทุกระดับมีสภาพคล่องทางการเงินดีขึ้นกว่าปี 2539 และ 2540 โรงพยาบาลขนาดเล็กมีสภาพคล่องทางการเงินดีกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ตารางที่ 4 และภาพที่ 2)

รายรับเงินบำรุงของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น และรายรับต่อหัวผู้ป่วยนอกปี 2539-2541 เท่ากับ 146, 161 และ 163 บาท ตามลำดับ(ตารางที่ 5)

3.2 ภาวะด้านรักษาพยาบาล

3.2.1 สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

^b สภาพคล่อง หมายถึง สัดส่วนเงินบำรุง/หนี้สิน หากมีค่าต่ำกว่า 1 แสดงว่าขาดสภาพคล่อง (มีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุง)

จำนวนผู้ป่วยนอกของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นทุกปี นับแต่ปี 2535 เป็นต้นมา มีอัตราการเพิ่มโดยเฉลี่ยประมาณ 10% แต่ในปี 2541 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจากปี 2540 เพียง 6.9% (ตารางที่ 6) (ภาพที่ 4)

- เมื่อเปรียบเทียบรายงวด^๑ ปี 2539-2541 พบว่าในแต่ละปี จำนวนผู้ป่วยมารับบริการในงวดที่ 2 มากกว่างวดที่ 1 และงวดที่ 3 จำนวนผู้ป่วยมากกว่างวดที่ 2 (ภาพที่ 5)

- เมื่อเปรียบเทียบรายเขตพบว่าในปี 2541 จำนวนผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นทุกเขต สำหรับปี 2542 นั้นเนื่องจากเป็นข้อมูลคำนวณจากงวด 4 เดือนแรก(ต.ค.2541-ม.ค.2542) ยังไม่สามารถเปรียบเทียบกับปี 2541 สำหรับค่าเฉลี่ยทั้งปีได้ อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบระหว่างเขตแล้ว พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเขต 1, 4, 8, 9 และ 10 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่เขต 2, 3, 6, 7, 11 และเขต 12 มีจำนวนผู้ป่วยลดลง (ภาพที่ 6)

- เมื่อพิจารณาเป็นรายงวดพบว่า หลังลดค่าเงินบาทเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 นั้น ในงวดที่ 1 ปี 2541 (ต.ค. 2540 - ม.ค. 2541) จำนวนผู้ป่วยลดลงกว่างวดที่ 3 ของปี 2540 เกือบทุกเขตยกเว้นเขต 1 และเขต 4 (ภาพที่ 7, ภาพที่ 8 และภาพที่ 9)

- อัตราการผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยนอก 1,000 ราย ปี 2540, 2541 ใกล้เคียงกัน (1.61, 1.62 ตามลำดับ) แต่น้อยกว่า ปี 2537-2539 (2.06, 1.83 และ 2.06 ตามลำดับ) (ภาพที่ 10)

- วันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

^๑ งวดการรายงาน งวดที่ 1 ตั้งแต่ ต.ค. - ม.ค., งวดที่ 2 ตั้งแต่ ก.พ. - พ.ค.,
งวดที่ 3 ตั้งแต่ มิ.ย. - ก.ย.

น้อยกว่า 3 วันในปี 2539 เป็น 3.09 วัน และ 3.12 วัน ในปี 2540 และ 2541 ตามลำดับ (ภาพที่ 11)

- จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดนับตั้งแต่ปี 2537 ถึง 2539 (757, 882 และ 919 ราย ตามลำดับ) กลับลดลงในปี 2540 และ 2541 (895 และ 798 รายตามลำดับ) (ภาพที่ 12)

- ปี 2541 หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์น้อยกว่าปี 2540 (3.62 และ 3.68 ครั้ง/คนตามลำดับ) (ภาพที่ 13)

- ผลงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ไม่พบว่าเปลี่ยนแปลงมากนัก ยกเว้นการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลงานลดลง จากเฉลี่ย 654 รายในปี 2540 เหลือ 419 ราย ในปี 2541 (ภาพที่ 14)

- ข้อมูลจากกองโรงพยาบาลภูมิภาคก็พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอก ในช่วง 6 เดือนแรกของปี 2541 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 จำนวนผู้ป่วยในก็เพิ่มร้อยละ 8.5 (ภาพที่ 15) เมื่อรวมตัวเลขทั้งปีพบว่าอัตราเพิ่มไม่มากเช่นช่วง 6 เดือนแรก จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มร้อยละ 8.3 (ตารางที่ 6) และสำหรับจำนวนผู้ป่วยในปี 2541 นั้นมีอัตราเพิ่มจากปี 2540 เพียงร้อยละ 1.04 เท่านั้น¹

3.2.2 สถานการณ์ในกทม.

โรงพยาบาล 7 แห่ง ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กทม. มีผู้มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น อัตราเพิ่มในปี 2540 เทียบกับปี 2539 เท่ากับ 4.03 % ในขณะที่ปี 2541 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 18.05 % เมื่อเทียบกับปี 2540 จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มโดยรวมในปี 2541 เทียบกับปี 2540 เท่ากับ 18.17% ในขณะที่อัตราเพิ่มในปี 2540 เทียบกับปี 2539 เท่ากับ 2.38%

ในส่วนของโรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระบ

ว่าสถิติผู้ป่วยนอกในปี 2540 และ 2541 เพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่แตกต่างกันไป จากปีก่อนๆ อาจเนื่องมาจากว่า โรงพยาบาลรามามา จำกัดการให้บริการ อยู่ที่ประมาณ 1 ล้านครั้ง/ปี จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากทางโรงพยาบาลพยายามบริหารจัดการเพื่อให้การหมุนเวียนเข้าออก (turn-over rate) ของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด จำนวนผู้ป่วยประกันสังคมในปี 2542 ลดลง และผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลรามามาธิบดีมักเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มีความซับซ้อนมากที่ต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งถูกคัดออกจากการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน และถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากว่าค่าใช้จ่ายต่อรายจะสูงมาก ส่วนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยหรือโรคไม่ซับซ้อนก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหมด จำนวนผู้ป่วยคลินิกนอกเวลาลดลงในปี 2541 และลดลงต่อเนื่องในปี 2542 เนื่องจากกระทรวงการคลังไม่ให้เบิกค่าตรวจรักษาของแพทย์ (doctor fee) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการก็จะลดลง

3.3 สถานการณ์สถานพยาบาลภาคเอกชน

3.3.1 สถานการณ์ทั่วไป

จกกล เลิศเจียรดำรง ระบุถึงปัญหาของโรงพยาบาลเอกชนว่า วิกฤตเศรษฐกิจทำให้ผู้รับบริการลดลง เนื่องจากประชาชนมีกำลังซื้อลดลง ผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมลดลง กลุ่มทำงานในสำนักงานมีการยกเลิกสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล ซึ่งก็เป็นกลุ่มลูกค้าที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของโรงพยาบาลเอกชน ประมาณการว่าจำนวนผู้ป่วยนอกลดลงประมาณ 30% ขณะที่ผู้ป่วยในลดลงถึง 50% โรงพยาบาลต้องหาทางประนอมหนี้ หรือหาผู้ร่วมทุน และมีการลดค่าใช้จ่ายด้านค่าแรงโดยลดจำนวนบุคลากร, ลดเงินเดือน, เปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์, ปรับปรุงการบริหาร

เวชภัณฑ์มาใช้ยาที่ผลิตในประเทศมากขึ้น สำรองยาน้อยลง ร่วมกันจัดซื้อยา และต่อรองกับบริษัทยามากขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลมีความพยายามในการหารายได้เพิ่มเติม เช่น การมอบส่วนลดแก่สมาชิก การลดราคาค่าบริการบางประเภท หรือการหาลูกค้าต่างประเทศเป็นต้น³ นอกจากนี้ยังพบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่ทำสัญญาเป็นโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมมากขึ้นด้วย (ตารางที่ 7)

นพ.พงษ์ศักดิ์ วิทยากร กรรมการผู้จัดการโรงพยาบาลกรุงเทพ กล่าวว่า หลังจากเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนลดลง 20-30 % โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด โรงพยาบาลที่เข้าตลาดหลักทรัพย์แสดงผลประกอบการว่า จำนวนผู้ป่วยในลดลงโดยเฉลี่ย 10-25%

โรงพยาบาลลาดพร้าวมีจำนวนผู้ป่วยลดลงในปี 2541 เทียบกับปี 2540 เท่ากับ 14.9% ในขณะที่ปี 2540 ลดลงจากปี 2539 เท่ากับ 5.4% แต่ตัวเลขในไตรมาสที่ 1 ของปี 2542 มีแนวโน้มที่จำนวนผู้มาใช้บริการจะมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยแผนกทันตกรรมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในปี 2541 ก็ลดลงจากปี 2540 อย่างเห็นได้ชัด และยังมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง

3.3.2 ลักษณะของผู้ใช้บริการ และพฤติกรรมการใช้บริการเปลี่ยนแปลงไป

นพ.วิรัตน์ วงศ์แสงนาค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดพร้าว ได้ให้ข้อสังเกตโดยอาศัยข้อมูลการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลลาดพร้าวว่า

1. ลักษณะของผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป

หลังจากค่าเงินบาทลอยตัว คือ ผู้ใช้บริการที่ขั้บรณญี่ปุ่น (ซึ่งถือว่ามีฐานะปานกลาง) ลดน้อยลง แต่ผู้ใช้บริการที่ขั้บรณยุโรปราคาแพงกลับเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ใช้บริการเปลี่ยนไปหาบริการที่มีราคาถูกลง ดังนั้นจึงมีการขยับระดับการใช้สถานพยาบาลของผู้ใช้บริการที่มีเศรษฐกิจระดับต่างๆ แต่ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเพียง 1 เดือนเท่านั้น หลังจากนั้นสถานการณ์ก็กลับไปเป็นเหมือนก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

2. ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาล มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปี 2538 จนถึงปัจจุบัน (จาก 57,936 คนในปี 2538 เป็น 116,175 คนในปี 2541) ในขณะที่ผู้ป่วยข้าราชการลดลงมาก เนื่องจากกลัวว่าจะมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่าย ผู้ใช้บริการที่มีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพเอกชนมากขึ้น ใช้สิทธิมากกว่า 1 สิทธิมากขึ้น

3. การชำระเงินของผู้ใช้บริการเปลี่ยนจากชำระด้วยเงินสดมาเป็นชำระด้วยบัตรเครดิตมากขึ้น ยอดการชำระด้วยเงินสดในปี 2541 ลดลงกว่าครึ่งเมื่อเทียบกับปี 2540

4. ผู้ใช้บริการเปลี่ยนพฤติกรรมจากการมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย กลายเป็นมาเมื่อเจ็บป่วยมาก และผู้ป่วยจำนวนมากมารับการตรวจวินิจฉัยแล้วขอไปซื้อยาเอง หรือขอประวัติและฟิล์ม X-ray ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลของรัฐ

5. จำนวนผู้ใช้บริการในแผนกศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูก และศัลยกรรมอื่นๆ ผู้ป่วยฟอกไตลดลง

6. ผู้ใช้บริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังขอให้แพทย์ปรับยาเป็นชนิดที่ผลิตในประเทศ และขอรับเฉพาะยาหลักในการรักษาโรค หรือรับยาดีขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์แต่ละครั้งน้อยลง

7. ผู้ใช้บริการขอตรวจสอบราคา ยา ค่าผ่าตัดเปรียบเทียบกับ
ที่อื่น ๆ ก่อนตัดสินใจรักษาหรือผ่าตัด และผู้ป่วยจำนวนหลายรายมา
พบแพทย์เพื่อขอ second opinion ในเชิงการรักษา

8. ผู้ใช้บริการมีความรู้เรื่องยาดีขึ้น เลือกซื้อยาที่จำเป็น

3.3.3 สถานการณ์การเงินการคลัง

1. สถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลเอกชนนั้นมี
เฉพาะการรายงานผลประกอบการของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในตลาดหลักทรัพย์
จำนวน 13 แห่งเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลนอกตลาดหลักทรัพย์จะไม่
เปิดเผยถึงสถานะการเงินการคลังอย่างเป็นทางการ ดังนั้นจึงมีข้อมูลที่
เกี่ยวข้องกับสถานะการเงินของโรงพยาบาลเอกชนเพียงบางส่วนเท่านั้น
อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ซึ่งบอก
ถึงบริบทแวดล้อมที่จะส่งผลถึงสภาพคล่อง หรือสถานะการเงินของ
โรงพยาบาลได้ระดับหนึ่ง

2. โรงพยาบาลลาดพร้าวระบุว่า หลายบริษัททยอยยกเลิกสัญญา
สินเชื่อการให้สวัสดิการรักษายาบาลแก่พนักงาน แต่บริษัทประกัน
ติดต่อขอทำสัญญากับโรงพยาบาลมากขึ้น

3. สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งดีขึ้นในปี
2542 อาจเนื่องมาจากอัตราแลกเปลี่ยนที่ดีขึ้น โรงพยาบาลกรุงเทพฯ
รายได้จากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในปัจจุบันเพิ่มขึ้นจาก 32% เป็น 42%
และประเมินว่าบางโรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น
เป็น 50%

3.4 หลักประกันด้านสุขภาพของประชาชน

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในขณะที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจก่อนวิกฤตเศรษฐกิจเฉลี่ย 6.3% รายได้ที่แท้จริงต่อหัวในไตรมาสที่ 3 ของปี 2540 ลดลง 11.5% และต้นปี 2541 ลดลงอีก 2.4%⁴ คนยากจนในประเทศเพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรและได้รับความคุ้มครองด้านรักษาพยาบาลนั้นลดลงจาก 19.7% ในปี 2540 เหลือ 13.5% ในปี 2541 (ตารางที่ 8)

แม้ว่ารัฐบาลได้จัดงบประมาณเพิ่มขึ้น แต่ก็สามารถชดเชยให้แก่สถานบริการได้เพียง 55-64% เท่านั้น และถึงแม้ว่าผู้มีสิทธิรักษาฟรีมารับบริการที่สถานพยาบาลน้อยลงโดยปี 2541 เทียบกับปี 2540 จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง 10.8% จำนวนผู้ป่วยในลดลง 0.5% แต่ค่าใช้จ่ายที่สถานบริการคิดนั้นเพิ่มขึ้น 6% (ตารางที่ 9)

ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าครัวเรือนมีสัดส่วนรายจ่ายในการซื้อยากินเองที่ลดลงเรื่อยมาจนถึงปีพ.ศ. 2539 แต่กลับมีสัดส่วนสูงขึ้นในปีพ.ศ. 2541 (ภาพที่ 16)

3.5 กรณีศึกษาเฉพาะบางกรณี

3.5.1 ภาระด้านการบริการ

จากสถิติการให้บริการที่ได้รับจากจังหวัดสงขลาพบว่า จำนวนครั้งผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยทุกแห่งในปี 2541 มีจำนวน 1.79 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจาก 1.35 และ 1.54 ล้านครั้ง ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ จังหวัดน่านเพิ่มขึ้นเช่นกันจาก 1.40 ในปี 2538 เป็น 1.42, 1.59 และ 1.66 ล้านครั้ง ในปี 2539, 2540, 2541 ตามลำดับ ผู้ป่วยนอก

ของสถานบริการทุกระดับในจังหวัดอำนาจเจริญก็เพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์ผู้ป่วยในของจังหวัดสงขลา พบว่าจำนวนผู้ป่วยในของสถานบริการทุกระดับในปี 2540 ลดลงจากปี 2539 แต่เพิ่มขึ้นในปี 2541 ในขณะที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย ตั้งแต่ปี 2539 ถึงปี 2541 ก็เพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยในของจังหวัดน่านลดลงในปี 2541 เมื่อเทียบกับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อยมา จากปี 2538 ถึงปี 2540 ในขณะที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อรายคงที่

ผู้ป่วยในของจังหวัดอำนาจเจริญมีจำนวนเพิ่มขึ้นในปี 2541 คือ 25,030 ราย เมื่อเทียบกับ 23,113 รายในปี 2540 และ 19,692 รายในปี 2539

จากการสำรวจของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในส่วนของประชาชนพบว่า ในเขตเทศบาลเมื่อเจ็บป่วย สัดส่วนประชาชนที่ซื้อยาเกินเองที่เคยลดลงจาก 16% ในปี 2538 เหลือ 15% ในปี 2539 กลับเพิ่มเป็น 22% และ 26 % ในปี 2540 และ 2541 ตามลำดับ และไปคลินิกกลับตรงกันข้ามคือ ใช้น้อยลง โดยปี 2538-2539 เท่ากับ 14%, 19% แต่ปี 2540-2541 เท่ากับ 16% และ 9% ตามลำดับ สำหรับการไปสถานอนามัย และโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก

3.5.2 สัดส่วนการให้บริการของผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลประเภทต่างๆ

ข้อมูลจากโรงพยาบาลอ่าวอุดม อำเภอสัตร์ราชา (รพช.) พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ถือบัตร สปร. ลดลงจาก 20,583 ครั้งในปี 2540 เป็น 18,652 ครั้ง ในปี 2541 และการให้บริการผู้ป่วยในของผู้ถือ

บัตรประเภทนี้ก็ลดลงจาก 1,003 คน ในปี 2540 เป็น 979 คน ในปี 2541 ในขณะที่ตัวเลขผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ถือบัตร สปร. เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี 2540 เทียบกับปี 2539

ในส่วนของผู้ใช้บริการที่ถือบัตรสุขภาพและบัตรประเภทอื่นๆ นั้น มีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2539 จนถึงปี 2541

จังหวัดน่าน จำนวนผู้ป่วยรับการรักษาที่สถานือนามัย ที่ถือบัตร สปร., บัตรสุขภาพ และบัตรสวัสดิการอื่นๆ มีจำนวนลดลงในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ในขณะที่ก่อนหน้านั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อดูตัวเลขของผู้มารับบริการที่ถือบัตร สปร.ของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดน่าน ในปี 2541 แล้วจะพบว่า มีจำนวนลดลงจากปีก่อนๆ แต่ผู้ใช้บริการที่ถือบัตรสุขภาพและบัตรอื่นๆ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของการให้บริการผู้ป่วยในพบว่าผู้ถือบัตร สปร. และบัตรประเภทอื่นๆ ในปี 2541 มีจำนวนลดลงจากปี 2540

จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ถือบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในสถานบริการทุกระดับของจังหวัดสงขลาเพิ่มสูงขึ้นในปี 2541 เมื่อเทียบกับปีก่อนๆ เช่นกัน ในขณะที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อรายนั้นมีอัตราส่วนที่ลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2538-2541 (4.89, 4.74, 4.62 และ 4.24 วันต่อราย ตามลำดับ)

3.5.3 สถานะการเงินการคลัง

รายรับเงินบำรุงเพิ่มขึ้น-รายจ่ายลดลง สถานบริการในจังหวัดน่าน, สงขลา, อำนาจเจริญ และ รพช. อ่าวอุดม ระบุว่าสถานพยาบาลในจังหวัดมีรายรับเงินบำรุงเพิ่มขึ้น จากแหล่งที่มาต่างๆ คือ สัดส่วนข้าราชการมาใช้บริการเพิ่มขึ้น, รายได้จากบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น,

รายได้จากประกันสังคมและประกันประเภทต่างๆ เพิ่มมากขึ้น รายได้จาก การซื้อชื้อกันของประกันประเภทต่างๆ ของผู้ประกันตน นอกจากนี้ บางสถานพยาบาลมีความรัดกุม และรอบคอบในการตรวจสอบการเก็บ รายได้มากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการพยาบาลต่างๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่มัก ไม่รอบคอบ ในการคิดค่าใช้จ่ายก็รอบคอบมากขึ้น ข้อสังเกตอีกประการ หนึ่ง คือรายได้ที่มากขึ้นอาจมาจากราคาขายที่สูงขึ้นก็ได้

ข้อมูลจากโรงพยาบาลอำนาจเจริญพบว่า สัดส่วนของใบสั่งยาที่ ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 43% ในปี 2540 เป็น 49% ในปี 2541 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เก็บได้เพิ่มขึ้นจาก 14.4 ล้านบาทใน ปี 2540 15.8 ล้านบาทในปี 2541 และสัดส่วนรายรับค่ารักษาที่ผู้ป่วย จ่ายเองเพิ่มขึ้นจาก 36% ในปี 2540 เป็น 49% ในปี 2541 ในขณะที่รายรับ จากสิทธิบัตรต่างๆ ลดลงจาก 64% ในปี 2540 เป็น 51% ของรายรับรวม ในปี 2541

โรงพยาบาลอ่าวอุดมมีรายรับเพิ่มจาก 19.4 ล้านบาทในปี 2539 เป็น 25.9 ล้านบาทในปี 2540 หรือเพิ่ม 33.86% เป็น 34.9 ล้านบาทในปี 2541 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2540 เท่ากับ 34.76% งบประมาณที่ได้รับการ สนับสนุนเพิ่มขึ้นจาก 6.17 ล้านบาทในปี 2539 เป็น 6.97 ล้านบาทในปี 2540 (+1.2%) และเป็น 10.28 ล้านบาท ในปี 2541 (+4.7%)

ตารางที่ 1 แสดงงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบัน และมูลค่าจริงเมื่อเทียบกับพ.ศ. 2542

พ.ศ.	งบประมาณ กระทรวง สาธารณสุข (ล้านบาท)	เงินสมทบ เงิน หมุนเวียน บัตรประกัน สุขภาพ (ล้านบาท)	งบประมาณ กระทรวง สาธารณสุข ทั้งหมด (ในมูลค่า ปัจจุบัน) (ล้านบาท)	ตัวเลขของ ดัชนีราคา ผู้บริโภค เมื่อค.ศ.พ.ศ. 2537=100	มูลค่า พ.ศ.2542 (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด จากปีก่อน (มูลค่าพ.ศ. 2542)	ร้อยละ งบประมาณ ประเทศ
2535	24,640	-	-	-	-	-	-
2536	32,898	-	32,898	95.1	44,244	-	5.8
2537	39,319	-	39,319	100.0	50,289	13.7	6.3
2538	45,103	730	45,833	105.8	55,406	10.2	6.4
2539	55,236	625	55,861	112.0	63,791	15.1	6.7
2540	66,544	1,030	67,574	118.2	73,120	14.6	7.3
(2540)	-	-	(68,934)	-	(74,591)	(16.9)	(6.7)
2541	62,625	1,080	63,705	127.8	63,755	-12.8	7.7
(2541)	-	-	(65,065)	-	(65,116)	(-12.7)	(6)
2542	57,171	960*	58,131	127.9	58,131	-8.8	7
(2542)	-	-	(61,691)	-	(61,691)	(-5.3)	(5.9)
2543	59,183	2,400*	61,583	131.7	59,806	2.9	7
(2543)	-	-	(63,943)	-	(62,098)	(0.7)	NA

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :

- ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณสมทบเป็นค่าบัตรประกันสุขภาพแยกต่าง

หากเรียกว่า เงินสมทบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งก่อนนั้นงบประมาณส่วนนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ

2. ตัวเลขใน () คือ ตัวเลขที่รวมเงินกู้จากต่างประเทศ คือ ประเทศสวีเดน เดนมาร์ก OECF ธนาคารโลก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย และญี่ปุ่น (Miyazawa Plan) ปี พ.ศ. 2540 = 1,360 ล้านบาท ปี พ.ศ. 2541 = 1,360 ล้านบาท ปี พ.ศ. 2542 = 3,560 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2543 = 2,360 ล้านบาท
3. ข้อมูล พ.ศ. 2543 เป็นร่าง พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ 2543
4. ข้อมูล พ.ศ. 2538 - 2542 เงินสมทบเงินทุนหมุนเวียน บัตรประกันสุขภาพ คิดจากยอดจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ ยกเว้นใน พ.ศ. 2543 คิดจากตัวเลขของเงินกองทุนทั้งหมด แทน

ตารางที่ 2 แสดงงบประมาณสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522-2542 (มูลค่าปัจจุบัน)

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (ล้านบาท)			ร้อยละของงบประมาณทั้งกระทรวง
		มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่า พ.ศ. 2542	เพิ่ม/ลดในมูลค่า พ.ศ. 2542(%)	
2522	3,976.9	300.0	843.3	-	7.5
2523	4,494.5	350.0	822.89	-2.4	7.8
2524	5,571.8	350.0	730.26	-11.2	6.3
2525	6,652.3	476.7	945.27	+29.4	7.2
2526	7,902.4	603.0	1,151.1	+21.8	7.6
2527	8,617.6	659.7	1,250.01	+8.6	7.6
2528	9,044.3	721.8	1,334.08	+6.7	8.0
2529	9,274.7	678.5	1,230.92	-7.7	7.3
2530	9,525.1	705.8	1,250.30	+1.6	7.4
2531	10,372.5	725.0	1,236.37	-1.1	7.0
2532	11,733.1	800.0	1,295.19	+4.7	6.8
2533	16,255.1	1,500.0	2,292.11	+77.0	9.2
2534	20,568.6	2,000.0	2,890.40	+26.1	9.7
2535	24,640.4	2,480.0	3,444.00	+19.1	10.1
2536	32,898.1	3,456.0	4,647.97	+35.0	10.5
2537	39,318.7	4,263.5	5,453.02	+17.3	10.8
2538	45,832.6	4,470.1	5,403.84	-0.9	9.7
2539	55,861.2	4,816.9	5,500.73	+1.8	8.6
2540	67,574.3	6,370.5	6,893.29	+25.3	9.4
2541	63,705.1	7,029.0	7,034.50	+2.0	11.0
2542	58,131.3	8,405.6	8,405.60	+19.5	14.4
	(61,691)	(8,887.6)	(8,887.6)	(+26.3)	(15.3)
2543	61,583.6	8,945.7	8,677.3	+3.2	14.5
	(63,943)	(9,427.7)	(9,144.8)	(+2.9)	(15.3)

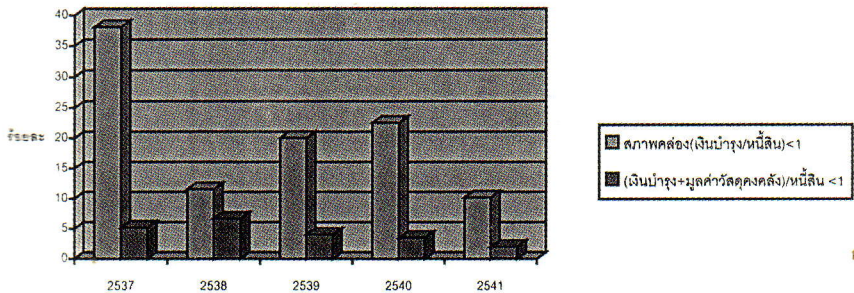
ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ตัวเลขใน () คือตัวเลขที่รวมเงินกู้จากธนาคารเพื่อการ
พัฒนาเอเชีย และธนาคารโลก พ.ศ. 2542 = 482 ล้านบาท
พ.ศ. 2543 = 482 ล้านบาท ข้อมูล พ.ศ. 2543
เป็นร่าง พ.ร.บ. งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ
2543

ตารางที่ 3 สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชน
ปีงบประมาณ 2537-2541

ปี	สภาพคล่อง (เงินบำรุง / หนี้สิน)						(เงินบำรุง + มูลค่าวัสดุคงคลัง) / หนี้สิน					
	<1		≥1		รวม		<1		≥1		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2537	169	38.1	274	61.9	443	100	23	5.2	420	94.8	443	100
2538	55	11.6	421	88.4	476	100	32	6.7	444	93.3	476	100
2539	101	20.1	402	79.9	503	100	20	4.0	483	96.0	503	100
2540	124	22.6	425	77.4	549	100	19	3.5	530	96.5	549	100
2541	57	10.2	500	89.8	557	100	11	2.0	546	98	557	100

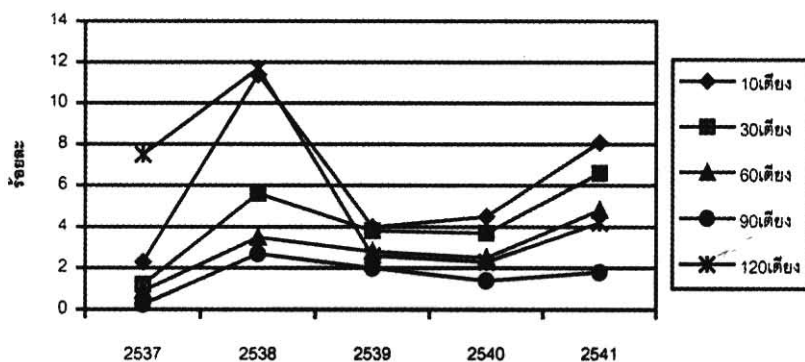
ภาพที่ 1 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดสภาพคล่องทาง
การเงินในช่วงปีงบประมาณ 2537-2541



ตารางที่ 4 สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2537-2541

โรงพยาบาล (เตียง)	เงินบำรุง/หนี้สิน					(เงินบำรุง+มูลค่าวัสดุคงคลัง)/หนี้สิน				
	2537	2538	2539	2540	2541	2537	2538	2539	2540	2541
10	2.3	11.4	4.0	4.5	8.1	10.2	36.5	11.3	9.2	17.9
30	1.2	5.6	3.8	3.7	6.6	7.4	19.3	8.9	6.9	12.3
60	0.9	3.5	2.8	2.5	4.8	5.4	15.2	6.2	4.9	7.8
90	0.3	2.7	2.0	1.4	1.8	4.0	11.9	4.1	3.3	4.7
120	7.5	11.7	2.6	2.3	4.2	9.1	14.3	6.1	3.9	7.1

ภาพที่ 2 สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2537-2541



ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5 แสดงรายรับเงินบำรุงของโรงพยาบาลชุมชน
ปีงบประมาณ 2537-2541

ปี	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	อัตราเพิ่ม (%)	รายรับเงินบำรุง (ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม (%)	รายรับต่อหัว ผู้ป่วยนอก(บาท)
2537	22,765,432		2,635.1		116
2538	26,953,926	18.4	3,121.6	18.5	116
2539	28,204,949	4.6	4,123.2	32.1	146
2540	31,412,935	11.4	5,066.6	22.9	161
2541	34,015,139	8.3	5,527.6	9.1	163

ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 6 ผลการให้บริการผู้ป่วยนอก ของสถานบริการสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข ปี 2520-2541

ปี	รพศ/รพท.		รพช/รพ.สาขา		สอ./สสช.		รวม	
	ผู้ป่วย (ล้านครั้ง)	อัตราเพิ่ม (%)	ผู้ป่วย (ล้านครั้ง)	อัตราเพิ่ม (%)	ผู้ป่วย (ล้านครั้ง)	อัตราเพิ่ม (%)	ผู้ป่วย (ล้านครั้ง)	อัตราเพิ่ม (%)
2520	5.5		2.9		3.5		11.9	
2524	7.5	36.4	6.0	106.9	9.2	162.9	22.7	90.8
2528	10.0	33.3	11.1	85.0	9.8	6.5	30.9	36.1
2532	10.9	9.0	12.9	16.2	15.5	58.2	39.3	27.2
2534	11.0	0.9	17.9	38.8	20.1	29.7	49.0	24.7
2535	11.3	2.7	19.2	7.3	20.0	-0.5	50.5	3.1
2536	12.2	8.0	21.0	9.4	23.6	18.0	56.8	12.5
2537	13.3	8.8	23.6	12.4	27.1	14.8	64.0	12.6
2538	14.6	10.1	26.9	14.0	31.8	17.3	73.3	14.6
2539	15.5	6.0	28.1	4.3	34.6	9.0	78.2	6.7
2540	16.8	8.3	32.0	14.0	40.4	16.7	89.2	14.1
2541	18.2	8.2	33.7	5.4	43.5	7.6	95.4	6.9

ที่มา: กองโรงพยาบาลภูมิภาค, กองสาธารณสุขภูมิภาค, สำนักนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7 โรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม
พ.ศ. 2534-2542

Year	Main contractors				Total	Subcontractors				Total
	Public		Private			Public		Private		
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
1991	119	86.9	18	13.1	137	-	-	-	-	-
1992	118	81.4	27	18.6	145	838	92.4	69	7.6	907
1993	119	76.3	37	23.7	156	748	89.2	91	10.8	839
1994	122	68.9	55	31.1	177	1,019	78.7	275	21.3	1,294
1995	126	66.7	63	33.3	189	1,206	69.2	537	30.8	1,743
1996	126	63.6	72	36.4	198	1,210	42.6	1,629	57.4	2,839
1997	127	64.8	69	35.2	196	1,340	46.9	1,517	53.1	2,857
1998	127	62.0	78	38.0	205	1,263	56.0	994	44.0	2,257*
1999	128	55.2	107	44.8	232	1,511	39.7	2,294	60.3	3,805

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

* ลดลงเนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 8 ร้อยละความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ
พ.ศ. 2534-2541

ระบบประกันสุขภาพ	2534	2535	2538	2539	2540	2541
1. โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	16.6	35.9	43.9	45.93	45.47	45.06
1.1 ผู้มีรายได้น้อย	16.3	20.7	15.5	20.18	19.72	13.45
1.2 ผู้สูงอายุ	-	6.2	4.6	5.46	3.83	5.48
1.3 เด็ก 0-5 ปี	-	-	7.1	14.5	14.0	7.28
1.4 นักเรียนประถมและมัธยมต้น	-	9.0	8.9			11.10
1.5 ทหารผ่านศึก	0.3	-	0.4	0.23	0.34	0.35
1.6 ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร	-	-	5.0	3.55	5.3	5.38
1.7 ผู้พิการ	-	-	1.8	1.51	1.79	1.52
1.8 ภิกษุ สามเณร	-	-	0.6	0.5	0.49	0.50
2. สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10.2	11.3	11.0	13.1	13.09	10.85
2.1 ข้าราชการและครอบครัว	8.7	9.9	9.6	11.7	11.7	9.42
2.2 พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.43
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ - ประกันสังคม/กองทุนทดแทนแรงงาน	3.2	4.4	7.3	7.61	7.33	8.47
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	2.9	3.9	9.8	10.4	14.77	13.95
4.1 การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1.7	2.3	7.8	9.0	14.77	13.95
4.2 การประกันสุขภาพเอกชน	1.2	1.6	2.0	1.4	-	-
5. ผู้ได้รับการประกันสุขภาพ ร้อยละ	32.9	55.5	72.0	77.04	80.66	78.33
6. ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ	67.1	44.5	28.0	22.96	19.34	21.67

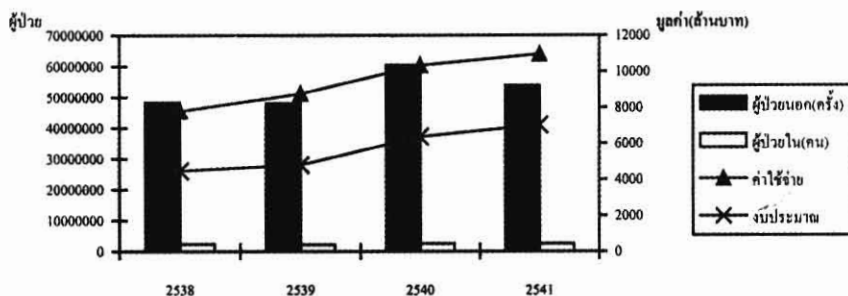
ที่มา: สำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 9 ผู้ป่วยที่รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า
ในสถานบริการของรัฐ ปี2538-2541

ปี	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		ค่าใช้จ่าย		งบประมาณ		การได้คืน ^๑
	(ครั้ง)	เปลี่ยนแปลง(%)	(คน)	เปลี่ยนแปลง(%)	(ล้านบาท)	เปลี่ยนแปลง(%)	(ล้านบาท)	เปลี่ยนแปลง(%)	(%)
2538	48,282,079		2,286,687		7,793		4,470		57.36
2539	48,037,766	-0.5	2,112,820	-7.6	8,779	12.7	4,817	7.8	54.87
2540	60,397,981	25.7	2,472,271	17.0	10,341	17.8	6,371	32.3	61.60
2541	53,852,615	-10.8	2,460,806	-0.5	10,963	6.0	7,029	10.3	64.12

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

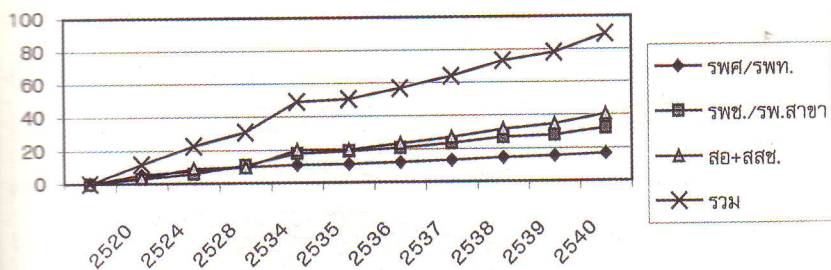
ภาพที่ 3 ผลงานบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า,
ค่าใช้จ่าย และงบประมาณสนับสนุนสถานบริการ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2538-2541



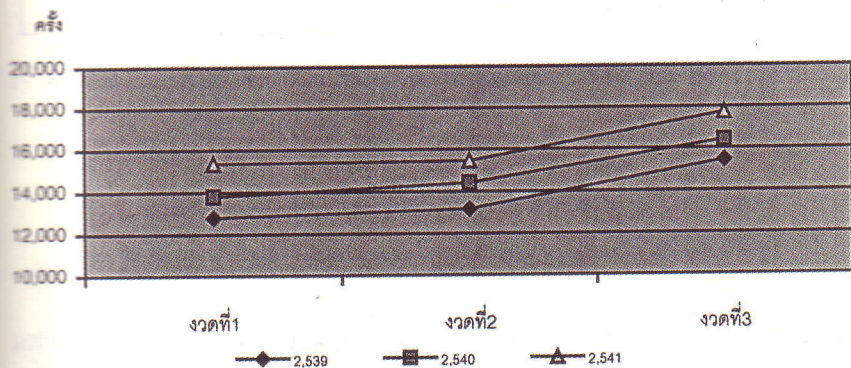
ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

^๑ การได้คืนคิดจากงบประมาณ/ค่าใช้จ่าย*100

ภาพที่ 4 ผลการให้บริการผู้ป่วยของสถานบริการ
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2520-2541

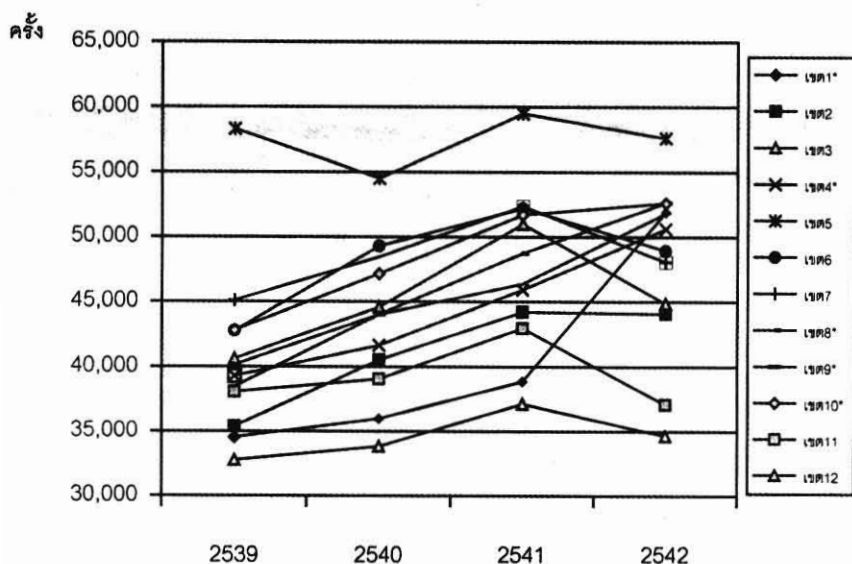


ภาพที่ 5 ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยรายงวด ระหว่างปีงบประมาณ 2539-2541



ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

ภาพที่ 6 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอก
ของโรงพยาบาลชุมชนจำแนกรายเขต ปี2539-2542

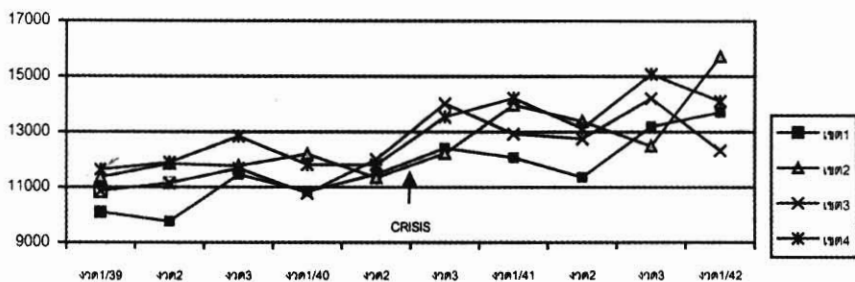


ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

หมายเหตุ ปี 2542 คำนวนจากข้อมูล 4 เดือนแรกของปีงบประมาณ
(ต.ค.2541-ม.ค.2542)

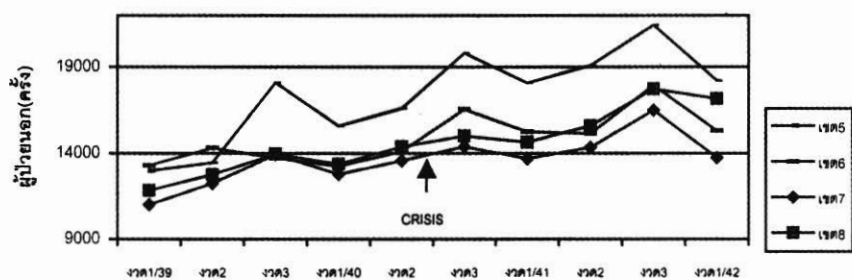
* หมายถึง เขตที่มีผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในปี 2542

ภาพที่ 7 ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนเจดีย์รายงวด (เขต1-4)
ปี2539-2542



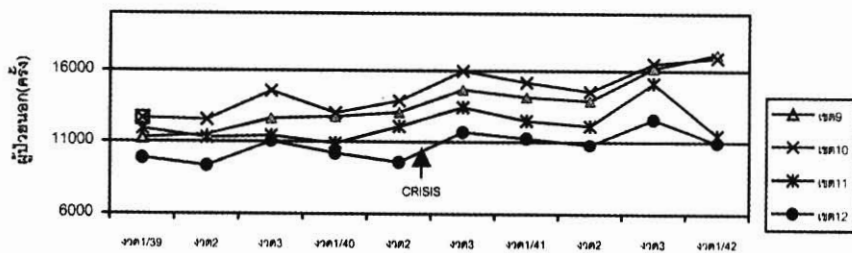
ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

ภาพที่ 8 ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนเจดีย์รายงวด (เขต5-8)
ปี2539-2542



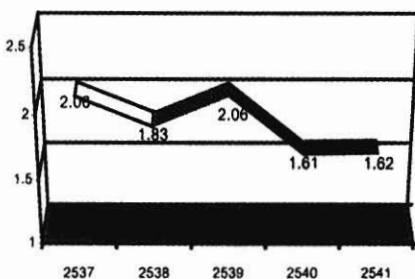
ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

ภาพที่ 9 ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนเจ็ลยรายงวด (เขต9-12)
ปี2539-2542



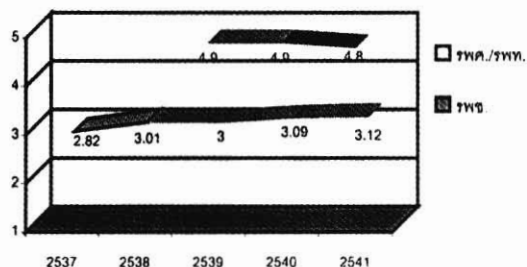
ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

ภาพที่ 10 อัตราการผ่าตัดใหญ่ต่อผู้ป่วยนอก 1,000 ราย
ในโรงพยาบาลชุมชนปี 2537-2541



ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

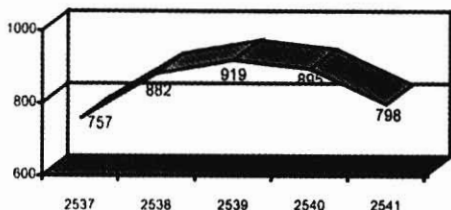
ภาพที่ 11 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน
ในโรงพยาบาลชุมชน ปี 2537-2541



ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

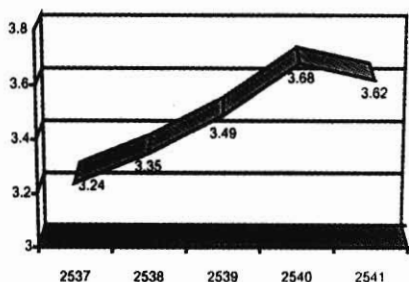
ภาพที่ 12 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการรักษาที่
โรงพยาบาลชุมชน ปี 2537-2541

ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ได้รับการรักษาที่รพช.

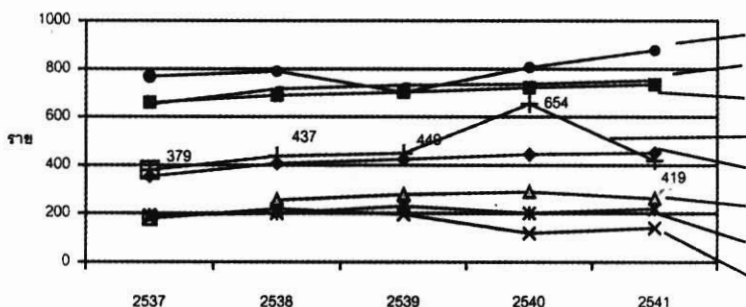


ภาพที่ 13 จำนวนครั้งการดูแลก่อนคลอดเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ปี 2537-2541

ดูแลก่อนคลอด(ครั้ง/คน) โรงพยาบาลชุมชน

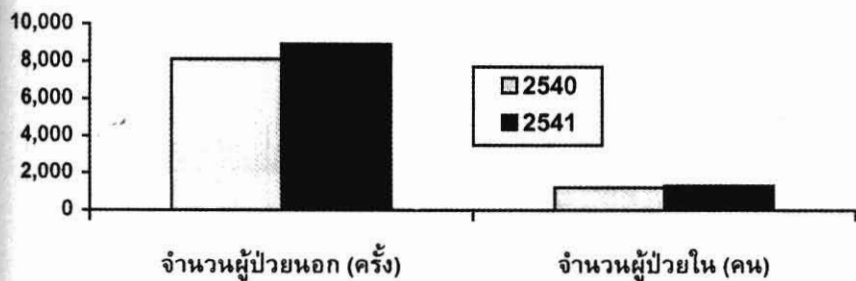


ภาพที่ 14 ผลการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาลชุมชน ปี 2537-2541



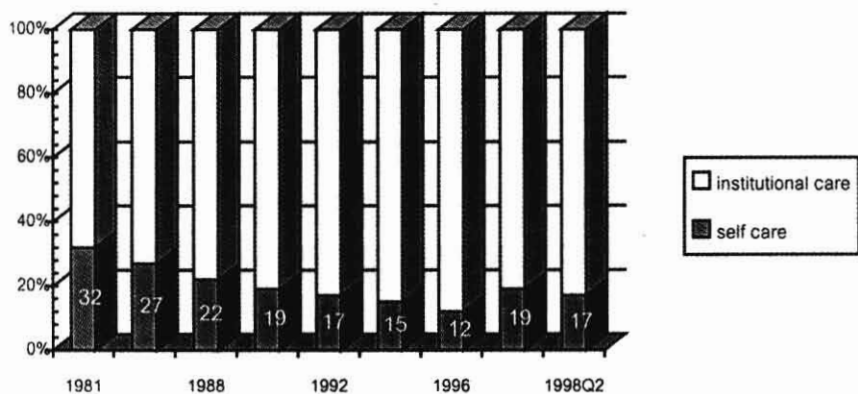
ที่มา: กองสาธารณสุขภูมิภาค

ภาพที่ 15 ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป ช่วง 6 เดือนแรกของปี 2540 กับ
ปี 2541



ที่มา: กองโรงพยาบาลภูมิภาค

ภาพที่ 16 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของครัวเรือน



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 17 ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน

ปี	จำนวนรพ.		จำนวนผู้ป่วย		ภาระงานต่อรพ.	
	จำนวน	อัตราเพิ่ม(%)	จำนวน(ล้านครั้ง)	อัตราเพิ่ม(%)	จำนวน(ครั้ง)	อัตราเพิ่ม(%)
2537	666		23.6		37,107	
2538	693	8.23	26.9	13.98	38,817	4.40
2539	699	0.86	28.1	4.46	40,200	3.44
2540	706	0.99	32.0	13.88	45,326	11.31
2541	708	0.28	34.0	6.25	48,023	5.62

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4. วิจัยรณ

4.1 ความขัดแย้งระหว่างต้นทุนและคุณภาพ

ความพยายามในการปรับปรุงการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเท่าที่จำเป็น ทำให้จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แต่สำหรับโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

ความพยายามในการลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลลงนั้น อาจสะท้อนประสิทธิภาพที่ดีขึ้น แต่ก็อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้บริหารต้องคำนึงถึงระหว่างต้นทุนและคุณภาพในการรักษาตลอดเวลา การเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์

การป่วยตายในโรงพยาบาลและข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องจะเป็นการประเมินผลกระทบจากการปรับตัวนี้ได้เป็นอย่างดี

4.2 การบริการสุขภาพและรักษาพยาบาล

แม้จะเป็นที่คาดหมายกันว่า ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจะทำให้ประชาชนหันมารับการบริการด้านรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐมากขึ้น และสถานบริการต้องแบกรับภาระที่มากขึ้น ในขณะที่อัตราค่าลงมีจำกัดและงบประมาณโดยรวมลดลง แต่จากข้อมูลของกองสาธารณสุขภูมิภาค, กองโรงพยาบาลภูมิภาค และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถิติผู้ป่วยมีอัตราการเพิ่มไม่แตกต่างไปจากปีก่อนๆ และเป็นที่น่าสังเกตว่าปี 2540 นั้นผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2539 (14.1%) ซึ่งมากกว่าอัตราเพิ่มของปี 2539 จากปี 2538 (6.7%) ที่ยังไม่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ (ตารางที่ 6) อาจเป็นเพราะช่วงเริ่มวิกฤตเศรษฐกิจใหม่ๆ ซึ่งเริ่มมีสัญญาณมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีการลดค่าเงินบาท ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ประชาชนประหยัดค่าใช้จ่ายโดยการหันมาใช้บริการของรัฐมากขึ้น และสำหรับปี 2541 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มจากปี 2540 ในอัตราที่ลดน้อยลง อาจเกิดจากประชาชนเริ่มชินกับสภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำมากขึ้น(สาเหตุที่แท้จริงต้องทำการศึกษาต่อไป) ดังนั้นภาระที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลก็ยังไม่มากถึงขนาดทำให้เกิดปัญหาในการบริการ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายเขตแล้วพบว่า มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการใช้บริการไม่เหมือนกัน(ภาพที่ 6-9) ซึ่งอาจเนื่องมาจากผลกระทบต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงที่ผ่านมา ส่งผลต่อพื้นที่ต่างๆ และกลุ่มบุคคลต่างๆ ไม่เท่ากัน เช่น เขต1 เป็นเขตอุตสาหกรรม เขต11-12 เป็นเขตทางภาคใต้ ซึ่งลักษณะทางเศรษฐกิจ

แตกต่างจากภาคอื่นๆ เป็นต้น จำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญในการติดตามสถานการณ์ต่อไป การวางแผนดำเนินการต่างๆ นั้นต้องตอบสนองต่อพื้นที่ต่างๆ ไม่เหมือนกัน

หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์น้อยครั้งกว่าเดิมนั้น อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารกในครรภ์ นั้นหมายความว่า จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของทารกแรกคลอดด้วย และผลการบริการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักในหญิงมีครรภ์ที่ลดลง ก็จะมีผลต่อการเกิดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด(Tetanus Neonatorum)ด้วย

จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุจากรถลดลงเป็นผลดีที่เกิดขึ้น อาจเนื่องมาจากยานพาหนะที่ลดลง(ถูกยึด)หรือจากประชาชนเดินทางน้อยลง หากเกิดจากเหตุดังกล่าว เมื่อสภาพเศรษฐกิจดีขึ้นอุบัติเหตุก็จะมากขึ้นอีกหากไม่มีการรณรงค์ด้านวินัยจราจรกันอย่างจริงจัง

4.3 สถานการณ์ภาคเอกชน...

ทรัพย์สินของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งสิ่งก่อสร้างและอุปกรณ์การแพทย์จำนวนมากที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีมากเกินความต้องการ ในขณะที่ทรัพยากรภาครัฐมีจำกัดและมีประชาชนมารับบริการเป็นจำนวนมาก นี่คือภาพสะท้อนการจัดการที่ขาดประสิทธิภาพของประเทศ เป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องขบคิดกันต่อไปในการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

ปัญหาที่เกิดขึ้นน่าจะนำไปสู่มิติใหม่แห่งความร่วมมือกันระหว่างรัฐและเอกชนในการจัดการทรัพยากรที่คุ้มค่า โดยได้ประโยชน์ทุกฝ่ายทั้งผู้บริโภคและผู้ให้บริการ

4.4 หลักประกันสุขภาพ...ประชาชนเดือดร้อนมากขึ้น

แม้งบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยจะจัดสรรให้สถานบริการมากขึ้น แต่ความครอบคลุมหลักประกันในภาพรวมกลับลดลง และสัดส่วนผู้มีรายได้น้อยที่ได้บัตรก็ลดลงเช่นเดียวกัน ซึ่งตรงกันข้ามกับที่ควรจะเป็นคือผู้มีรายได้น้อยควรได้รับการออกบัตรมากขึ้นเพราะประชาชนยากจนลงนั่นเอง

การที่โรงพยาบาลมีรายได้จากการรักษาพยาบาลมากขึ้น ด้านหนึ่งสะท้อนประสิทธิภาพในการจัดเก็บ แต่อีกด้านหนึ่งก็คือประชาชนถูกเก็บค่าบริการมากขึ้นนั่นเอง ซึ่งอาจมาจากการเก็บทางอ้อม เช่น บัตรประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ หรือเก็บโดยตรงจากประชาชนที่ไม่มีสิทธิใดๆ เพิ่มขึ้น หากเป็นประการหลังก็แสดงว่าประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนั่นเอง

การขุดเขยค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลที่ผ่านมา และจัดสรรงบประมาณมากขึ้นแต่ก็ยังไม่ครอบคลุมจึงควรจัดสรรให้มากขึ้น และควรปรับปรุงรูปแบบและวิธีการจัดสรรที่เป็นธรรมสำหรับหน่วยงาน ในขณะที่ประชาชนยังได้ประโยชน์จากการบริการที่ดีและมีคุณภาพ

4.5 วิฤตคือโอกาส...การปรับตัวสู่ประสิทธิภาพ

การที่ประชาชนหันมารักษาตัวเองมากขึ้นนั้น มองด้านหนึ่งถือเป็นสิ่งที่ดีที่มีการพึ่งตนเองมากขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยเล็กน้อยนั้นสามารถดูแลตนเองได้ ปัญหาอยู่ตรงที่ว่า จะทำอย่างไรให้การดูแลตนเองนั้นเหมาะสมกับการเจ็บป่วย และประชาชนมีความรู้เพียงพอที่จะเลือกวิธีการ

ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ความรู้และทักษะ คุณภาพยาและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพ การประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์ และแหล่งข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง

ผลกระทบที่เกิดกับสถานบริการของรัฐนั้น ในเบื้องต้นมีการคาดหมายกันว่าจะได้ผลกระทบอย่างรุนแรง เนื่องจากภาระที่เพิ่มขึ้นแต่งบประมาณที่ได้ลดลง แต่ในความเป็นจริงนั้นมีการปรับตัวในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวงที่มีการดำเนินนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำที่เน้นให้สถานบริการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้มีรายได้น้อยเพิ่มเติมอีก ทำให้โรงพยาบาลต่างๆมีสถานะทางการเงินดีขึ้นกว่าก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการปรับปรุงวิธีการบริหารงบประมาณ เช่นการจัดซื้อยารวม และการลดค่าใช้จ่ายต่างๆที่มีความจำเป็นน้อย สิ่งนี้นับเป็นผลกระทบในด้านบวกทั้งสิ้น หากสามารถคงวัฒนธรรมการบริหารงานแบบใหม่นี้ต่อไปก็จะเป็นผลดีต่อส่วนรวมในระยะยาว

หากเศรษฐกิจยังไม่ฟื้นในระยะอันใกล้นี้ตามที่หลายฝ่ายกำลังวิตก....ทุนสำรองของครัวเรือนจะหมดลง....ประชาชนจะไม่มีกำลังจ่าย....สถานบริการต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้...ในระยะ 3-5 ปีข้างหน้าจะเป็นการพิสูจน์ฝีมือของผู้บริหารว่าจะนำพาองค์กรผ่านวิกฤตไปได้หรือไม่

5. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. กระทรวงสาธารณสุขควรดำเนินมาตรการสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำต่อไป และควรเน้นสถานบริการให้ดำเนินการตามแนวทางอย่างเคร่งครัด
2. ควรมีการศึกษาการปรับตัวของสถานบริการในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลของสถานบริการ

6. บรรณานุกรม

- 1 วีระ อิงคภาสกร. มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และผลกระทบต่อรพศ./รพท. หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2542: 5-16
- 2 ชาญวิทย์ ทระเทพ. วิกฤตเศรษฐกิจ ใครแบกรับภาระ? วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2542 หน้า 7-25
- 3 จงกล เลิศเจียรดำรง. โรงพยาบาลเอกชนในภาวะวิกฤต. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการติดตามปัญหาและสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ครั้งที่ 3/2541. ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 6 พฤศจิกายน 2541.
- 4 Jaroenjit Pothong. Impact of Economic Crisis on The Standard of Living in Thailand. Indicators of Well-Being and Policy Analysis Vol.2 No.4 October 1998: 20 pp

สถานการณ์ด้านยา ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

Drug Situation in Economic Crisis; Thailand

ปรีดา แต่อารักษ์^๑
สมชาย สุขสิริเสรีกุล^๒

บทคัดย่อ

ค่าเงินบาทที่ลดลงทำให้อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยมีต้นทุนเพิ่มขึ้นราว 20.89% วัตถุดิบยาบางกลุ่ม เช่น วิตามินนำเข้าในปี 2541 ลดลงจากปี 2540 ถึง 23% หมวดยาปฏิชีวนะปริมาณนำเข้าลดลง 16.7% แต่มูลค่าเพิ่มขึ้น 4.6% ราคาขายส่งยาเพิ่มขึ้น 25-27%

ดัชนีค่ารักษาพยาบาลที่เคยเพิ่มขึ้นมาตลอดกลับลดลง ในขณะที่ดัชนีราคาผู้บริโภคในหมวดค่ายาสูงขึ้น การบริโภคยาโดยรวมลดลงจาก 1,041 ล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2539 เป็น 925 ล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2540

กระทรวงสาธารณสุขใช้มาตรการ "สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ" มีการจัดซื้อยารวมที่สามารถประหยัดงบประมาณได้ 24.67% ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนก็มีการปรับตัวโดยขายยาที่ผลิตในประเทศมากขึ้น และมี

^๑ หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุข

^๒ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การจัดซื้อร่วมกัน

ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า คุณภาพของยามีการเปลี่ยนแปลงไปในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจหรือไม่ มาตรการสำคัญที่ใช้ในปัจจุบันคือ มาตรฐาน GMP ซึ่งขณะนี้ มีโรงงานที่ได้มาตรฐาน 130 แห่งจากทั้งหมด 176 แห่ง

การพยายามลดต้นทุนของผู้ผลิต อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาได้ และราคายาที่แพงขึ้น 25-27% ย่อมมีผลกระทบต่อประชาชนอย่างแน่นอน การผ่อนคลайд้านภาษีจะช่วยให้ต้นทุนราคายาลดลงได้ มาตรการจัดซื้อยารวมของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ได้ยาที่มีราคาถูกลง ประชาชนที่มารับบริการที่สถานบริการของรัฐจะได้ประโยชน์อย่างมาก แต่กระทรวงสาธารณสุขต้องเข้มงวดในการเฝ้าระวังคุณภาพ ทั้งในส่วนของผู้ผลิตและยาที่วางจำหน่ายในท้องตลาดอย่างเข้มงวดต่อไป.

ABSTRACT

Devaluation of Thai currency led to increased cost of production in various sectors including that of pharmaceutical production (by 21%). Cost increment resulted in 23% and 17% reduction of imported raw materials for vitamins and antibiotics, respectively. Whole sale price of pharmaceutical products increased by 25% to 27%.

In contrast to the rise in consumer price index (CPI) for medicine, CPI for medical services declined. Overall drug consumption decreased from 1,041 million USD in 1996 to 925

USD in 1997. In order to cope with increased drug price and other care expenditure, The Ministry of Public Health(MOPH) came up with "Good Health at Low Cost" policy which included collective purchasing of medicine at provincial level. This could substantially save budget for medicine by 25%. Similar private hospitals were pressured by the economic crisis to minimize cost by increasing use of local made medicine and using collective tactic in drug procurement. These measures could possibly improve availability of medicine and medical services at a relatively affordable cost. However, concern about quality of medicine and services had been raised.

Existing mechanism to promote drug quality was the establishment of Good Manufacturing Practice (GMP) standard. So far the standard had been granted to 130 manufacturers (74% of the total of 176). Yet there had not been concrete evidence for changes in quality of medicine. Systematic surveillance of drug quality, thus, has to be established.

Various measures used to reduce and control cost-might affect drug quality. Increasing of drug price of 25-27% are affecting people. Less or non-taxation on drug leads to lower drug price. Collective purchasing used by The Ministry of Public Health reduces drug cost of health facilities. The Ministry of Public Health must continue closely monitor both pre and post marketing to assure the drugs quality.

ประเด็นสำคัญ, Keywords

วิกฤตเศรษฐกิจ, ต้นทุน, ยา, ประเทศไทย, Economic crisis, Cost, Drug, Thailand

1. บทนำ

ยาและเวชภัณฑ์นับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในยามเจ็บป่วย นับแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปลายปี 2539 เป็นต้นมา สินค้าประเภทต่างๆทยอยขึ้นราคา ยาก็เช่นเดียวกัน นับแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ซึ่งเป็นวันธนาคารแห่งประเทศไทยประกาศให้ค่าเงินบาทลอยตัว ค่าเงินบาทได้อ่อนตัวลงเรื่อยมาจาก 25 บาท ต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ จนถึงกรกฎาคม 2541 นี้เป็น 42-43 บาทต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ ถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ที่รุนแรงที่สุดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เศรษฐกิจหดตัวอย่างรุนแรง ต้นทุนการผลิตต่างๆ ขยับสูงขึ้น เนื่องจากดอกเบี้ยที่สูงและผลจากค่าเงินบาทที่อ่อนตัวลงมาก ในเดือนมกราคม 2541 ต้นทุนการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศสูงขึ้น ร้อยละ 20-25 ขึ้นไป ขณะที่ราคายาที่ผลิตภายในประเทศสูงขึ้น ร้อยละ 15-18 ส่งผลให้ราคายาที่จำหน่ายในท้องตลาดมีราคาสูงขึ้น ขณะเดียวกันผู้ประกอบการก็มีความจำเป็นต้องลดต้นทุนเพื่อความอยู่รอด การลดต้นทุนในด้านต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแหล่งนำเข้าวัตถุดิบที่มีราคาถูกลงอาจกระทบระดับคุณภาพของวัตถุดิบ หรือการลดต้นทุนที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิต ก็อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาที่ผลิตออกมาได้ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อาจบรรเทาเบาบาง

หรือป้องกันได้หากมีการร่วมกันหารือและหาทางออกที่เหมาะสมกับทุกฝ่าย
ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและประชาชนไทยโดยส่วนรวม

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านยาในประเทศไทยภายหลังจากภาวะ
วิกฤตทางเศรษฐกิจ

3. ข้อตกลงเบื้องต้นในการศึกษา

1. การศึกษาคั้งนี้มุ่งเน้นที่ผลกระทบต่อวิกฤตเศรษฐกิจต่อการนำ
เข้าวัตถุดิบ,การผลิต,การกระจายยา รวมทั้งผลกระทบต่อราคายาในภาพ
กว้าง มิได้เน้นศึกษาเจาะลึกลงไปในระยะละเอียดด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ

2. แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลแบบทุติยภูมิ จากกรมศุลกากร,
กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์, และผลการศึกษาของนักวิจัย และผู้เชี่ยวชาญ
ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

4. การค้าระหว่างประเทศ

เนื่องจากข้อตกลง GATT ว่าด้วยการเปิดเสรีทางการค้า ซึ่งกำหนด
ให้ประเทศสมาชิกต้องลดภาษีทางการค้า ทำให้ข้อกำหนดดังกล่าวมี ผลต่อ

การค้าทุกประเภทรวมทั้งยาด้วย ประเทศไทยได้ปรับลดภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาอย่างต่อเนื่อง(ตาราง 1) แต่เมื่อพิจารณาอัตราการลดลงของภาษีการนำเข้าของทั้งสองประเภท ก็จะพบว่าอัตราการคุ้มครองที่แท้จริง(effective rate of protection)^c ลดลงอย่างมาก(ตาราง 2) จนทำให้โรงงานผลิตยาหลายแห่งไม่อาจจะยืนหยัดอยู่ได้ เช่นเดียวกับการเปิดเสรีทางการเงินที่ประเทศไทยยอมให้มี BIBF ดำเนินกิจการในปี 2536 โดยไม่มีมาตรการรองรับ ซึ่งนำมาสู่ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน อุตสาหกรรมยาในประเทศก็เผชิญวิกฤตเช่นเดียวกันนี้²

5. ต้นทุนการผลิตที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากค่าเงินที่ลดลง

อุตสาหกรรมยาในประเทศนั้นมีการนำเข้าวัตถุดิบ คิดเป็นต้นทุน 43% - 57% ของต้นทุนการผลิตยาทั้งหมด ในขณะที่มูลค่าทั้งหมดของยาในระบบเท่ากับ 5 หมื่นล้านบาท เมื่อค่าเงินอ่อนตัวลง 60% (คิดที่อัตราแลกเปลี่ยน 40 บาทต่อ ดอลลาร์สหรัฐ) ทำให้ต้นทุนการผลิตเพิ่มขึ้นถึง 17,000 ถึง 23,000 ล้านบาท (หากคิดว่าต้นทุนเนื่องจากซื้อยาจากแหล่งอื่นๆ ที่ค่าเงินบาทลดน้อยกว่าเงินดอลลาร์ ต้องใช้เงินเพิ่มขึ้น 4-5 พันล้านบาท ในการซื้อยาจำนวนเท่าเดิม) ซึ่งเท่ากับว่าบริษัทยาต่างๆ ต้องหาเงินจำนวนที่เพิ่มขึ้นมาใช้ในการนำเข้ายาจำนวนเท่าเดิม สาเหตุดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงกับสภาพคล่องทางการเงินของอุตสาหกรรมยา ซึ่งทำให้หลายโรงงานต้องปิดตัวลง เพราะไม่มีกำลังทุนเพียงพอที่จะผลิตยาต่อไปเมื่อต้นทุนการผลิตสูงขึ้น

^c หมายถึง การคุ้มครองอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ (รายละเอียดเพิ่มเติมในผนวก 1)

เนื่องจากแหล่งนำเข้าวัตถุดิบในการผลิตยาของไทย ยังมีแหล่งอื่น ๆ นอกเหนือจากสหรัฐฯ ที่ค่าเงินบาทของไทยอาจไม่ตกต่ำเทียบเท่ากับเงินดอลลาร์ เมื่อคำนึงถึงความเป็นจริงนี้แล้ว จะพบว่าอุตสาหกรรมยามีต้นทุนในการผลิตที่เพิ่มขึ้น 20.89% (ตาราง 3)

ข้อมูลจากกรมศุลกากรพบว่า วัตถุดิบยาในกลุ่มวิตามินมีการนำเข้าในปี 2541 ลดลงจากปีพ.ศ. 2540 ถึง 23% การนำเข้าวัตถุดิบยาปฏิชีวนะ(หมวด 2941) ลดลงจาก 1.5 ล้านกิโลกรัมในปี 2540 เหลือ 1.25 ล้านกิโลกรัมในปี 2541 หรือลดลง 16.7% แต่มูลค่าการนำเข้ากลับเพิ่มขึ้นจาก 2 พันล้านบาทในปี 2540 เป็น 2,100 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้น 4.6% อันเป็นผลมาจากค่าเงินบาทที่ลดลงนั่นเอง (ตาราง 4)

มูลค่าการโฆษณาที่เคยเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจาก 168.6 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2528 เป็น 1,126.6 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2539 กลับลดลงเหลือ 1,052.3 และ 1,012.5 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2540 และปีพ.ศ. 2541 ตามลำดับ(รูปภาพ 1) ข้อมูลนี้อาจสะท้อนภาพบางส่วนของความพยายามลดต้นทุนในการดำเนินการลง โดยเลือกตัดค่าใช้จ่ายในส่วนสำคัญน้อยที่สุดก่อน

6. ต้นทุนเพิ่ม-ขายแพง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ประมาณการผลกระทบจากเงินบาทที่ลดลงต่อราคาขาย โดยคำนวณที่อัตราแลกเปลี่ยน 35 บาทต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐพบว่ายาต้นแบบจะมีราคาสูงขึ้น 31 % และยาที่ผลิตภายในประเทศจะมีราคาสูงขึ้นประมาณ 21% และที่อัตราแลกเปลี่ยน 40 บาท

ต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ ยาน่าเข้าจะมีราคาเพิ่มขึ้น 51.25% และยาที่ผลิตในประเทศจะมีราคาเพิ่มขึ้น 37.25-42.5%³

ข้อมูลจากสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์(PPA)⁴ แสดงให้เห็นว่า ในขณะที่ค่าเงินบาทลดลงจาก 25-26 บาท ต่อ 1 เหรียญสหรัฐเป็น 40-41 บาท ต่อ 1 เหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็น 55-60 % แต่กรมการค้าภายในอนุญาตให้บริษัทขึ้นราคาได้ 2 ครั้ง คือ เดือนตุลาคม 2540 คิดอัตราแลกเปลี่ยนที่ 34 บาท ครั้งที่ 2 เดือน เมษายน 2541 คิดอัตราแลกเปลี่ยนที่ 38 บาท รวม 2 ครั้งขึ้นราคาประมาณ 25-27%

7. ผลกระทบต่อการบริโภคยา

ดัชนีราคาผู้บริโภคและแนวโน้มในการบริโภคด้านสุขภาพที่ผ่านมาของประชาชนไทย มีอุปสงค์เทียม(Induced demand) ในลักษณะฟองสบู่ เช่นเศรษฐกิจภาคอื่น ๆ จากการสำรวจดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index) ในหมวดค่ายาและค่ารักษาพยาบาลพบว่า ในปี พ.ศ. 2535-2538 ประชาชนมีความต้องการในหมวดนี้เพิ่มขึ้นสูงในลักษณะขั้นบันได แต่ปรากฏว่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจนั้น(กรกฎาคม พ.ศ.2540) ความสูงของขั้นบันไดเตี้ยลง แสดงให้เห็นถึงอัตราการเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ข้อมูลจากกรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์แสดงให้เห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรับบริการในโรงพยาบาล ช่วงปี พ.ศ.2535-2538 เพิ่มขึ้นอย่างมากในขณะที่ช่วงปี พ.ศ.2540-2541 ดัชนีค่ารักษาพยาบาลลดลง ในขณะที่ดัชนีผู้บริโภคในหมวดค่ายานั้นสูงขึ้นตามต้นทุนการผลิตที่เพิ่ม

สูงขึ้น(รูปภาพ 2 และรูปภาพ 3) ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ สถานพยาบาลได้เพิ่มค่ารักษาพยาบาลขึ้นไปสูงมาก แต่ในปัจจุบันค่ารักษาพยาบาลได้ปรับลดลงมาอยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลมากขึ้น

การบริโภครักษาโดยรวมลดลง บริษัท IMS (International Medical Services) ได้ทำการประเมินการบริโภครักษาในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 875 ล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2538 เป็น 1,041 ล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2539 และลดลงเป็น 925 ล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2540 (รูปภาพ 4)

8. การปรับตัวของภาคบริการ

8.1 สถานบริการภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณน้อยลงนับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 (ตาราง 5) ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2540 ในมูลค่าจริงถึง 13.1% ทำให้กระทรวงฯ มีนโยบาย "สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ" หรือ "Good Health at Low Cost" เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 ผลจากการดำเนินการในช่วง 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2541 ถึง สิงหาคม 2541 โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 83 จาก 92 แห่งหรือ 90.21% สามารถปรับจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และ 22 แห่งหรือ 23.91% สามารถปรับสัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลได้ตามเป้าหมาย จากเดิมที่ไม่มีโรงพยาบาลใดที่ทำได้ตามเป้าหมาย และการจัดซื้อยาร่วมกันในระดับ

จังหวัดรวม 60 จังหวัด สามารถประหยัดงบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่จัดซื้อได้เดิมหรือราคากลางที่กำหนดไว้ประมาณ 171.47 ล้านบาท หรือ 24.67% ยาบางรายการเช่น Norfloxacin 400 mg. Cap. สามารถซื้อได้ต่ำกว่าราคากลางถึง 87.72 - 95.45%⁵ (ตาราง 6)

8.2 สถานบริการด้านเอกชน

รายงานจากกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 90 แห่ง พบว่ามีเงินกู้ต่างประเทศประมาณ 20,000 ล้านบาท⁶ ทำให้ต้นทุนสูงจากภาระหนี้ และต้นทุนทุกด้านสูงขึ้น มีการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดค่าใช้จ่าย ในส่วนของการบริหารยาและเวชภัณฑ์ก็เช่นเดียวกัน โรงพยาบาลเอกชนปรับนโยบายการใช้โดยหันมาใช้ยาที่ผลิตในประเทศมากขึ้น มีการรวมตัวกันต่อรองราคา ลดการสำรองยา และวัสดุคงคลังลง⁷

9. คุณภาพยาในภาวะวิกฤต

เป็นการยากที่จะระบุว่า คุณภาพของยาที่มีการผลิตในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจนั้นจะมีคุณภาพที่ลดลงหรือไม่ เพราะมีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพยามากมายตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต, การจัดส่ง, การจัดเก็บ ฯลฯ ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลต่อคุณภาพของยาทั้งสิ้น ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบในอดีตเพียงพอที่จะใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบได้

ข้อมูลจากกรมศุลกากรพบว่า การนำเข้าวัตถุดิบยาปฏิชีวนะ (พิกัด2941)จากสาธารณรัฐประชาชนจีน, สหรัฐอเมริกา, อินเดีย, ญี่ปุ่น, ออสเตรเลียและสวิสเซอร์แลนด์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่นำเข้าจากบางประเทศ เช่นประเทศเยอรมันนีลดลง (ตาราง 7) สำหรับวัตถุดิบหมวดวิตามิน(พิกัด2936) ส่วนใหญ่นำเข้าจากสวิสเซอร์แลนด์, ญี่ปุ่น และเยอรมันนี(ตาราง 8) ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ว่า คุณภาพของวัตถุดิบจะลดลงกว่าก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามมาตรการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใช้เป็นมาตรฐานหลักประกันคุณภาพคือ GMP(Good Manufacturing Practice) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ปี 2541 มีโรงงานผลิตยาในประเทศที่ได้มาตรฐาน GMP 130 แห่งจากทั้งหมด 176 แห่ง(รูปภาพ 6)

ตาราง 1 การปรับลดภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบ ในช่วง พ.ศ. 2535-2539

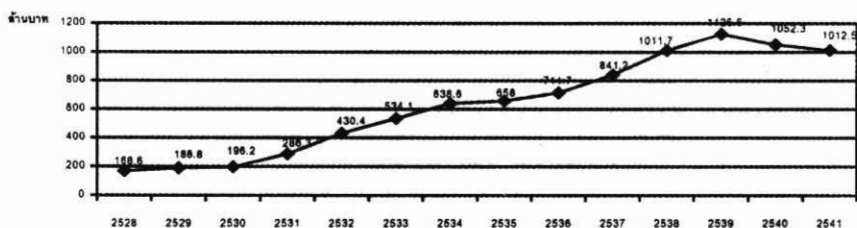
ปีพ.ศ. ที่ปรับลด	ยาสำเร็จรูป		วัตถุดิบ	
	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตรารายได้ที่ปรับลด	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตรารายได้ที่ปรับลด
2535	14	26.99%	211	7.87%
2537	-	0.33%	55	3.85%
2539	-	-0.12%	32	12.11%
รวม	14		298	

ที่มา: กรมศุลกากร

ตาราง 2 ผลจากการคำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงของการนำเข้าและการผลิตยาสำเร็จรูปของประเทศไทย

		2534	2536	2538	2539
อัตราภาษี ที่ถ่วงน้ำหนัก	วัตถุดิบยา	30.30%	22.42%	18.57%	6.46%
	ยาสำเร็จรูป	30%	3%	2.67%	2.79%
อัตราการคุ้มครองที่แท้จริง		29.77%	-11.92%	-9.54%	-0.03%

รูปภาพ 1 แสดงมูลค่าการโฆษณาฯ พ.ศ.2528-2541



ที่มา: Media Data Resources Co.,Ltd.

ตาราง 3 แสดงต้นทุนการผลิตของอุตสาหกรรมยาของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น

หน่วย : %

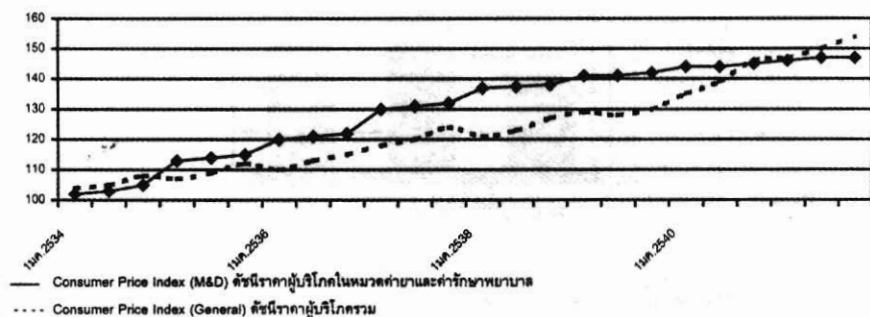
รายการ	สัดส่วนโครงสร้างต้นทุน	สัดส่วนราคาเพิ่มขึ้น หลังค่าเงินเปลี่ยนแปลง	สัดส่วนหลังเปลี่ยนแปลง ค่าเงินบาท
วัตถุดิบยา	81.00	21.33	98.28
การบรรจุหีบห่อ	7.00	0.00	7.00
แรงงาน	6.00	3.00	6.18
สาธารณูปโภค	1.00	13.60	1.13
ค่าเสื่อมและบำรุงรักษา	5.00	66.00	8.30
รวม	100.00	-	120.89
ต้นทุนที่เพิ่มขึ้น : $120.89 - 100.00 = 20.89\%$			

ตาราง 4 ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาหมวดยาวิตามิน (พิกัด2936๑) และยาปฏิชีวนะ(พิกัด2941) ปี 2540-2541

วัตถุดิบ	ปริมาณ(กิโลกรัม)			มูลค่า(บาท)		
	2540	2541	%เพิ่ม(ลด)	2540	2541	%เพิ่ม(ลด)
วิตามิน	3,696,536	2,858,054	(-22.7%)	1,527,754,527	1,959,123,757	28.2%
ยาปฏิชีวนะ	1,500,821	1,250,800	(-16.7%)	2,008,271,648	2,100,017,988	4.5%

ที่มา: กรมศุลกากร

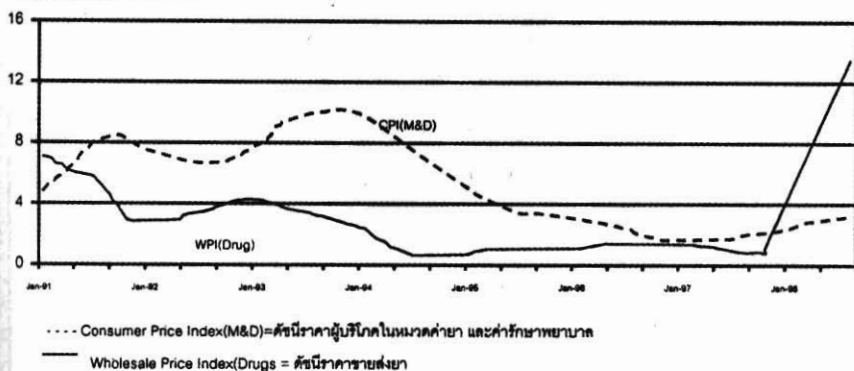
รูปภาพ 2 แสดงดัชนีราคาผู้บริโภครวมและดัชนีราคาผู้บริโภค
ในหมวดค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในปีพ.ศ.2535-2541



ที่มา: กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์

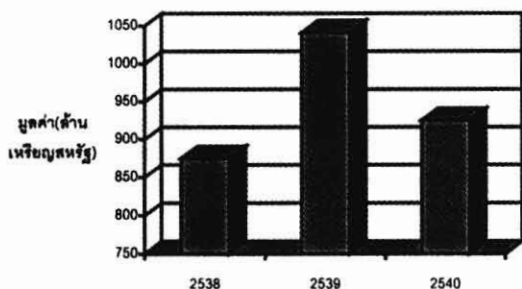
รูปภาพ 3 แสดงดัชนีราคาผู้บริโภคในหมวดค่ารักษาพยาบาล
และดัชนีราคาขายในในปีพ.ศ. 2535-2541

%การเปลี่ยนแปลงเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา



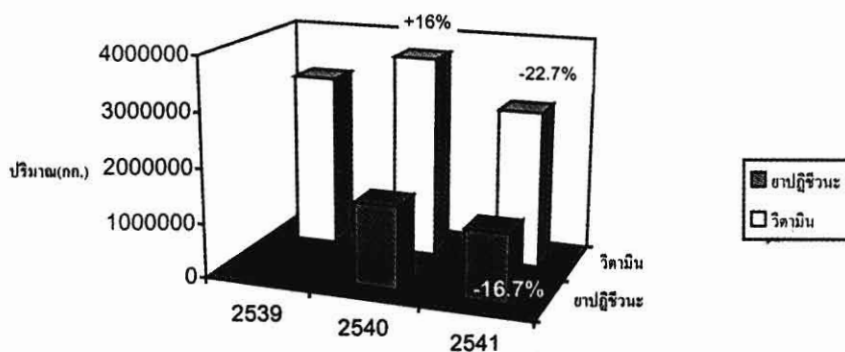
ที่มา: กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์

รูปภาพ 4 มูลค่าการบริโภคยาในประเทศไทย ปี2538-2540



ที่มา: IMS Data Thailand อ้างถึงใน4

รูปภาพ 5 ปริมาณการนำเข้าวัตถุดิบยาปี2539-2541



ที่มา : กรมศุลกากร

ตาราง 5 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขปรับ ณ ราคาพ.ศ. 2542^f

พ.ศ.	งบประมาณ (ล้านบาท)	ดัชนีราคา ผู้บริโภค พ.ศ. 2537=100	มูลค่าคงที่ พ.ศ. 2542 (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด ในมูลค่าจริง (ร้อยละ)	สัดส่วน งบประมาณ ของประเทศ
2536	32,898	95.1	44,244	-	5.8
2537	39,319	100.0	50,289	13.7	6.3
2538	45,833	105.8	55,406	10.2	6.4
2539	55,861	112.0	63,791	15.1	6.7
2540	68,934	118.2	74,591	16.9	6.7
2541	65,065	127.8	65,116	-12.7	6
2542	61,691	127.9	61,691	-5.3	5.9

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

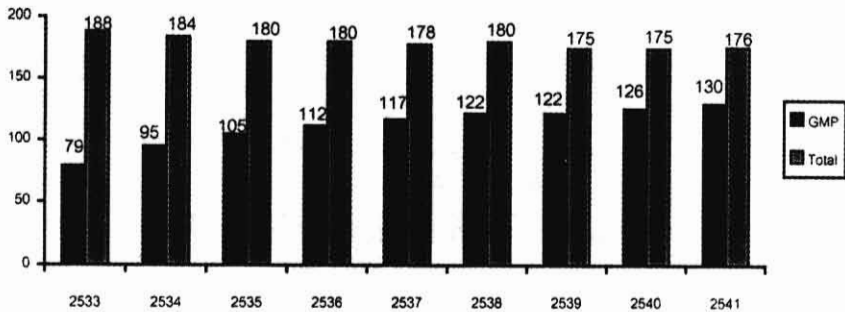
ตาราง 6 ราคายาที่จัดซื้อร่วมในระดับจังหวัดมาก 10 อันดับแรก โดยเรียงตามร้อยละของความประหยัด เมื่อเทียบกับราคากลางของยาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

รายการยาที่จัดซื้อร่วมกัน ในระดับจังหวัด	ราคากลาง (บาท)	ราคาที่ได้ (บาท)	ความประหยัดเมื่อเทียบกับราคากลาง	
			บาท	%
1. Norfloxacin 400 mg.cap 100's	3250/160's	150-270	1,930-2,100	87.7-95.5
2. Nifedipine 10 mg. Cap. 100's	250/30's	190-300	530-640	63.9-77.1
3. Ibuprofen 400 mg. Tab. 250's	400	80-175	225-320	56.3-80.0
4. Metformin 500mg. Tab. 500's	700	196-320	380-504	54.3-72.0
5. Enalapril 5mg. Tab. 100's	505	100-250	255-405	50.5-80.2
6. Ibuprofen 200mg. Tab. 1,000's	750	150-425	325-600	43.3-80.0
7. Indomethacin 25mg. 1,000's	300	195-240	60-155	20.0-38.3
8. D-5-S/2 1,000 ml.	28-33	22.1-29.7	3.3-5.9	11.8-17.9
9. D-5-W 500 ml.	23-26	20.0-23.7	2.4-3.0	10.2-11.5
10. L.R.S. 1,000 ml.	39-44	32.9-41.4	2.6-6.1	6.7-13.9

ที่มา: กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ ปี 2541)

^f รวมเงินสมทบ เงินทุนหมุนเวียน บัตรประกันสุขภาพ และเงินกู้จากต่างประเทศ

รูปภาพ 6 ร้อยละของสถานผลิตยาแผนปัจจุบันที่ได้GMP



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตาราง 7 ร้อยละของปริมาณการนำเข้าวัตถุดิบยาปฏิชีวนะ (พิกัด2941) ปี 2540-2541

	2540	2541
CHINA	30.3	32.9
USA	27.3	28.9
INDIA	9.3	12.9
JAPAN	4.7	4.9
AUSTRIA	2.9	3.5
SWISS	1.4	2.9
SPAIN	3.2	2.6
GERMANY	5.8	2.5
UK	2.1	1.9
ITALY	2.1	1.3
other	10.9	5.7
Total	100.0	100.0

ที่มา: กรมศุลกากร

ตาราง 8 ร้อยละของการนำเข้าวัตถุดิบยาหมวดวิตามิน
(พิกัด 2936) ปี 2539-2541

	2539	2540	2541
SWISS	53.8	41.2	49.1
JAPAN	13.2	13.5	17.7
GERMANY	11.2	10.0	10.4
CHIÑA	6.0	7.8	7.1
SINGAPORE	4.9	7.5	5.9
FRANCE	4.2	3.7	5.3
USA	3.1	2.7	1.7
IRELAND	-	0.6	0.6
BELGIUM	1.0	0.6	0.5
ISRAEL	0.5	0.4	0.4
Other	2.2	12.0	1.2
Total	100.0	100.0	100.0

ที่มา: กรมศุลกากร

10. วิจัยรณ

1. ผู้บริโภคมีกำลังซื้อน้อยลง และย้งเนื่องจากรายได้ที่ลดลง 13% (เมื่อดู GNP ที่ลดลง)เทียบกับก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการสุขภาพลดการซื้อบริการทางการแพทย์จากภาคเอกชนลง และหันมาซื้อบริการจากภาครัฐและซื้อยาจากร้านขายยามากขึ้น หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่งก็จะเห็นว่า ประชาชนรู้จักพึ่งตนเองมากขึ้นและระมัดระวังที่จะใช้บริการสุขภาพที่แพงเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามราคายาที่แพง

ขึ้นราว 25-27% ย่อมมีผลกระทบต่อประชาชนระดับล่าง ซึ่งไม่มีทางเลือกมากนัก

2. นอกจากต้นทุนที่เพิ่มขึ้นแล้ว โครงสร้างภาษีของธุรกิจด้านยา มีส่วนที่ทำให้ราคายาสูง เนื่องจากการขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มเพื่อชดเชยการขาดดุลงบประมาณของรัฐบาล แม้ว่าประเทศไทยจะต้องปฏิบัติตามข้อตกลงองค์การการค้าโลกเกี่ยวกับ พิกัดอัตราภาษีศุลกากร แต่ก็มีวัตถุประสงค์บางอย่างที่ที่ยังมีการเก็บภาษีอยู่ในอัตราที่สูง ทั้งที่ยานับเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เช่นเดียวกับอาหารซึ่งส่งผลให้ยา ยังคงมีราคาสูง

3. ในภาวะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผู้ประกอบการลดต้นทุนเพื่อความอยู่รอด การลดต้นทุนในด้านต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแหล่งนำเข้าวัตถุดิบที่มีราคาถูกลงอาจกระทบระดับคุณภาพของวัตถุดิบ หรือการลดต้นทุนที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิต ก็อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาที่ผลิตออกมาได้นั้นหมายความว่าประชาชนต้องจ่ายค่ายาแพงขึ้น แต่คุณภาพอาจลดลงได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากกรมศุลกากรพบว่า วัตถุดิบในหมวดวิตามิน และยาปฏิชีวนะนั้นไม่พบการเปลี่ยนแปลงแหล่งนำเข้ามากนัก ดังนั้นผลกระทบต่อในส่วนนี้ไม่น่าจะมีมากนัก

4. การปรับตัวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางไปสู่ความมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรชัดเจน ทำอย่างไรจึงจะดำรงแนวทางปฏิบัติเช่นนี้ในระยะยาวต่อไป

11. ข้อเสนอ

1. แม้ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจะไม่พบการนำเข้าวัตถุดิบจากแหล่งราคาถูกลงมากขึ้นกว่าในอดีต รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขต้อง

ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งด้านการขึ้นทะเบียนและตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบ เพื่อเป็นหลักประกันว่า ผู้ผลิตได้ใช้วัตถุดิบที่มีคุณภาพในการผลิตเป็นยา ประชาชนก็จะมีโอกาสได้รับยาที่มีคุณภาพ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ต่อไป

2. เพิ่มความเข้มงวดในการเฝ้าระวังคุณภาพยาที่จำหน่ายในท้องตลาด ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในส่วนภูมิภาคศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมมือกันในการเฝ้าระวัง(Post Marketing Surveillance)

3. เน้นการดำเนินการด้านคุณภาพในการผลิต และจัดระบบสนับสนุนให้ผู้ผลิตภายในประเทศสามารถผลิตยาที่ได้คุณภาพ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาต่อไปจนถึงขั้นส่งออกยาที่มีคุณภาพมาตรฐานสากลไปยังต่างประเทศได้ ซึ่งจะเป็นการนำเงินตราเข้าประเทศอีกทางหนึ่งด้วย

4. ผ่อนคลายด้านภาษี ทั้งในส่วนวัตถุดิบและภาษีมูลค่าเพิ่ม เพื่อเป็นการลดต้นทุนในการผลิต ต้นทุนค่าปลิก ซึ่งจะทำให้ราคายาถูกลงหรือมีความเหมาะสมที่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อหาได้ โดยให้อยู่ในความรับผิดชอบในการดำเนินการของคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา

5. มาตรการการจัดซื้อยารวม ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่มีผลให้ยาที่จัดซื้อได้มีราคาต่ำลง สมควรดำเนินการต่อไปอย่างจริงจังในทุกจังหวัด แต่ต้องมีมาตรการในการตรวจสอบด้านคุณภาพอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอควบคู่ไปด้วย

6. ควรเฝ้าระวังการเคลื่อนไหวของต้นทุน วัตถุดิบ และราคายาในตลาดต่อไปเป็นระยะ ๆ

12. เอกสารอ้างอิง

- 1 Suwit Vibulpolprasert, Viroj Tangcharoensathien, Jongkol Lertlendumrong. Paper presented at Regional Consultation on Health Implications of the Economic Crisis in the South-East Asia Region, 23-25 March 1998. Bangkok, Thailand: 23 pp.
- 2 สมชาย สุขศิริเสรีกุล. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศไทย ห้องประชุม 6 ชั้น3 อาคารตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่24 สิงหาคม 2541.
- 3 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จงกล เลิศเจียรดำรง. วิกฤตการณ์คลังโรงพยาบาลรัฐ:ประเด็นปัญหาและทางออก. ฉบับกระแสมัดพิเศษ 1/2541
- 4 สมเกียรติ มหพันธ์. เอกสารประกอบการประชุม 2 ทศวรรษแพทย์ชนบท: ประชาสังคมเพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจแบบพอเพียง สุขภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ณ ห้องบอลรูม A โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร วันที่ 24-25 กันยายน 2541
- 5 วีระ อิงคภาสกร. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. ดวงตา ผลากรกุล. เนตรนภิส สุขนวนิช. มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และผลกระทบต่อรพศ./รพท.หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. วิกฤตโรงพยาบาลรัฐ. เม.ย. 2542
- 6 รายงานการประชุมคณะกรรมการแก้ไขปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจของโรงพยาบาลเอกชน ครั้งที่1/2541 ณ ห้องประชุมชั้น2ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 9 มกราคม 2541

- 7 จงกล เลิศเจียรดำรง. โรงพยาบาลเอกชนในภาวะวิกฤต. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการติดตามปัญหาและสภาวะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ครั้งที่ 3/2541. วันที่ 6 พฤศจิกายน 2541

13. ภาคผนวก

ผนวก 1

สูตรในการคำนวณ อัตราการคุ้มครองที่แท้จริง

(Effective Rate of Protection)

$$ERP = \frac{VA' - VA}{VA}$$

VA = ราคาขาย - ต้นทุนวัตถุดิบยา

VA' = (ราคาขาย + ภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูป) - (ต้นทุนวัตถุดิบยา + ภาษีนำเข้าวัตถุดิบยา)

ERP = + หมายถึง มีการคุ้มครองอุตสาหกรรมภายในประเทศ

ERP = 0 หมายถึง ไม่คุ้มครองอุตสาหกรรมภายในประเทศและไม่เอื้อต่อการนำเข้ายาสำเร็จรูป

ERP = - หมายถึง ส่งเสริมการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ

สุขภาพเด็กไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

Thai Children's Health in Economic Crisis

อารยา ถาวรวันชัย*
ปรีดา แต่อารักษ์*
สุนี วงศ์คงคาเทพ*

บทคัดย่อ

นับตั้งแต่เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา มีผู้ตกงานจำนวนมาก คริวเรือนทั่วไปถูกกระทบกระเทือนจนรายได้ที่ลดลงในขณะที่รายจ่ายสูงขึ้น ในการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนเมื่อปี 2539-2540 พบว่า เด็กวัยเรียนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 19.9 ในขณะที่ข้อมูลกรมอนามัยพบว่า ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของนักเรียนประจําปี 2540 มีร้อยละ 11.84 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เด็กในครอบครัวด้อยโอกาสถูกกระทบอย่างมาก ร้อยละ 44.75 ถูกลดค่าอาหารกลางวัน ในขณะที่ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจําวันร้อยละ 84.62 เด็กถูกทอดทิ้งมีมากขึ้น สถานสงเคราะห์เด็กต้องรับภาระในการดูแลเด็กเหล่านี้มากขึ้น ในขณะที่งบประมาณมีน้อยลง การแก้ปัญหาด้านโภชนาการในเด็กนักเรียนจากภาครัฐยังคงเป็นปัญหา ทั้งด้านความไม่พอเพียงของงบประมาณและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพเด็กนั้นมีความจำเป็นที่รัฐ และชุมชนต้องร่วมมือกันในการค้นหา

* หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ(สกว.) กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยงแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมและเป็นเครือข่าย
รวมทั้งแสวงหากลยุทธ์ใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ

ABSTRACT

Since Thailand's economic crisis emerged in mid of 1997, there are a million employees be laid-off. Households felt hardship from reduced income and higher daily-life expenses. In the National Health Examination Survey 1996-1997, 19.9 per cent of school children are found malnutrition. Meanwhile Department of Health's survey in 1997 finds higher rate of malnutrition among primary school children when compare with 1996's. Another findings show enormous impacts on children in disadvantaged group, higher number of abandoned children. Present lunch programme for school children still has problem on inadequate budget and inefficient administration. To solve health problem of the children, it needs to be involved every parties in society (governmental, non-governmental, and community) in targeting risk group and propose efficient strategies to deal with the problem.

ประเด็นสำคัญ, Keywords

วิกฤตเศรษฐกิจ, สุขภาพ, โภชนาการ, เด็ก, ประเทศไทย,
Economic crisis, Health, Nutrition, Children, Thailand

ความเป็นมา

นับตั้งแต่เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา มีผู้ตกงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จนถึงขณะนี้ตัวเลขผู้ว่างงานประมาณ 1.5 ล้านคน และมีบางหน่วยงานได้ประมาณการตัวเลขผู้ว่างงานว่าอาจมากถึง 3 ล้านคน หากรวมครอบครัวของผู้ว่างงานด้วยแล้วผู้ที่ถูกกระทบจะมีจำนวนมากทีเดียว รายได้ของครัวเรือนลดลงในขณะที่รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อ เพิ่มจาก 4.8% ในปี 2539 เป็น 7.7% ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ค่าเงินบาทลดต่ำลงเหลือเพียง 36-37 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ ณ ต้นเดือน มกราคม 2542 ธุรกิจจำนวนมากต้องปิดกิจการ เศรษฐกิจหยุดชะงักงบประมาณของประเทศมีไม่เพียงพอ รัฐบาลต้องกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ(IMF), ธนาคารโลก, ธนาคารพัฒนาเอเชีย(ADB) เพื่อนำเงินมาอัดฉีดในระบบแก้ไขวิกฤติการณ์, กระตุ้นเศรษฐกิจ, การจ้างงาน, และแก้ปัญหาสภาพคล่องของธุรกิจต่างๆ รวมทั้งนำมาใช้ในโครงการลงทุนทางสังคม ดำเนินการในชุมชนโดยเน้นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้หญิง และเด็ก

จากประสบการณ์ในต่างประเทศ เช่น ลาตินอเมริกาที่ประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจส่งผลให้ ปัญหาโภชนาการของเด็ก คนชรา

และสตรีมีครรภ์ได้รับผลกระทบอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกในครรภ์ และเด็กจะได้รับผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของสมองและสติปัญญา เพื่อนบ้านของเราคือ อินโดนีเซียก็กำลังเกิดปัญหาด้านอาหาร และภาวะทุพโภชนาการในเด็กเช่นกัน

รายงานการวิจัยจากประเทศต่างๆ ในทุกทวีปที่ประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจยืนยันตรงกันว่า นำไปสู่การเสื่อมถอยของระบบบริการสาธารณสุข^{1,2} ในประเทศฟินแลนด์ มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามที่เคยลดลงอย่างต่อเนื่อง 4 ทศวรรษ เพราะบริการที่ทั่วถึงกลับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 หลังวิกฤตเศรษฐกิจ³

รัฐบาลได้พยายามแก้ไขปัญหาก็ยังไม่ปรากฏผลเป็นรูปธรรมที่เด่นชัด แม้ว่าจะมีสัญญาณบางอย่างบ่งชี้ไปในทางที่ดี เช่น อัตราดอกเบี้ยมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามบริษัทต่างๆ ยังคงมีปัญหาดสภาพคล่องจากการที่ธนาคารไม่ปล่อยเงินกู้เข้าสู่ระบบ และอาจต้องปิดกิจการอีกมาก คนตกงานจะเพิ่มขึ้น ปัญหาทางสังคมจะมากขึ้นตามลำดับ อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในปี 2542 จะติดลบราวๆ 7-8 %

สถานการณ์ในประเทศไทยได้รับผลกระทบดังกล่าวแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่ตกงานและกลุ่มคนจน เฉพาะตัวเลขคนว่างงานคาดว่าจะมีราว 2.8-3 ล้านคน หากรวมคนในครอบครัวที่จะได้รับผลกระทบไปด้วยนั้นก็จะมีถึง 7-10 ล้านคนเลยทีเดียว สภาพครอบครัวในชนบทบางแห่งที่เคยมีเพียงเด็กกับคนแก่ ก็อาจจะเปลี่ยนแปลงไปมีวัยแรงงานกลับมาสู่ภาคเกษตรกรรมมากขึ้น ดังนั้นหากคนเหล่านี้ยังไม่มีทางออกในการหารายได้ จากภาคการเกษตรเท่าที่ควรแล้ว ต้องมีผลกระทบการใช้จ่ายในครัวเรือนอย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เด็กๆ อาจได้รับอาหารที่จำเป็นแก่การเจริญเติบโตลดลงไป

และจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเจริญเติบโต

คนจนในเมืองเป็นอีกกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบอย่างมาก การเข้าถึงการบริการต่าง ๆ อาจไม่ได้รับอย่างทั่วถึงและเพียงพอ จากปัญหาเรื่องทะเบียนบ้านเป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้ไม่มีพื้นที่ทางการเกษตรรองรับเหมือนผู้ที่อยู่ตามอำเภอชนบทต่าง ๆ

สถานการณ์เด็กไทยยังน่าห่วง

ภาวะโภชนาการ

ปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กวัยเรียน ดูจะประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเป็นที่น่าพอใจในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า สัดส่วนของเด็กวัยเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ลดลงจากร้อยละ 19.6 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 7.9 ในปี 2539 แต่ในปี 2540 นี้ กลับเพิ่มขึ้นเป็น 11.8 (รูปภาพ 1)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย (Health Examination Survey) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ได้ทำการสำรวจเมื่อปี 2539-2540 พบว่า เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักต่ออายุ พบว่าเด็ก 0-5 ปี นอกเขตเมืองมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย มากกว่าเด็กในเขตเมืองถึง 2 เท่า เมื่อใช้เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงและส่วนสูงต่ออายุก็พบว่าเด็กนอกเขตเมืองมีน้ำหนักและส่วนสูงที่ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย มากกว่าเด็กในเมือง สำหรับขนาดเส้นรอบศรีษะพบว่าร้อยละ 5.1 มีขนาดเส้นรอบศรีษะเล็กผิดปกติ(เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของเด็กไทย) ซึ่ง

สะท้อนถึงขนาดสมอง หากเล็กผิดปกติจะบ่งชี้ถึงความกระทบกระเทือนต่อเด็กตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์จนถึง 2 ปีแรก

ผลการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) พบว่าเด็กนอกเขตเมืองมีน้ำหนักและความสูงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมากกว่าเด็กในเขตเมืองถึง 2 เท่าเช่นกัน เมื่อใช้ Modified Gomez Classification แยกตามระดับโภชนาการ (น้ำหนักต่ออายุ) พบว่ามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 19.9 (รูปภาพ 2) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราทุกโภชนาการ สูงสุดเท่ากับร้อยละ 25.5 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 8.4 และจากการวัดระดับเขาวัวปัญญานั้นพบว่า เด็กโดยรวมมีเด็กที่มีระดับเขาวัวปัญญาต่ำกว่าปกติร้อยละ 44 (เมื่อใช้เกณฑ์ระดับเขาวัวปัญญาที่ต่ำกว่า 90 ว่าผิดปกติ) และพบในสัดส่วนสูงสุดในภาคเหนือคือร้อยละ 56.5 จากการสำรวจครั้งนี้ทำให้ได้ข้อค้นพบว่า เด็กที่มีไอคิวตั้งแต่ 120 ขึ้นไปมีเพียง 1% เท่านั้น และค่าเฉลี่ยระดับเขาวัวปัญญาของเด็กไทยทั่วประเทศเท่ากับ 92 เท่านั้น ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไป ซึ่งควรเท่ากับประมาณ 100

พื้นที่เสี่ยง

ข้อมูลจากส่วนอนามัยเด็กวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยพบว่าในปีงบประมาณ 2540 จังหวัดที่มีปัญหานักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในลำดับต้นๆเกินร้อยละ 15.9 คือ บุรีรัมย์, สุรินทร์, ยะลา, นครพนม, แม่ฮ่องสอน, อุบลราชธานี, อำนาจเจริญ, บัตตานี, นราธิวาส และนครศรีธรรมราช (ตาราง 1) ส่วนใหญ่จังหวัดเหล่านี้มีปัญหาด้านโภชนาการในเด็กมาแต่เดิมด้วย

โครงการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยในยุควิกฤตเศรษฐกิจ

กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้ทำการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการในยุควิกฤตเศรษฐกิจ (ปี 2541-2542) ใน 407 ครัวเรือน ในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นจังหวัดนำร่องใน 10 จังหวัดเป้าหมายของโครงการฯ ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีแรงงานคืนถิ่นจำนวนมาก พบความเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจของภาวะโภชนาการในครัวเรือน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่เคยทำไว้ก่อนเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (2538) คือ ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า ในขณะที่รายได้ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนในเขตชนบท นอกจากนี้ยังพบว่ารายจ่ายค่าอาหารของครัวเรือนในประเภทของขบเคี้ยวสำหรับเด็กนั้น คิดเป็นสัดส่วนรายจ่ายที่สูงเป็นอันดับ 4 ของรายจ่ายครัวเรือน รองจากอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ข้าว และเครื่องปรุงรส สัดส่วนรายจ่ายนี้อาจแสดงให้เห็นถึงความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ให้กับเด็กซึ่งจะมีผลโดยตรงกับภาวะโภชนาการของเด็กในครอบครัวนั่นเอง

แม้ว่าสัดส่วนเด็ก 0-5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จะไม่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับสัดส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ทำการสำรวจในปี 2538 แต่ก็พบสัดส่วนของเด็กที่มีความสูงต่ำกว่าเกณฑ์ (stunting) เพิ่มมากขึ้น

เด็กด้อยโอกาส....ถูกกระทบหนัก

ในการสำรวจผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ต่อนักเรียนที่รับทุนการศึกษาของโครงการแต่นองผู้หิวไทย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก(มพด.) พฤศจิกายน 2540 พบว่า จากผู้ให้ข้อมูล 143 ราย มีเด็กมี

ปัญหาถูกลดค่าอาหารกลางวันไปโรงเรียน 64 ราย (ร้อยละ 44.75) เด็ก
ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น 121 ราย (ร้อยละ
84.62)

จากการสำรวจครัวเรือนกลุ่มด้อยโอกาสในเมืองและในชนบท
ในช่วง มกราคม - กันยายน 2541 นั้นพบว่า ค่าอาหารและค่าใช้จ่าย
แต่ละเดือนเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 20-50 ในขณะที่รายได้ลดลง ถูกลดค่า
ทำงานล่วงเวลา, ถูกลดสวัสดิการ และถูกเร่งงานมากขึ้น ครอบครัวใน
ชุมชนแออัดใกล้สถานีรถไฟหัวลำโพง มีรายได้ลดลงจากเดิมกว่าร้อยละ 50
ขณะที่รายจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเช่าห้อง สูงขึ้นร้อยละ 25

จากการสำรวจกลุ่มเด็กด้อยโอกาส (แรงงานเด็ก 694 คน ช่วง
อายุระหว่าง 13-18 ปี โดยแบ่งเป็นแรงงานเด็กในเมือง 502 คน และ
แรงงานเด็กคีนถิ่น 192 คน) พบว่าแรงงานเด็กเหล่านี้เป็นตัวแปรหนึ่งใน
เรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวในชนบท คือ นอกจากการส่งลูกมาขายแรง
งานจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน ทั้งการกินอยู่และการศึกษา
แล้ว ยังสามารถสนับสนุนรายได้ส่วนหนึ่งให้กับครัวเรือนด้วย เด็กกลุ่มนี้
มีรายได้จากการขายแรงงานอยู่ระหว่าง 2,000 - 4,000 บาทต่อเดือน
มากกว่าร้อยละ 60 ของเด็กที่ให้ข้อมูลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะกลับมาหา
งานทำในเมืองมากกว่าหางานทำอยู่ในชนบทหรือศึกษาต่อ จากการคาด
ประมาณตัวเลขในระดับภาคอีสาน (ซึ่งมีปริมาณการอพยพแรงงานของ
เด็กมากที่สุดของประเทศ) พบว่าจะมีแรงงานเด็กคีนถิ่นจากสถานการณ
วิกฤตเศรษฐกิจถึงเกือบ 100,000 คน

ผลกระทบที่แรงงานเด็กเหล่านี้ได้รับจากวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น
คือ ถูกปลดออกจากงานโดยที่ไม่ได้รับเงินชดเชยการเลิกจ้าง, ต้อง
พยายามลดค่าใช้จ่าย โดยการลดค่าอาหารด้วยการกินบะหมี่สำเร็จรูป

มากขึ้น กินขนมของราคาถูกแทนอาหาร กินอาหารในปริมาณที่น้อยลง และลดการส่งเงินกลับบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อครัวเรือนในชนบททำให้สูญเสียรายได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้เด็กบางส่วนมักเกิดอาการเครียดเพิ่มมากขึ้น (ซึ่งปกติเด็กที่ต้องมาทำงานก่อนวัยอันสมควรมักเกิดอาการเครียดจากสภาพการทำงานอยู่แล้ว) เนื่องจากขาดรายได้ที่เคยเป็นของตนเอง

เด็กถูกทิ้งมากขึ้น

หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (สกว.) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานสงเคราะห์ และโรงพยาบาลรัฐ 40 แห่งทั่วประเทศ เพื่อติดตามดูจำนวนเด็กที่ถูกทอดทิ้งตั้งแต่ปี 2536 - 2541 พบว่า สถานสงเคราะห์เด็กอ่อน (0-5 ปี) มีอัตรารับใหม่เพิ่มขึ้น 9.7% ในปี 2541 เมื่อเทียบกับปี 2540 ในขณะที่สถานสงเคราะห์เด็กโต (6-18 ปี) มีอัตรารับใหม่เพิ่มขึ้นถึง 34% เมื่อเทียบกับปี 2540 และจากการติดตามจำนวนเด็กทารกแรกเกิดถูกทอดทิ้งในโรงพยาบาลรัฐ 40 แห่ง พบอัตราการทอดทิ้งเด็กทารกที่เพิ่มมากขึ้น (100, 90, 120 คนต่อการคลอด 100,000 ราย ในปี 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ) แม้จะยังไม่ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจมากนักน้อยเพียงใด ปัญหานี้เป็นดัชนีวัดผลกระทบต่อเด็กที่น่าสนใจ จึงสมควรติดตามสถานการณ์ต่อไป

ผลกระทบอื่นๆ ต่อครัวเรือนและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

การสำรวจในโครงการเสียงคนด้อยโอกาส ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจไม่เพียงแต่ให้ภาพผลกระทบที่เด็กได้รับโดยตรงเพียงอย่างเดียว แต่ยังสะท้อนปัญหาภายในครัวเรือน ซึ่งมีเด็กเป็นผู้รับผลกระทบด้วย เช่น

รายได้ครัวเรือนลดลง, การเผชิญกับปัญหาหนี้สินที่มากขึ้นของครัวเรือน, ปัญหาผลผลิต(ข้าว) ไม่พอเพียงต่อการยังชีพเนื่องจากปัญหาภัยแล้งที่กำลังเกิดขึ้น นอกจากนี้ชุมชนส่วนใหญ่มักมีทัศนคติทางลบต่อแรงงานเด็กคิดกันว่า โดยทั่วไปมักชอบมั่วสุมและมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งในการสำรวจ ก็พบว่าเด็กจำนวนหนึ่งมีพฤติกรรมจับกลุ่มสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือแม้กระทั่งลักขโมย

อย่างไรก็ตาม การที่มีแรงงานเด็กคิดนั้นก็มิผลดีกับชุมชนที่เด็กอยู่อาศัยด้วย นั่นคือ กลุ่มเยาวชนเหล่านี้จะกลับไปเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาชุมชนของตนต่อไปได้ ถ้ามีแรงสนับสนุนที่ถูกต้องเหมาะสม เด็กเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านการพัฒนาและอาชีพอีกด้วย ผลดีอีกประการหนึ่ง คือ แรงงานเด็กที่เคยไปทำงานและถูกเอารัดเอาเปรียบ หรืออยู่ในภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตจะได้มีโอกาสหลุดพ้นจากสภาพที่เลวร้ายนั้นด้วย

การช่วยเหลือจากรัฐ

สถานสงเคราะห์กำลังวิกฤต

งบประมาณในการสงเคราะห์เด็กทั้งในและนอกสถานสงเคราะห์จากรัฐน้อยลงกว่าปีก่อนๆ จาก 494 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2540 เหลือเพียง 452 ล้านบาทในปี 2542 และเมื่อพิจารณาเฉพาะส่วนที่จัดสรรให้งานสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการแก่เด็กและเยาวชนแล้ว แม้จะเพิ่มจาก 152 ล้านบาทในปี 2540 เป็น 162.3 ล้านบาทในปี 2541 แต่กลับลดลงเหลือ

เพียง 113.2 ล้านบาทเท่านั้นในปี 2542 ในขณะที่สถานสงเคราะห์เด็ก
กรมประชาสงเคราะห์ มีแนวโน้มว่าต้องรับภาระดูแลเด็กถูกทอดทิ้งที่มี
จำนวนมากขึ้น (รูปภาพ 3)

โครงการอาหารกลางวันและอาหารเสริม(นม)

กองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวัน ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่
ปี 2536 ในปัจจุบันสามารถช่วยเหลือนักเรียนได้เพียงประมาณร้อยละ 30
ของจำนวนทั้งหมด ในขณะที่มีนักเรียนที่ต้องการความช่วยเหลือด้านอาหาร
กลางวันร้อยละ 48.8 นักเรียนที่มาโรงเรียนจะได้รับประทานอาหารกลางวัน
จำนวน 200 มื้อ (โรงเรียนเปิดทำการเรียนการสอน จำนวน 200 วันต่อปี)
จากจำนวนมื้ออาหารทั้งสิ้น 1,095 มื้อ ที่ควรได้ในรอบปีของนักเรียน คิด
เป็นร้อยละ 18.26 ของมื้ออาหารทั้งหมดในรอบปีของนักเรียน จากการ
สำรวจของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2541
ระบุว่ามียุวกในวัยเรียนที่อาจจัดว่าอยู่ในภาวะหิวโหย ถึง 3,746,731 คน
จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 6,322,659 คนหรือร้อยละ 58.7 โดยเป็นเด็ก
ในเกณฑ์ขาดอาหาร 1,158,629 คน หรือร้อยละ 18.3

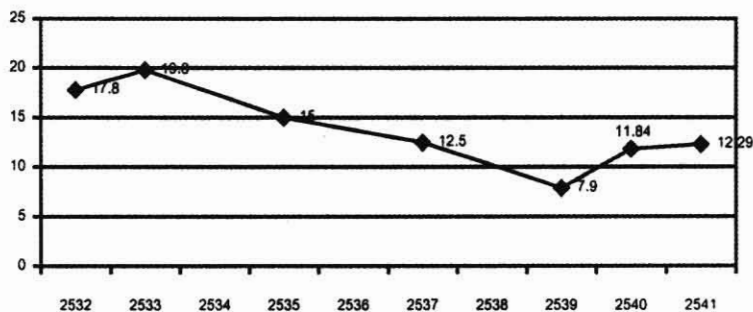
พรบ.กองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา
จะมีเงินครบ 6,000 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2544 ซึ่งตามเงื่อนไขที่ระบุไว้
รัฐจะงดช่วยเหลือเงินอุดหนุนในแต่ละปี ซึ่งจะเป็นเงินราว 2,000 ล้านบาท
การดำเนินการนี้ต้องใช้เพียงดอกผล ซึ่งหากคำนวณดอกเบี้ยที่ร้อยละ 12
จะมีเงินราว 700 ล้านบาท ซึ่งไม่เพียงพออย่างแน่นอน ยิ่งในภาวะ
ปัจจุบันที่อัตราดอกเบี้ยเงินฝากต่ำลงอย่างมากยิ่งจะทำให้การแก้ไข
ปัญหายากมากขึ้น

ตาราง 1 แสดงจังหวัดที่มีนักเรียนน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงสุด 10 อันดับแรก ปี 2540

เขต	จังหวัด	นักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ)
5	บุรีรัมย์	27.53
5	สุรินทร์	24.58
12	ยะลา	21.39
7	นครพนม	19.85
10	แม่ฮ่องสอน	19.12
7	อุบลราชธานี	18.51
7	อำนาจเจริญ	16.94
12	ปัตตานี	16.57
12	นราธิวาส	16.00
11	นครศรีธรรมราช	15.91

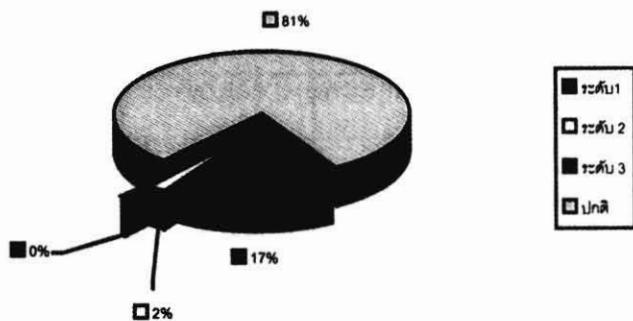
ที่มา: ส่วนอนามัยเด็กวัยเรียน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รูปภาพ 1 แสดงอัตราน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กวัยเรียน พ.ศ. 2532-2541



ที่มา: ผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2541 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

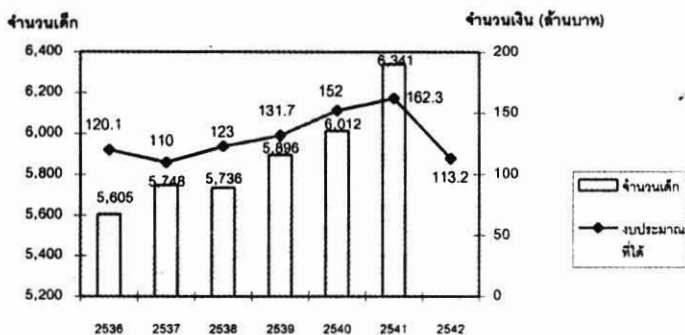
รูปภาพ 2 แสดงภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน (น้ำหนักต่ออายุ) เป็นร้อยละ



ที่มา: รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540

รูปภาพ 3 แสดงจำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ

จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์เปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับ



ที่มา: กองสงเคราะห์เด็ก และบุคคลวัยรุ่นกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเด็ก

1. หน่วยงานของรัฐพยายามจัดความช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ แต่กลุ่มใหญ่ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ คือ กลุ่มเด็กด้อยโอกาสทั้งในเมืองและในชนบท ทั้งนี้รวมถึงการเข้าถึงในเรื่องของระบบการเก็บข้อมูลและสภาพปัญหาจริงด้วย ตัวอย่างเช่น กองทุนเงินกู้เพื่อการศึกษาซึ่งกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้ดูแลอยู่นั้น ไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงเด็กกลุ่มที่มีปัญหารุนแรงได้ คือ เด็กที่ออกจากโรงเรียนไปแล้ว เนื่องจากไม่มีกลไกในการติดตามเด็กให้กลับมาเข้าเรียนต่อ และหน่วยงานของรัฐมักทำงานแบบตั้งรับเป็นส่วนใหญ่

2. หลายหน่วยงานของรัฐไม่สามารถระบุหรือชี้ชัดถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสหรือกลุ่มเปราะบาง (vulnerable group, disadvantaged group) ได้อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะโดยพื้นที่หรือกลุ่มคนก็ตาม จึงเป็นอุปสรรคในการติดตามสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา

3. ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น โดยเกี่ยวข้องกับเด็กนั้นมักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับผลกระทบซึ่งครัวเรือนได้รับเสมอ ซึ่งหมายความว่า ไม่เพียงแต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กเท่านั้นที่ต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก หากแต่ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเปราะบางอื่นๆ รวมทั้งชุมชนที่จะต้องถูกดึงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา ยังไม่มีการร่วมมือกันอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเก็บข้อมูลในระบบปกติไม่สามารถตอบสนองการวางแผนแก้ไขปัญหาให้เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็ก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งในเรื่องสุขภาพเด็ก โดยที่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ความล่าช้าของการส่งข้อมูลเข้ามายังส่วนกลาง และระบบการติดตามข้อมูลจากส่วนกลางไปยังระดับจังหวัด

5. ความครอบคลุมในด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับเด็ก และการเข้าถึงบริการอาจยังมีปัญหาในบางพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัด เนื่องจากขาดการประสานงานที่เหมาะสมระหว่างโรงเรียน และโรงพยาบาล โดยที่สำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติได้ให้ข้อมูลว่า มีบางโรงพยาบาลไม่ให้บริการรักษาพยาบาลแก่เด็ก เนื่องจากไม่มีบัตรประกันสุขภาพของเด็ก เป็นต้น

6. งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐเป็นเรื่องที่มีการกล่าวถึงกันอย่างมาก ทั้งด้านความไม่พอเพียง และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการที่ขาดความยืดหยุ่น และส่วนใหญ่ดำเนินการไปในลักษณะงานประจำที่ขาดการคิดแบบสร้างสรรค์พลิกแพลงให้เข้ากับสภาพปัญหา และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในภาวะที่รายจ่ายครัวเรือนมากขึ้นแต่รายรับลดลง เด็กในครอบครัวด้อยโอกาสจะประสบปัญหามากกว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ ประกอบกับปัญหาสังคมที่มากขึ้นยิ่งทำให้เกิดการทอดทิ้งเด็กมากขึ้น ซึ่งจะมีปัญหาสังคมตามมาอีกมาก นอกจากนั้นยังมีเด็กและเยาวชนอีกนับแสนคนที่

ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน แม้รัฐจะพยายามให้เงินช่วยเหลือแต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้มากนัก กระทรวงศึกษาธิการตั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือเด็กตามโครงการเงินกู้ ADB ไว้ถึง 200,000 คน แต่มีเด็กเพียงไม่ถึง 30,000 คนเท่านั้นที่ได้รับการช่วยเหลือ ครอบครัวที่ไม่สามารถให้เด็กเรียนต่อได้นั้น เมื่อเด็กต้องอยู่กับบ้านก็จะยิ่งเป็นภาระสำหรับครอบครัวมากขึ้นไปอีก เพราะส่วนใหญ่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้

ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจตรงกันว่า ลำพังรัฐเองไม่สามารถแบกรับภาระและความรับผิดชอบแก้ไขปัญหาให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และสถาบันครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นไปอย่างมีคุณภาพและมีความยั่งยืน ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง การพัฒนาเด็กไทยให้มีคุณภาพทัดเทียมกับประเทศที่เจริญแล้ว ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ค้นหาและจำแนกกลุ่มเป้าหมาย (Targeting risk group, vulnerable group) เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเด็ก, แก้ปัญหา, และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
 - โดยใช้พื้นที่เป็นเกณฑ์ เช่น พื้นที่ที่มีแรงงานคนจีนสูง, พื้นที่ที่คาดว่าผลผลิตจะตกต่ำ, ชุมชนแออัดในเมืองใหญ่, เขตก่อสร้าง
 - โดยใช้กลุ่มคนเป็นเกณฑ์ เช่น กลุ่มที่บริการของรัฐยังไม่ถึงหรือไม่แพร่หลาย, กลุ่มที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง (เด็ก และหญิงตั้งครรภ์), เด็กที่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน
 - โดยใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน
2. สร้างและใช้เครือข่ายทั้งหน่วยงานรัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน

และองค์กรชุมชนในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย ทั้งระดับบุคคลและครอบครัว เพื่อติดตามสถานการณ์ ประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องไปพร้อมๆ กัน เครือข่ายลักษณะนี้อาจทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวาง

3. กรมพัฒนาชุมชนควรให้ความสนใจในเรื่องนี้ อาจพัฒนาแบบสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในเก็บข้อมูลในเชิงสุขภาพอื่นๆ อย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมชุมชนด้วย

4. เลือกพื้นที่ดัชนี(Index area) เพื่อการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการอย่างใกล้ชิด โดยกองโภชนาการ อสม. และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดูแลพื้นที่เป้าหมาย หรือกลุ่มคนเป้าหมายอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรวดเร็ว และมีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการ ก่อนที่จะนำไปสู่ข้อสรุปของปัญหา และการแก้ปัญหา

5. พัฒนาศักยภาพของศูนย์ และพี่เลี้ยงเด็ก และใช้ประโยชน์จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีกว่า 7,163 แห่ง ทั่วประเทศให้สามารถร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาโภชนาการ และสุขภาพเด็กได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

6. เน้นเรื่องหลักประกันทางด้านอาหารและนโยบายสร้างความมั่นคงทางด้านอาหารให้กับชุมชน ควรค้นหาทั่วโลกเพื่อทำให้เด็ก คริวเรือน และชุมชนมีอาหารกินเป็นหลัก เนื่องจากปัญหาก็แล้งจะทำให้ภาวะโภชนาการของเด็กและคริวเรือนแยกลงไปอีก อาจต้องมีการจัดผ้าป่าข้าว เพื่อระดมความช่วยเหลือจากชุมชนอื่นๆ ให้กับชุมชนที่มีปัญหา, กองทุนกู้ยืมต่างๆ ควรให้ความสำคัญกับโครงการเพื่อสร้างอาหารให้กับชุมชนมากกว่าโครงการสร้างถนน, ขุดบ่อเพียงอย่างเดียว เป็นต้น

7. สำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนการจัดสรรงบประมาณ เพื่อช้อนมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียน เนื่องจากเป็นโครงการที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากแต่ครอบคลุมเด็กได้เพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นโครงการที่ได้ผลตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า ควรมีการพิจารณาใช้กลยุทธ์อื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนให้บริโภคไข่แทนนม การหันมาส่งเสริมให้ปลูกผักในชุมชนเพื่อประกอบอาหาร และการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างอาหารให้เด็ก โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพในชุมชนเองควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนเพื่อเลี้ยงตัวเอง

เอกสารอ้างอิง

- 1 Neupert RF. Early- age mortality, socio-economic development and the health system in Mongolia. Health transition review. 1995 Apr;5(1):35-57
- 2 PAHO. Regional Plan for Investment in Environment for Latin America and Caribbean. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1996 June;120(6): 538-541
- 3 Harrison KA & Seppala M. Women and Market Forces. Lancet 1997; 350(suppl III):16
- 4 การสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 221 หน้า

- 5 ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำต่อนักเรียนที่รับทุนการศึกษาของโครงการแต่น้องผู้หิวไทย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก (มพด) ในเสียงคนด้อยโอกาสในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ชุดที่1. ภาวนา ใช้สงวน บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เยลโลการพิมพ์, กุมภาพันธ์ 2541: 36-41
- 6 สถานการณ์และผลกระทบของภาวะวิกฤตเศรษฐกิจต่อเด็ก ครอบครัว และชุมชน ในเสียงคนด้อยโอกาสในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ชุดที่2. ภาวนา ใช้สงวน บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : เยลโลการพิมพ์, พฤศจิกายน 2541: 9-10
- 7 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. ประเทศไทยไร้เด็กหิวไทย....เป็นไปได้จริงหรือ. การประชุมสัมมนาเรื่อง ร่วมใจ...ปกป้องเด็กไทยยามวิกฤต. โรงแรมอิมพีเรียลควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ. มกราคม 2542
- 8 อารี วัลยะเสวี. ผลจากการระดมสมอง: ความสำคัญของการพัฒนาอาหารและโภชนาการเด็กไทยในยามวิกฤต. การประชุมสัมมนาเรื่อง ร่วมใจ...ปกป้องเด็กไทยยามวิกฤต. โรงแรมอิมพีเรียลควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ. มกราคม 2542
- 9 Social Impacts of the Crisis. Thailand Social Monitor. The World Bank. Bangkok. Alphagraphics. 1999: 11

ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อ สถานการณ์การฝากครรภ์และการคลอด ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ ในส่วนภูมิภาค

Impact of Economic Crisis on Prenatal
care and Child Delivery in
MOPH hospitals

สุนี วงศ์คงคาเทพ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามสถานการณ์ และผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อคุณภาพการเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ยากจนและตกงาน โดยประสานขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 40 จังหวัด ดำเนินการเก็บข้อมูลรอบที่ 1 ช่วงเดือนกันยายน 2541 และ รอบที่ 2 ช่วงเดือนเมษายน 2542 ตามแบบเก็บข้อมูลที่ได้ออกแบบขึ้น (แบบ สกว.1) และ แบบรายงาน ก.2 ซึ่งเป็นระบบรายงานปกติของกรมอนามัย ข้อมูลได้รับตอบกลับ รอบที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 90 และรอบที่ 2 ร้อยละ 82.5 ของจังหวัดที่สำรวจรวม จำนวน 2,638 และ 2,350 ราย

* หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ(สกว.) กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ตกงานยากจน และไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล ในเขตเมืองของภาคกลาง เป็นกลุ่มที่พบอัตราไม่ได้ฝากครรภ์ และฝากครรภ์ที่ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสูงที่สุด กลุ่มคนจนในเขตเมืองของภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง พบอัตราน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มทั่วไปถึง 1.5-2 เท่า ภาพรวมปัญหาน้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเทียบเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ถือว่าปัญหาระดับนี้ไม่สูง แต่กลุ่มตัวอย่างที่ตกงานและยากจนกลับพบว่า มีสัดส่วนปัญหาน้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าชัดเจน (ร้อยละ 14 - 23) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มยากจนและตกงานที่คลอดในโรงพยาบาลรัฐ คลอดโดยใช้สิทธิบัตรสปร.ต่ำมากประมาณร้อยละ 15 ขณะเดียวกันคนจนเหล่านี้ต้องจ่ายเงินเองสูงกว่าร้อยละ 25 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการในการออกบัตรสปร.ที่ผ่านมา ยังออกบัตรครอบคลุมกลุ่มคนจนค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ระบบบัตรสุขภาพที่มีครอบคลุมในกลุ่มคนจนและตกงานค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยมี Social Safety Net ด้านสุขภาพในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมา

ABSTRACT

Access to health care especially by the poor was a big concern after the start of economic crisis. Health Intelligence Unit (HIU), thus, launched a study to address this concern with focus on maternal and child care. Provincial Health Offices (PHO) in 40 provinces in all regions except Bangkok were selected to participate in a survey on access to prenatal care and child delivery care of public hospitals. Data were obtained from 2 sources : 1 routine report from PHOs to the Department of Health and 2 questionnaire survey to all public hospitals in selected provinces. The questionnaire survey and routine report were undertaken during September 1998 and April 1999. The questionnaire survey resulted in 90% (2638 subjects) and 83% (2350 subjects) response rate, respectively.

The study resulted in an alarming but expected scenario in which the poor had the lowest rate of getting access to prenatal and child delivery care. Their infants also had the highest rate of low birth weight (1.5-2 fold of that of general population). Only 15% of poor using the services were covered by Low Income Card Scheme, 25% by self-paid and 50% by prepaid health card which however reflected so-called Social Safety Net in Thai post-crisis society.

บทนำ

วิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่กลางปี 2540 เกิดจากการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการกู้ยืมแหล่งเงินกู้จากต่างประเทศจำนวนมาก โดยใช้เงินทุนเหล่านั้นอย่างไร้ประสิทธิภาพ โดยไปลงทุนในภาคการผลิตที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ อาทิเช่น ภาคอสังหาริมทรัพย์ ทำให้เกิดสภาพการขยายตัวของเศรษฐกิจในลักษณะฟองสบู่ ในขณะที่เดียวกันศักยภาพของโครงสร้างภาคการเงินของรัฐในการกำกับดูแลสถาบันการเงินกลับมีความอ่อนแอ จนเกิดวิกฤตที่รัฐบาลจำเป็นต้องประกาศลดค่าเงินบาทในที่สุด ส่งผลให้เกิดการล้มและปิดกิจการของธุรกิจมากมาย มีผู้ว่างงานและตกงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเป็นลำดับ จนถึงปัจจุบันขณะนี้ตัวเลขผู้ว่างงานสูงถึง 2.8 ล้านคน และส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในหลายด้าน นักเรียนจำนวนหนึ่งต้องหยุดเรียนกลางคัน รายได้ของครัวเรือนลดลง ในขณะที่รายจ่ายสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อเพิ่มขึ้นจาก 4.8% ในปี 2539 เป็น 8.1 ในปี 2541 การเติบโตของเศรษฐกิจในปี 2541 ติดลบสูงถึง 7.9% ภายใต้งบประมาณของประเทศที่มีจำกัดและไม่เพียงพอ ส่งผลให้รัฐบาลต้องตัดสินใจกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF), ธนาคารโลก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (ADB)¹ เพื่อนำเงินกู้มาอัดฉีดกระตุ้นเศรษฐกิจในระบบเพื่อแก้ปัญหาสภาพคล่องทางธุรกิจ และปัญหาสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพอนามัยที่คาดว่าจะรุนแรงขึ้น

การฝากครรภ์และการคลอด ถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญมาโดยตลอด ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ทำให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขในภาครัฐอันได้แก่ โรงพยาบาลทุกระดับและสถานอนามัย สามารถดำเนินการอย่างมี

ประสิทธิภาพและมีความครอบคลุมมาโดยตลอด วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในครั้งนี้อาจส่งผลต่อสถานการณ์คลอดและการฝากครรภ์ โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ทำงานและยากจน ทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการและเป็นไปได้ว่าหญิงมีครรภ์จำนวนหนึ่งไม่สามารถดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปัญหาอัตราน้ำหนักทารกแรกคลอดที่ต่ำกว่าเกณฑ์อาจมีปัญหาลูกสูงชันเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ทารกที่ไม่ได้รับการดูแลและรับสารอาหารน้อยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ย่อมส่งผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตของร่างกายและพัฒนาการทางสติปัญญาของสมอง อาจมีผลให้เป็นพลเมืองที่ด้อยคุณภาพในอนาคตได้

หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หรือ สกว. (Health Intelligence Unit : HIU) ซึ่งมีภารกิจในการติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ได้ให้ความสำคัญในการติดตามสถานการณ์การฝากครรภ์และคลอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามสถานการณ์และผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจ ต่อคุณภาพการเข้าถึงบริการของการคลอดและฝากครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงมีครรภ์ในครอบครัวดกงานและยากจน

วิธีการศึกษา

หน่วย สกว. ได้ขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 40 จังหวัด(กระจายใน 12 เขตฯ ละ 3-4 จังหวัด) ประสานการดำเนินการเก็บข้อมูลสถานการณ์การฝากครรภ์ และการคลอดของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนั้น และให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลหญิงหลังคลอด ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งดำเนินการสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดทุกราย ที่คลอดในช่วงระยะเวลาที่ทำการสำรวจ (3วัน) รอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 16-18 กันยายน 2541 และรอบที่ 2 ระหว่าง วันที่ 20-22 เมษายน 2542 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่หน่วย สกว. ได้ออกแบบขึ้น (แบบ สกว.1) การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลรัฐในส่วนภูมิภาคเท่านั้น ไม่ครอบคลุมสถานบริการของเอกชน เปรียบเทียบสถานการณ์การฝากครรภ์และคลอด กับแบบรายงาน ก.2 ตามระบบรายงานปกติของกรมอนามัย ซึ่งหน่วย สกว. ได้สำรวจข้อมูลแบบ ก2** จาก 40 จังหวัด เช่นเดียวกับการเก็บข้อมูลแบบ สกว.1 รอบที่ 1 ได้ข้อมูลแบบ ก2 ปี 2540-2541 ที่สมบูรณ์ตอบกลับจาก 32 จังหวัด และข้อมูลแบบ สกว.1 จาก 36 จังหวัด รอบที่ 2 ได้ข้อมูลแบบ ก2 ช่วง ต.ค.- มี.ค ปี 2542 (6 เดือน) 31 จังหวัด และแบบ สกว. จาก 33 จังหวัด ..

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

1. เกณฑ์รายได้ที่ระบุว่าเป็นครอบครัวยากจนคือ ครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นเกณฑ์เส้นแบ่งความยากจนที่ระบุในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

* ข้อมูลแบบ ก2. เก็บข้อมูลจาก รพ. ของรัฐในส่วนภูมิภาค ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมส่งผ่านศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ให้สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ว่าด้วยสวัสดิการของประชาชนด้านรักษาพยาบาลปี 2537

2. น้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หมายถึงน้ำหนักที่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
3. การฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หมายถึง การฝากครรภ์อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง
4. ภาวะเสี่ยงก่อนคลอดได้แก่ ทำผิดปกติ พบความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ เป็นต้น
5. ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ได้แก่ การมีประวัติผ่าท้องคลอด รกเกาะต่ำ น้ำเดินก่อนกำหนด เป็นต้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลบุคคลคลตามแบบ สภว.1 ได้ตอบกลับ รอบที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 90 และรอบที่ 2 ร้อยละ 82.5 ของจังหวัดที่สำรวจในรอบที่ 1 เป็นตัวอย่างที่มาคลอดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 45 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 275 แห่ง รวม 2,638 คน และรอบที่ 2 คลอดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 39 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 275 แห่ง รวม 2,350 ราย

1. สัดส่วนคนจนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มที่ตกงานและยากจนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 37.8 และ ร้อยละ 32.1 ตามลำดับ

เปรียบเทียบการศึกษา 2 รอบ มีคนจนมาใช้บริการในสัดส่วนที่ลดลง เมื่อวิเคราะห์ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบัญชีรายได้ครอบครัวต่อเดือน ออกเป็นกลุ่มต้งงาน และยากจน(ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2,800 บาท) กับ กลุ่มไม่จน (ที่มีรายได้สูงกว่า 2,800 บาท) และสถานที่คลอดใน รพศ./รพท. (ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง) และใน รพช.(เขตชนบท) เป็น 4 กลุ่ม(ตารางที่ 1-2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คลอดใน รพศ./ รพท. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนเป็นกลุ่มต้งงานและยากจนเป็นส่วนใหญ่ พบร้อยละ 63.6 คิดเป็นสัดส่วนคนจน : ไม่จน เท่ากับ 1:0.6 โดยมีคนจนในภาคกลางและภาคใต้มาใช้บริการไม่ถึงหนึ่งในห้าของผู้มาใช้บริการทั้งหมด ตรงข้ามกับรอบที่ 2 ที่กลุ่มตัวอย่างที่มาคลอดในทุกภาคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่จน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนคนจน : ไม่จน เท่ากับ 1:1.1 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐของกลุ่มคนจนในรอบที่ 1 และ 2 ทั้ง 4 ภาค พบว่ามีเพียงกลุ่มคนจนที่คลอดใน รพช. ของภาคใต้เท่านั้นที่ให้บริการในสัดส่วนที่สูงขึ้น ในขณะที่คนไม่จนมาใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละตัวอย่างจำแนกตามรายได้
สถานที่คลอดรายภาค 2 ช่วงสำรวจ

ภาค	คลอดใน รพศ. / รพท.(ร้อยละ)		รวม (N)	คลอดใน รพช.(ร้อยละ)		รวม (N)
	ตกงาน/รายได้<2,800บาท	รายได้>2,800บาท		ตกงาน/รายได้<2,800บาท	รายได้>2,800บาท	
รอบที่ 1 (ก.ย. 2541)						
กลาง	17.3	82.7	422	16.5	83.5	327
ตะวันออกเฉียงเหนือ	63.6	36.4	225	58.3	41.7	645
เหนือ	33.2	66.8	337	54.4	45.6	316
ใต้	16.7	83.3	210	19.5	80.5	154
รวม (N)	363	831	1,194	632	810	1,442
รอบที่ 2 (เม.ย. 2542)						
กลาง	8.4	91.6	214	15.0	85.0	213
ตะวันออกเฉียงเหนือ	47.2	52.8	233	48.2	51.8	650
เหนือ	24.1	75.9	191	47.7	52.3	239
ใต้	14.3	85.7	300	24.7	75.3	259
รวม (N)	217	721	938	523	838	1,361

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราส่วนกลุ่มไม่ยากจนต่อกลุ่มยากจนจำแนกตามสถานที่คลอด และภาค 2 ช่วงการสำรวจ

ภาค	รอบที่1		รอบที่2		เปรียบเทียบ รอบที่ 2/1
	จำนวน	อัตราส่วนจน : ไม่จน	จำนวน	อัตราส่วนจน : ไม่จน	
คลอดใน รพศ. / รพท.					
กลาง	422	1 : 4.8	214	1 : 10.9	2.3
ตะวันออก เฉียงเหนือ	225	1 : 0.6	233	1 : 1.1	2.0
เหนือ	337	1 : 2.0	191	1 : 3.2	1.6
ใต้	210	1 : 5.0	300	1 : 6.0	1.2
จำนวนรวม	1,194	1 : 2.3	938	1 : 3.3	1.4
คลอดใน รพช.					
กลาง	327	1 : 5.1	213	1 : 5.7	1.1
ตะวันออก เฉียงเหนือ	645	1 : 0.7	650	1 : 1.1	1.5
เหนือ	316	1 : 0.8	239	1 : 1.1	1.3
ใต้	154	1 : 4.1	259	1 : 3.0	0.7
จำนวนรวม	1,442	1 : 1.3	1,361	1 : 1.6	1.3

2. เปรียบเทียบสถานการณ์การฝากครรภ์และคลอดโดยภาพรวมกับกลุ่มตัวอย่างที่ตกงานและยากจน

สถานการณ์การฝากครรภ์และคลอด ประเมินโดยใช้ตัวชี้วัด 5 ประเด็น คือ มีการฝากครรภ์ก่อนคลอด การฝากครรภ์ได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ภาวะเสี่ยงก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ (<2,500 กรัม) โดยภาพรวมรอบที่ 1 หญิงมีครรภ์ไม่ได้ฝากครรภ์เพียงร้อยละ 3 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.5 ในรอบที่ 2 มีการฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐานการตามเกณฑ์สูงขึ้นจากร้อยละ 17.7 ในรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 21.0 ในรอบที่ 2 พบมีสัดส่วนปัญหาภาวะเสี่ยงลดลงและปัญหาภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาน้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์ พบร้อยละ 9.1 ในรอบที่ 1 และ ร้อยละ 8.9 ในรอบที่ 2 โกล้เคียงกันมีจุดน่าสังเกตคือ มีเด็กทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมพอดีสูงกว่าร้อยละ 3.4 ในรอบที่ 1 และ ร้อยละ 2.7 ในรอบที่ 2 ภาพรวมปัญหาน้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์ทั้ง 2 รอบนี้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดถือว่าปัญหาระดับนี้ไม่สูง แต่เนื่องจากมีเด็กทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมพอดีจำนวนมาก สภาพเช่นนี้ถือว่าเป็นรอยต่อที่เปราะบางที่อาจจะมีปัญหาได้ในอนาคต หญิงมีครรภ์ที่มาคลอดทั้ง 2 รอบเกือบร้อยละ 30 ไม่มีหลักประกันด้านรักษาพยาบาล กรณีที่มีสิทธิรักษาพยาบาล พบคลอดโดยใช้สิทธิบัตรสุขภาพ กว่าร้อยละ 50 และเป็นการคลอดโดยวิธีผ่าท้องคลอดร้อยละ 16 ขณะที่กลุ่มตกงานและยากจนพบว่ากลุ่มนี้มีสัดส่วนปัญหาน้ำหนักเด็กทารกต่ำกว่าเกณฑ์ที่สูงกว่ากลุ่มทั้งหมดอย่างชัดเจน (ร้อยละ 11.6 และ ร้อยละ 11.4) มีปัญหาที่ไม่ได้ฝากครรภ์สูงกว่าเล็กน้อย กลุ่มที่ยากจนควรได้รับสิทธิด้านรักษาพยาบาลที่รัฐควรช่วยเหลือเกื้อกูล แต่กลับพบคนจนหนึ่งในสี่กลับไม่ได้รับ

สิทธิด้านรักษาพยาบาล และเกินครึ่งที่ต้องร่วมจ่ายผ่านการใช้จ่ายสุขภาพ แทนที่จะได้รับสิทธิเต็มที่ผ่านมาบัตร สปร. (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสถานการณ์การคลอดและการฝากครรภ์ของ ผู้ที่มาคลอดทั้งหมดกับกลุ่มที่ยากจนตกงานในโรงพยาบาล รัฐ 2 ช่วงสำรวจ

ปัจจัยต่าง	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด				กลุ่มตัวอย่างที่ยากจนตกงาน			
	รอบที่1(ก.ย.2541)		รอบที่2(เม.ย.2542)		รอบที่1(ก.ย.2541)		รอบที่2(เม.ย.2542)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่าง	2,638	100.0	2,350	100.0	995	37.8	740	32.1
ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์								
คลอดโดยไม่ได้ฝากครรภ์	80	3.0	31	1.5	42	4.2	13	1.8
ฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์	437	17.7	446	21.0	175	18.8	159	21.5
มีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด	697	27.0	522	23.3	242	24.9	175	23.6
ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการคลอด								
มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	294	11.1	327	13.9	109	15.4	131	17.7
น้ำหนักเด็กแรกคลอด<2,500กรัม	241	9.1	208	8.9	115	11.6	84	11.4
คลอดโดยการผ่าท้องคลอด	417	16.0	380	16.2	111	11.2	91	12.3
ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการสิทธิรักษาพยาบาล								
คลอดโดยไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	744	28.5	688	29.9	261	26.2	195	27.1
คลอดโดยใช้สิทธิบัตรสุขภาพ	1,306	50.0	1,088	47.3	586	58.9	398	53.2
คลอดโดยใช้สิทธิบัตร สปร.	218	8.3	193	8.4	125	12.6	104	14.4

3. สภาพปัญหาการฝากครรภ์และคลอดของกลุ่มยากจน ตกงานจำแนกตามสถานที่คลอดและภาค

(รูปที่ 1-5) พบว่า

3.1 อัตราไม่ได้ฝากครรภ์ของกลุ่มยากจนตกงาน รอบที่ 1 พบปัญหาสูงสุดในกลุ่มที่คลอดในรพศ./รพท. (ร้อยละ 17.8) และรพช. (ร้อยละ 9.3) ในภาคกลางสูงกว่ากลุ่มทั่วไป 3-6 เท่า รอบที่ 2 แม้ว่าปัญหานี้ลดลง แต่กลับพบว่ามียุทธศาสตร์สูงในกลุ่มยากจนในเขตเมืองของภาคเหนือ กลาง และได้ สูงกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3-4.5 เท่า

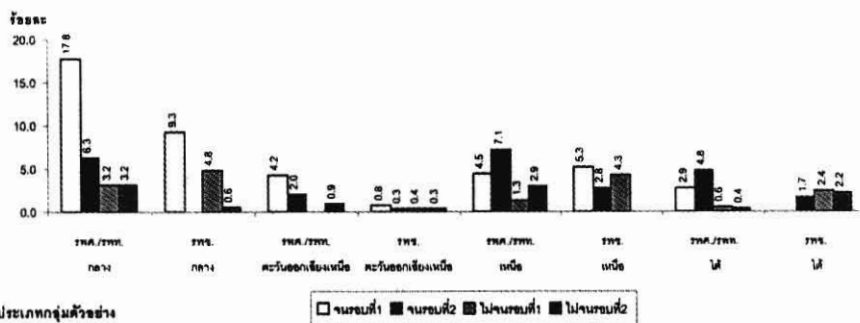
3.2 อัตราการฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์ของกลุ่มยากจนตกงาน พบปัญหาสูงสุดในกลุ่มที่คลอดในรพศ./รพท. (ร้อยละ 34.9 และ 50) และรพช. (ร้อยละ 36 และ 56.7) ในภาคกลางเช่นกัน สูงกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 เท่า

3.3 ปัญหาภาวะเสี่ยงของกลุ่มยากจนตกงานมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทั่วไป ยกเว้นกลุ่มคนจนที่คลอดในโรงพยาบาลภาคใต้ที่การสำรวจรอบ 2 พบอัตราสูงกว่าร้อยละ 40 สูงกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1.8 เท่า

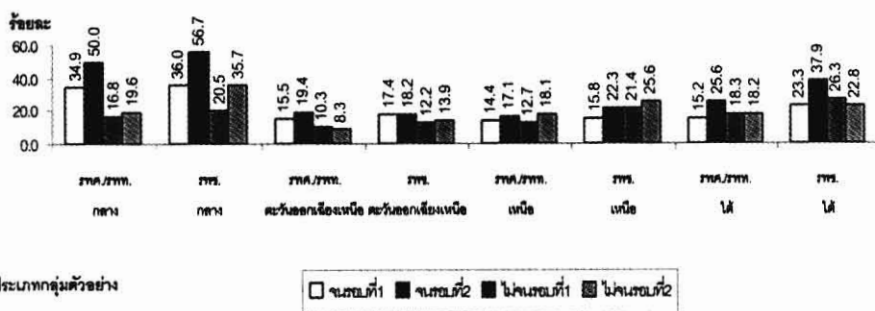
3.4 ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มยากจนตกงานพบปัญหาสูงสุดในกลุ่มที่คลอดในรพศ./รพท. ในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กว่าร้อยละ 30 สูงกว่าค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 เท่า

3.5 ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ของกลุ่มยากจนตกงานพบปัญหาสูงสุดในกลุ่มที่คลอดในรพศ./รพท.ของภาคใต้ รอบที่ 1 (ร้อยละ 22.9) และ กลุ่มที่คลอดในรพศ./รพท.ของภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รอบที่ 2 (ร้อยละ 16.7 และ 18.2)

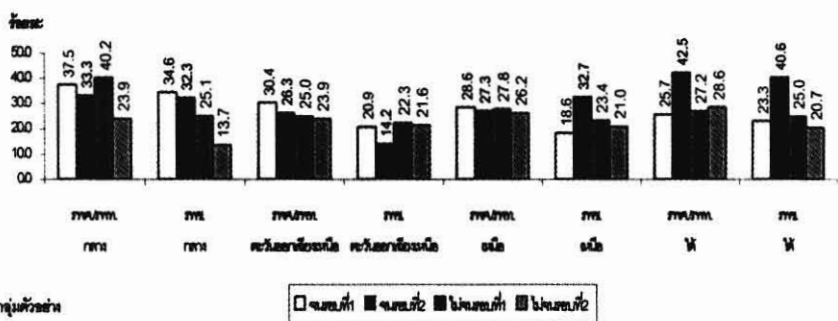
รูปที่ 1 ร้อยละตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



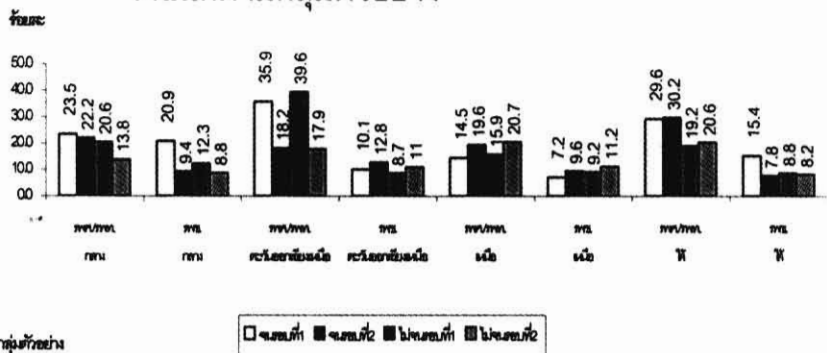
รูปที่ 2 ร้อยละตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



รูปที่ 3 ร้อยละตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

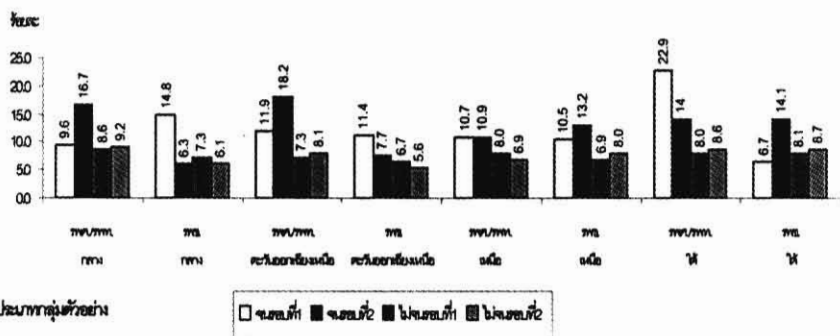


รูปที่ 4 ร้อยละตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อน
จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



ประมาณค่าร้อยละ

รูปที่ 5 ร้อยละตัวอย่างที่มีน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์
จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



ประมาณค่าร้อยละ

4. สิทธิรักษาพยาบาลกับการใช้บริการของกลุ่มยากจน ตกงาน

เมื่อพิจารณารายละเอียดตัวชี้วัดทั้ง 5 พบว่ามีเพียง 3 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจ คือ การฝากครรภ์และการ

ฝากครรภ์ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ รัฐมีนโยบายให้สิทธิรักษาพยาบาลให้แก่กลุ่มคนจน เพื่อให้คนจนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น เมื่อจำแนกตามกลุ่มต่างๆ คือ (1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (2) กลุ่มที่คลอดในเขตเมือง (รพศ./รพท.) (3) กลุ่มที่คลอดในเขตชนบท (รพช.) (4) กลุ่มที่ยากจนตงงานที่คลอดในเขตเมือง (5) กลุ่มที่ยากจนตงงานที่คลอดในเขตชนบท (6) กลุ่มที่ยากจนตงงานที่คลอดในเขตเมืองและไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล และ (7) กลุ่มที่ยากจนตงงานที่คลอดในเขตชนบทและไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล (ตารางที่ 4 และ รูปที่ 6-8) พบว่ากลุ่มที่ยากจนตงงานที่คลอดในเขตเมืองและไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสูงสุดทั้ง 2 รอบ มีสัดส่วนไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 19.4 และ 9.5 ขณะที่ภาพรวมพบเพียง ร้อยละ 3 และ 1.5 นั่นคือมากกว่ากันถึง 6 เท่า มีการฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ร้อยละ 35.9 และ 43.3 ภาพรวมพบเพียงร้อยละ 31.7 และร้อยละ 21 มากกว่ากันถึง 2 เท่า

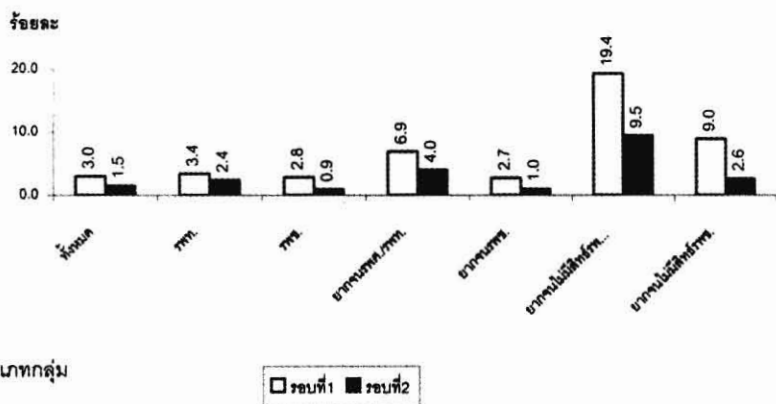
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยการใช้บริการคลอด การฝากครรภ์ สิทธิด้านรักษาพยาบาล และรายได้

ปัจจัยต่างๆ	คลอดใน รพช. / รพท.(ร้อยละ)				คลอดใน รพช.(ร้อยละ)				จำนวนรวม
	ต้งาน/รายได้<2,800บาท		รายได้>2,800บาท		ต้งาน/รายได้<2,800บาท		รายได้>2,800บาท		
	ได้สิทธิ รักษา	ไม่ได้สิทธิ รักษา	ได้สิทธิ รักษา	ไม่ได้สิทธิ รักษา	ได้สิทธิ รักษา	ไม่ได้สิทธิ รักษา	ได้สิทธิ รักษา	ไม่ได้สิทธิ รักษา	
รอบที่1(ก.ย. 2541)									
ไม่มีการฝากครรภ์	2.6	19.4	1	3.8	0.4	9.0	1.4	5.8	79
จำนวนรวม	270	93	576	236	462	167	552	242	2,598
ไม่ได้ตามเกณฑ์	13.5	35.9	12.1	24.0	13.8	33.8	14.6	28.7	436
จำนวนรวม	251	78	552	221	448	151	527	223	2,451
รอบที่2 (เม.ย. 2542)									
ไม่มีการฝากครรภ์	1.5	9.5	1.0	4.1	0.6	2.6	1.1	0.0	31
จำนวนรวม	137	63	264	193	355	115	535	23	2,092
ไม่ได้ตามเกณฑ์	12.2	43.3	12.8	27.6	17.5	40.9	16.9	33.6	472
จำนวนรวม	131	60	461	185	354	115	544	235	2,085

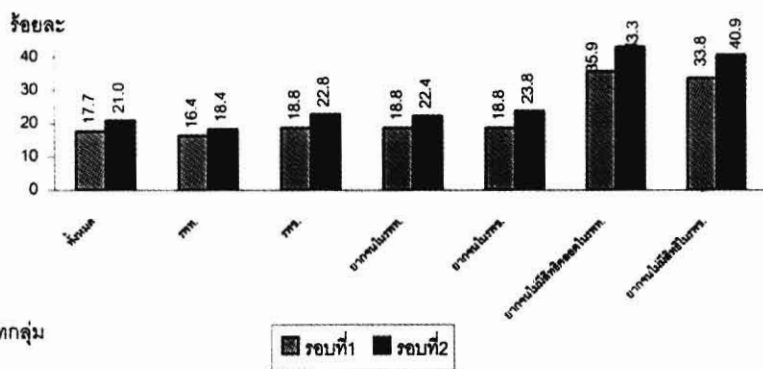
5. สถานการณ์สิทธิรักษาพยาบาลของกลุ่มยากจนต้งานรายภาค

เมื่อจำแนกกลุ่มคนจนแยกออกเป็นเขตเมืองและเขตชนบทในแต่ละภาค และเชื่อมโยงกับการมีสิทธิรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ พบว่ากลุ่มคนจนในภาคกลางเป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีสิทธิรักษาพยาบาลสูงสุด รวมทั้งคลอดโดยใช้สิทธิบัตรสุขภาพต่ำสุดเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงกระบวนการจัดทำบัตรผู้มีรายได้น้อย และการออกบัตรสุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในภาคกลางยังไม่สามารถเข้าถึงคนจนเท่าที่ควรเมื่อเทียบกับภาคอื่น(รูปที่ 9-10)

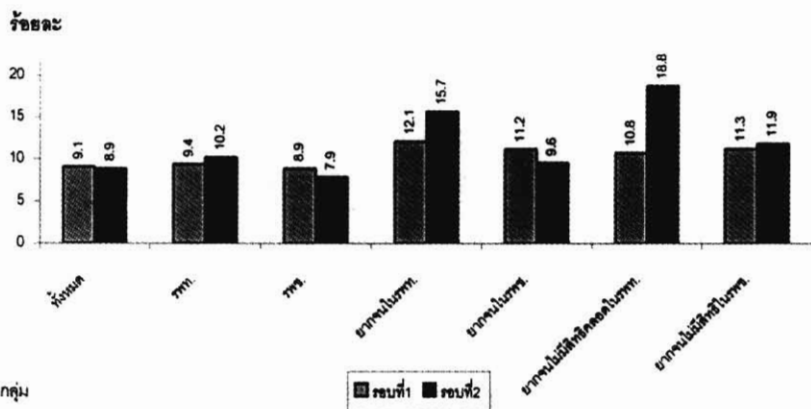
รูปที่ 6 ร้อยละตัวอย่างที่ไม่ฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



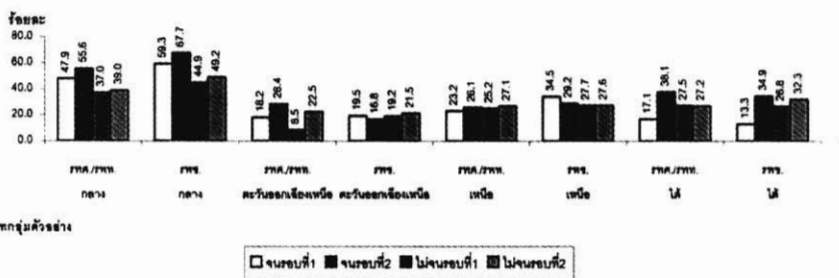
รูปที่ 7 ร้อยละตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ได้มาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



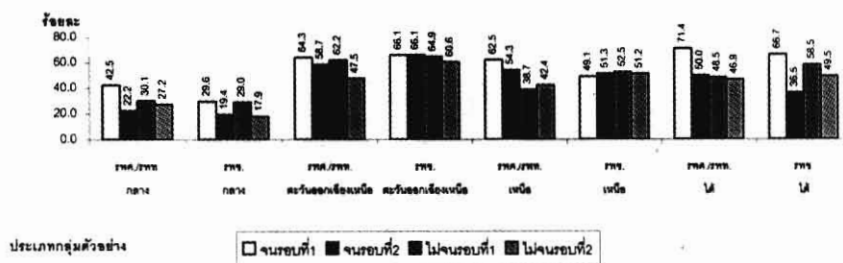
รูปที่ 8 ร้อยละตัวอย่างที่คลอมนุรนำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



รูปที่ 9 ร้อยละตัวอย่างที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล
จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



รูปที่ 10 ร้อยละตัวอย่างที่คลอดโดยใช้สิทธิบัตรสุขภาพ
จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง



6. ภาพรวมความสัมพันธ์ของปัญหาการฝากครรภ์กับ ปัญหาน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์

พบว่ากลุ่มมารดาไม่มีการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์ มีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด และมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด พบสัดส่วนบุตร น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่า และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

7. ภาพรวมสถานการณ์น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ปี 2533-2542

เมื่อเปรียบเทียบสรุปรายงานน้ำหนักทารกแรกเกิดของกรมอนามัย 75 จังหวัด ตั้งแต่ ปี 2533-2541 กับผลการสำรวจของหน่วยสกว. พบว่า สัดส่วนเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ จากปี 2533 ลดลงเป็นลำดับ

จนถึงปี 2541 พบร้อยละ 8.5 ขณะที่ผลการสำรวจตามแบบ ก.2 ที่หน่วย
สภว.สำรวจรอบที่ 1 พบอัตราที่นำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ใกล้เคียงกันคือ ปี 2540พบร้อยละ 8.9 แต่ปี 2541 เริ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9.1
และ ปี 2542 (6 เดือน) พบร้อยละ 9.7 ขณะที่ผลการสำรวจของหน่วย
สภว. ทั้ง 2 รอบพบ ร้อยละ 9.3 และ 8.9 ตามลำดับ โดยมีทารกที่มีน้ำ
หนัก 2,500 กรัมพอดีร้อยละ 3.4 และ ร้อยละ 2.7 ตามลำดับด้วย (ตารางที่
6) ซึ่งให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์ที่เริ่มแสดง
สัญญาณที่อาจจะกลับมามีแนวโน้มสูงขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ควรเฝ้า
ระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะพื้นที่มีปัญหาสูงมาก² เช่น จังหวัดสกลนคร
ยโสธร ศรีสะเกษ ตาก แพร่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน นนทบุรี สุพรรณบุรี
นครปฐม เป็นต้น

8. เปรียบเทียบการคลอดโดยการผ่าท้องคลอดก่อนและ หลังวิกฤตเศรษฐกิจ

วิโรจน์และคณะ (ปี 2540)³ ได้ศึกษาในกลุ่มมารดาที่มาคลอด
ใน รพข. 134 แห่ง และรพท. 70 แห่งกระจายทุกเขตในปี 2533-2539
กับผลการสำมะโนของหน่วยสภว.หลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจพบว่า อัตรา
การผ่าท้องคลอดในรพท.มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 22.9 ในปี 2539
เป็นร้อยละ 25.2 ในปี 2541 และเริ่มลดลงในช่วง 6 เดือนแรกของปี 2542
เล็กน้อยเป็นร้อยละ 23.5 ตรงข้ามกับอัตราการผ่าท้องคลอดในรพข.
ค่อนข้างคงที่ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 5 ร้อยละตัวอย่างที่มีบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
จำแนกตามปัจจัยการฝากครรภ์

ปัจจัย	รอบที่1			รอบที่2		
	จำนวน	น้ำหนัก<2,500กรัม		จำนวน	น้ำหนัก<2,500กรัม	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
การฝากครรภ์***						
ไม่มี	80	14	17.5	33	9	27.3
มี	2,544	224	8.8	2,129	180	8.5
รวม	2,624	238	9.1	2,163	189	8.7
มาตรฐานการฝากครรภ์***						
ไม่ได้ตามเกณฑ์	437	63	14.4	455	63	13.8
ได้ตามเกณฑ์	2,034	162	8.0	1,708	125	7.3
รวม	2,471	225	9.1	2,163	188	8.7
ภาวะเสี่ยงก่อนคลอด***						
มี	697	106	15.2	522	68	13.0
ไม่มี	1,887	127	6.7	1,718	125	7.3
รวม	2,584	233	9.0	2,240	193	8.6
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด***						
มี	294	62	21.1	327	59	18.0
ไม่มี	1,625	128	7.9	2,023	149	7.4
รวม	1,919	190	9.9	2,350	208	8.9
หมายเหตุ *** ค่า Chi-square test ให้ค่า P-value < 0.05						

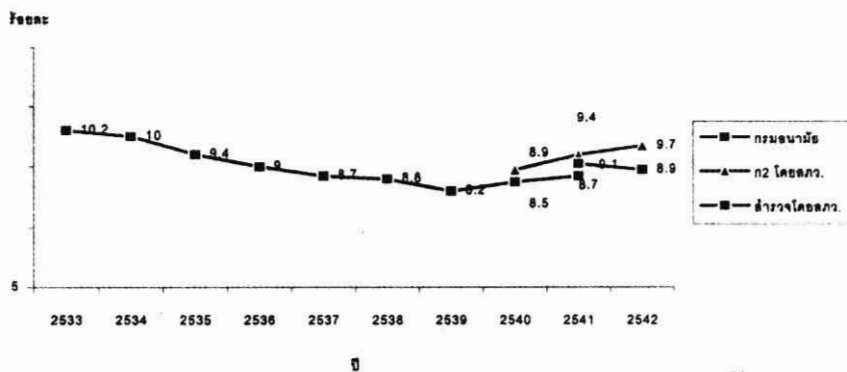
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบร้อยละน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ต่ำกว่า 2,500 กรัม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐ จำแนกตามผลการศึกษา และปีที่สำรวจ

ปี พ.ศ.	ผลสำรวจกรมอนามัย (1)		แบบ ก.2 ของหน่วย สภว. (2)		ผลการสำรวจ สภว. 3วัน รอบที่ 1 (3)		ผลการสำรวจ สภว. 3วัน รอบที่ 2 (4)	
	จำนวนทารก	ร้อยละ<2,500 g.	จำนวนทารก	ร้อยละ<2,500 g.	จำนวนทารก	ร้อยละ<2,500 g.	จำนวนทารก	ร้อยละ<2,500 g.
2533	**	10.2						
2534	***	10.0						
2535	***	9.4						
2536	585,149	9.0						
2537	444,929	8.7						
2538	560,859	8.6						
2539	680,876	8.2						
2540	666,093	8.5	290,232	8.9				
2541	603,203	8.7	272,622	9.4	2,588	9.1		
2542			129,117***	9.7			2,332	8.9

- หมายเหตุ
1. สรุปรายงานน้ำหนักทารกแรกเกิดปี 2533- 2540 กองโภชนาการ กรมอนามัย
 2. สรุปรายงานน้ำหนักทารกแรกเกิดปี 2541 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
 3. สรุปผลการสำรวจตามแบบ ก2 กรมอนามัย สำรวจโดยหน่วย สภว.
 รอบที่1 ปี 2540-2541 ได้รับตอบกลับ 32 จังหวัด
 ***รอบที่2 รายงาน ต.ค. - มี.ค. ปี 2542 ได้รับตอบกลับ 31 จังหวัด เป็นรายงานน้ำหนักเด็กแรกคลอดตอบกลับสมบูรณ์ 31 จังหวัด

4. สรุปผลการสำมะโนสถานการณการฝากครรรภ์และคลอด
รายบุคคล รอบที่ 1 16 -18 กันยายน ปี 2541 36 จังหวัด
หน่วยสกว.
5. สรุปผลการสำมะโนสถานการณการฝากครรรภ์และคลอด
รายบุคคล รอบที่ 2 20 -22 เมษายน ปี 2542 33 จังหวัด
หน่วย สกว.

รูปที่ 11 ร้อยละของน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามปี



ตารางที่ 7 ร้อยละการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลรัฐ
ส่วนภูมิภาค

ปี พ.ศ.	ผลการศึกษาของวิโรจน์ และคณะ				ผลการสำรวจตามแบบ ก2 หน่วยสภ.				ผลการสำรวจหน่วยสภ.			
	รพช.		รพศ/รพท.		รพช.		รพศ/รพท.		รพช.		รพศ/รพท.	
	จำนวน	C/S	จำนวน	C/S	จำนวน	C/S	จำนวน	C/S	จำนวน	C/S	จำนวน	C/S
2533	48,887	5.9	186,601	14.2								
2534	59,327	5.4	209,675	15.3								
2534	68,575	5.7	218,179	16.4								
2536	71,254	5.6	223,911	18.3								
2537	72,275	6.1	227,239	20.2								
2538	76,850	6.5	242,439	21.4								
2539	80,856	7.2	249,502	22.9								
2540					156,554	5	122,980	24.3				
2541					154,677	5.9	119,791	25.2	1,425	6.6	1,184	27.3
2542					71,697	6.3	76,092	23.5	1,367	6.7	981	29.5
หมายเหตุ	รพช. 134 แห่ง ทุกขานานรพช. รพท. 70 แห่งกระจายทุกเขต				รอบที่ 1 ได้ข้อมูลการคลอดตามแบบ ก 2 ปี 2540-2541 32 จังหวัด กระจายทุกเขต				รอบที่ 1 (16-18 ต.ค. 2541) ได้ข้อมูลจากรพช. 275 แห่งและ รพศ./รพท. 45 แห่ง 36 จังหวัด กระจายทุกเขต			
					รอบที่ 2 ได้ข้อมูลการคลอดตามแบบ ก 2 ปี 2542 (ต.ค.-มี.ค.) 31 จังหวัด กระจายทุกเขต				รอบที่ 2 (20-22 เม.ย. 2542) ได้ข้อมูลจากรพช. 275 แห่งและ รพศ./รพท. 39 แห่ง 31 จังหวัด กระจายทุกเขต			

วิจารณ์

1. วิธีการศึกษา

1.1 วิธีการศึกษานี้ เป็นระบบเผ่าระวังที่หน่วยสภว.กำหนดขึ้น เป็นการเก็บข้อมูลแบบ Rapid Assessment โดยสุม่จังหวัดในการเผ่าระวังสถานการณั 40 จังหวัด กระจายทุกภาคและทุกเขต ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการประสานกับโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลหญิงหลังคลอดเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มาคลอดในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อให้ได้ความร่วมมือและไม่เป็นภาระต่อหน่วยงานบริการในส่วนภูมิภาค จึงเก็บข้อมูลเพียง 3 วันในเดือนกันยายน และเดือนเมษายน ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่ครอบคลุมกลุ่มที่มาคลอดในโรงพยาบาลเอกชนและหน่วยงานบริการในกรุงเทพมหานคร การเก็บข้อมูล 2 รอบที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้วิธีการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้ ในการติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นพื้นที่เสี่ยง โดยในทางปฏิบัติ อาจเพิ่มรอบการเก็บต่อปี หรือเพิ่มจำนวนวันในการเก็บต่อรอบ เพื่อให้ได้ภาพที่ละเอียดและเห็นช่วงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

1.2 ตัวชี้วัดสถานการณัการฝากครรภ์และคลอดทั้ง 5 ประการ มีความสัมพันธ์กับผลกระทบเศรษฐกิจไม่เท่ากัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อัตราการไม่ฝากครรภ์และฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เป็น 2 ตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงกับผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจมากที่สุด ในประเด็นน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลอีกหลายประการ นอกเหนือจากความยากจนที่เป็นผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ อาทิเช่น อัตราการไม่ฝากครรภ์ อัตราฝากครรภ์

ไม่ตามเกณฑ์มาตรฐาน การมีภาวะเสี่ยง และการมีภาวะแทรกซ้อน

2. ผลการศึกษา

2.1 การฝากครรภ์และมาตรฐานการฝากครรภ์ เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตุงงานและยากจนที่ไม่มีสิทธิด้านรักษาพยาบาลในเขตเมืองของภาคกลาง เป็นกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดในการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจสูงสุด และเป็นกลุ่มที่รัฐควรให้ความสนใจและช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยมีมาตรการในการออกบัตรสปร. อย่างมีประสิทธิภาพให้สามารถครอบคลุมคนจน โดยเฉพาะคนจนในเขตเมือง

2.2 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มยากจนและตุงงานคลอดโดยใช้สิทธิบัตรสปร.ต่ำมากประมาณร้อยละ 15 ขณะเดียวกันคนจนเหล่านี้ยังคลอดโดยจ่ายเงินเองสูงกว่า ร้อยละ 25 นอกจากประเด็นการออกบัตรสปร. ที่ครอบคลุมกลุ่มคนจนค่อนข้างต่ำแล้ว เหตุที่คนจนคลอดโดยใช้สิทธิบัตรสปร.ต่ำอาจเกิดจากอคติต่อการใช้บริการของประชาชนว่ามีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการรับบริการ คิดว่าการใช้สิทธิบัตรสปร. จะได้รับยาไม่มีคุณภาพ ตลอดจนคิดว่าบัตรสปร. ไม่สามารถไปใช้บริการนอกเวลาราชการได้ เป็นต้น หลังวิกฤตเศรษฐกิจระบบบัตรสุขภาพพบว่าสามารถครอบคลุมกลุ่มคนจนและกลุ่มตุงงานค่อนข้างสูง ซึ่งถือได้ว่าเป็นสังคมไทยยังมี Social Safety Net ในด้านสุขภาพอยู่บ้างในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมา

2.3 การพิจารณาตัดสินใจว่า หญิงมีครรภ์มีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด หรือการให้บริการคลอดโดยการผ่าตัดทาง

หน้าท้องนั้น ขึ้นอยู่กับศักยภาพในการวินิจฉัยและการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละสถานบริการเป็นสำคัญ ความพร้อมและศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ขณะนี้เป็นที่ประจักษ์ว่าสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน จึงเป็นเรื่องปกติที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คลอดในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป จะมีการพิจารณาตัดสินใจว่ามีปัญหาภาวะเสี่ยงก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีการคลอดโดยการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชน มิใช่ว่ากลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลชุมชนมีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในสัดส่วนที่ต่ำกว่า และขณะเดียวกันมีการส่งต่อหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากรพ. เพื่อไปคลอดที่ รพศ./รพท. ด้วย

2.4 การระบุปัญหาน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์ โดยกำหนดจุดตัดที่ระบุว่ามีปัญหาที่น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม นั้น ผลการสำรวจทั้ง 2 รอบพบข้อสังเกตว่าน้ำหนักทารกมีความถี่สูงในช่วงหลักสิบและหลักหน่วยที่ลงด้วยเลข 50 และเลข 00 เช่นรอบที่ 1 พบทารกมีน้ำหนัก 2,450 กรัม ร้อยละ 1 มีน้ำหนัก 2,500 กรัม ร้อยละ 3.4 มีน้ำหนัก 2,550 กรัม ร้อยละ 1.2 มีน้ำหนัก 2,600 กรัม ร้อยละ 3.2 เป็นต้น ทั้งนี้อาจเกิดจากปัญหาตาข่ายวัดของสถานบริการวัดน้ำหนักไม่ละเอียด และอคติในกระบวนการวัดที่ผู้ชั่งมีแนวโน้มบันทึกน้ำหนักแบบปัดเศษ ซึ่งน่าจะจะเป็นข้อพิจารณาต่อไปว่า ลักษณะเช่นนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพการประเมินสภาพปัญหาหรือไม่ การศึกษานี้ถ้ารวมตัวเลขจำนวนทารกที่มีน้ำหนัก 2,500 กรัมพอดี เข้าในกลุ่มน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จะแสดงให้เห็นว่าระดับปัญหากำลังเริ่มสูงขึ้นทันที

2.5 ปัญหาอัตราน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพอนามัยที่สำคัญประการหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขโดยกรม

อนามัยได้มีระบบติดตามเฝ้าระวังโดยใช้ระบบรายงานปกติ ซึ่งมีข้อสังเกตว่า รายงานเพื่อการเฝ้าระวังในระบบปัจจุบันนี้ไม่ทันกาลในการรับรู้สภาพปัญหา ส่งผลให้กระบวนการช่วยเหลือคนจนที่ได้ผลกระทบล่าช้าและไม่ทันกาล จากรายงานกรมอนามัยได้แสดงให้เห็นว่า ปัญหานี้ได้ลดลงเป็นลำดับตั้งแต่ ปี 2533 แต่ขณะนี้แนวโน้มของปัญหาเริ่มมีสัญญาณเริ่มขยับสูงขึ้น โดยเฉพาะคนจนเขตเมืองในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มมารดาที่พบภาวะเสี่ยง มีสัดส่วนบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่พบภาวะเสี่ยง 2-3 เท่า มาตรการแก้ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งคือ มาตรการในการค้นหาหญิงมีครรภ์และให้บริการดูแลตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการตั้งครรภ์(early ANC) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยากจนและตกงาน

สรุป

ผลการเฝ้าระวังสถานการณ์คลอดและฝากครรภ์ ทั้ง 2 รอบ ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มหญิงมีครรภ์ที่ตกงานยากจนและไม่มีสิทธิรักษาในเขตเมืองของภาคกลางเป็นกลุ่มที่พบอัตราไม่ได้ฝากครรภ์ และฝากครรภ์ที่ไม่ได้ ตามเกณฑ์มาตรฐานสูงที่สุด ขณะเดียวกันภาพรวมของอัตราน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์แม้จะไม่สูงนัก แต่ในกลุ่มคนจนเขตเมืองของภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางกลับพบปัญหานี้สูงกว่ากลุ่มทั่วไป 1.5-2 เท่า เป็นการแสดงสัญญาณของปัญหาที่แนวโน้มอาจกลับสูงขึ้นหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและติดตาม

สถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือแก่หญิงมีครรภ์ในครอบครัวยากจนและดกงาน ได้อย่างทันกาลมีประสิทธิภาพต่อไป และป้องกันผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพทางสติปัญญาของประชาชนในอนาคตเร่งช่วยเหลือกลุ่มคนจน โดยมีมาตรการในการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยให้ครอบคลุมคนจนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะภาคกลาง และมาตรการส่งเสริมให้คนจนมีโอกาสซื้อบัตรสุขภาพทุกช่วงเวลาที่ต้องการผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า บัตรสุขภาพเป็นกลไกที่รองรับการบริการสุขภาพที่สำคัญของประชาชนที่ยากจนและดกงานหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

กิตติกรรมประกาศ

หน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 40 จังหวัดที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจครั้งนี้เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยากร เชียงกูร, การกอบกู้และฟื้นฟูชาติจากพันธนาการของ IMF, ประชาคมวิจัย. จัดหมายข่าวรายเดือน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฉบับที่ 17 มกราคม , พ.ศ. 2541.
2. สรุปรายงานนำหนักทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ 2541 ตุลาคม 2540-กันยายน 2541, สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (ปี 2540), แบบแผนการคลอดบุตรในโรงพยาบาล ปี 2533-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

ตารางผนวก

ตารางที่ ๘๑ ร้อยละตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยการฝากครรภ์และคลอด
รายได้ ภาค และสถานที่คลอด

ปัจจัยต่างๆ	คลอดในรพช./รพท.(เขตเมือง)								คลอดในรพช.(เขตชนบท)								รวม
	กลาง		ต.อ.น.		เหนือ		ใต้		กลาง		ต.อ.น.		เหนือ		ใต้		
	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	จน	ไม่จน	
รอบที่ 1 (ก.ย. 2541)																	
ไม่มีการฝากครรภ์	17.8	3.2	4.2	0.0	4.5	1.3	2.9	0.6	9.3	4.8	0.8	0.4	5.3	4.3	0.0	2.4	8.0
จำนวนรวม	73	348	143	82	112	223	35	173	54	270	375	268	171	141	30	124	2,622
ฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์	34.9	16.8	15.5	10.3	14.4	12.7	15.2	18.3	36.0	20.5	17.4	12.2	15.8	21.4	23.3	26.3	437
จำนวนรวม	63	328	129	78	104	213	33	164	50	254	362	254	158	131	30	118	2,469
มีภาวะเสี่ยง	37.5	40.2	30.4	25.0	28.6	27.8	25.7	27.2	34.6	25.1	20.9	22.3	18.6	23.4	23.3	25.0	697
จำนวนรวม	72	346	138	80	105	209	35	173	52	267	374	269	167	141	30	124	2,582
มีภาวะแทรกซ้อน	23.5	20.6	35.9	39.6	14.5	15.9	29.6	19.2	20.9	12.3	10.1	8.7	7.2	9.2	15.4	8.8	293
จำนวนรวม	51	252	78	48	76	170	27	130	43	203	268	207	138	109	26	91	1,917
น้ำหนักทารก <2500 กรัม	9.6	8.6	11.9	7.3	10.7	8.0	22.9	8.0	14.8	7.3	11.4	6.7	10.5	6.9	6.7	8.1	241
จำนวนรวม	73	349	143	82	112	225	35	175	54	273	376	269	172	144	30	124	2,636
รอบที่ 2 (เม.ย. 2542)																	
ไม่มีการฝากครรภ์	6.3	3.2	2.0	0.9	7.1	2.9	4.8	0.4	0.0	0.6	0.3	0.3	2.8	0.0	1.7	2.2	31
จำนวนรวม	16	186	102	116	42	138	42	223	28	162	293	317	109	118	58	182	2,132
ฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์	50.0	19.6	19.4	8.3	17.1	18.1	25.6	18.2	56.7	35.7	18.2	13.9	22.3	25.6	37.9	22.8	446
จำนวนรวม	14	179	98	108	41	138	39	225	30	171	296	323	103	117	58	180	2,120
มีภาวะเสี่ยง	33.3	23.9	26.3	23.9	27.3	26.2	42.5	28.6	32.3	13.7	14.2	21.6	32.7	21.0	40.6	20.7	512
จำนวนรวม	18	184	95	109	44	141	40	248	31	175	302	329	110	119	64	188	2,197
มีภาวะแทรกซ้อน	22.2	13.8	18.2	17.9	19.6	20.7	30.2	20.6	9.4	8.8	12.8	11.0	9.6	11.2	7.8	8.2	320
จำนวนรวม	18	196	110	123	46	145	43	257	32	181	313	337	114	125	64	195	2,299
น้ำหนักทารก <2500 กรัม	16.7	9.2	18.2	8.1	10.9	6.9	14.0	8.6	6.3	6.1	7.7	5.6	13.2	8.0	14.1	8.7	201
จำนวนรวม	18	196	110	123	46	145	43	257	32	181	313	337	114	125	64	195	2,299

ตารางที่ ผ2 เปรียบเทียบการมีสิทธิด้านรักษาพยาบาลจำแนกตาม
ประเภทกลุ่มตัวอย่าง 2 ช่วงสำรวจ

สิทธิ การรักษาพยาบาล	คลอดไทรศร/รพท.(เขตเมือง)								คลอดไทรศร.(เขตชนบท)								รวม
	กลาง		ต.อ.น.		เหนือ		ใต้		กลาง		ต.อ.น.		เหนือ		ใต้		
	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	จน	ไม่ จน	
รอบที่1 (ก.ย. 2541)																	
ไม่มี	47.9	37.0	18.2	8.5	23.2	25.2	17.1	27.5	59.3	44.9	19.5	19.2	34.5	27.7	13.3	26.8	743
บัตรสุขภาพ	42.5	30.1	64.3	62.2	62.5	38.7	71.4	48.5	29.6	29.0	66.1	64.9	49.1	52.5	66.7	58.5	1,305
บัตร สปร.	4.1	1.2	14.0	3.7	10.7	3.6	8.6	6.6	5.6	4.4	13.6	4.2	15.8	6.4	20.0	8.9	194
ประกันสังคม	5.5	23.4	1.4	14.6	3.6	5.9		7.2	5.6	17.3	0.5	8.7	0.6	7.8		2.4	218
อื่นๆ		8.4	2.1	11.0		26.6	2.9	10.2		4.4	0.3	3.0		5.7		3.3	151
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
จำนวนรวม	73	346	143	82	112	222	35	167	54	272	375	265	171	141	30	123	2,611
รอบที่2 (เม.ย. 2542)																	
ไม่มี	55.6	39.0	28.4	22.5	26.1	27.1	38.1	27.2	67.7	49.2	16.8	21.5	29.2	27.6	34.9	32.3	661
บัตรสุขภาพ	22.2	27.2	58.7	47.5	54.3	42.4	50.0	46.9	19.4	17.9	66.1	60.6	51.3	51.2	36.5	49.5	1,078
บัตร สปร.	5.6	2.1	10.1	3.3	8.7	3.5	9.5	2.8	9.7	3.9	15.4	7.6	15.9	11.4	27.0	10.4	190
ประกันสังคม	16.7	20.5	0.9	9.2		5.6	2.4	8.7	3.2	24.6	0.3	5.5	0.9	4.1	1.6	6.8	170
อื่นๆ		11.3	1.8	17.5	10.9	21.5		14.6		4.5	1.3	4.8	2.7	5.7		1.0	158
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
จำนวนรวม	18	195	109	120	46	144	42	254	31	179	298	330	113	123	63	192	2,257

ตารางที่ ผ3 สรุปสถานการณ์การคลอดและฝากครรภ์ตามประเภท
กลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยต่างๆ	ประเภทกลุ่มตัวอย่าง													
	ตัวอย่างทั้งหมด		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด				ยากจนดกงาน				ยากจนดกงานและไม่มีสิทธิรักษา			
			รพศ./รพท.		รพช.		รพศ./รพท.		รพช.		รพศ./รพท.		รพช.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รอบที่1 (ก.ย. 2541)														
ไม่มีการฝากครรภ์	80	3.0	40	3.4	40	2.8	25	6.9	17	2.7	18	19.4	15	9.0
ฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์	437	17.7	182	16.4	25.5	18.8	62	18.8	113	18.8	28	35.9	51	33.8
มีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด	697	27	372	32.1	32.5	22.8	108	30.9	134	21.5	27	29.3	38	23.5
มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	294	11.1	182	21.9	111	10.2	59	25.4	50	10.5	12	19.7	13	10.3
น้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์	241	9.1	112	9.4	129	8.9	44	12.1	71	11.2	10	10.8	19	11.3
รอบที่2 (เม.ย. 2542)														
ไม่มีการฝากครรภ์	31	1.5	21	2.4	12	0.9	8	1.0	5	1.0	6	9.5	3	2.6
ฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์	446	21.0	162	18.4	293	22.8	43	22.4	116	23.8	26	43.3	47	40.9
มีภาวะเสี่ยงก่อนคลอด	293	15.3	248	27.0	274	20.7	60	30.5	115	22.7	21	33.9	31	26.1
มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	327	13.9	185	18.8	42	10.4	46	21.2	59	11.3	14	20.3	6	4.8
น้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์	208	8.9	100	10.2	108	7.9	34	15.7	50	9.6	13	18.8	15	11.9

เมื่อเศรษฐกิจของประเทศ
เข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้บริหารและ
นักวิชาการต่างก็วิตกว่าสถานะเช่นนี้
จะทำให้เกิดผลกระทบกว้าง
นอกเหนือจากผลกระทบ
ทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังอาจก่อให้เกิด
ผลกระทบทางด้านสังคมอีกด้วย
เช่น การว่างงาน และการจัดบริการ
ต่างๆ ของรัฐที่ให้กับประชาชน
อาจถูกกระทบ เนื่องจากถูกตัด
งบประมาณเป็นจำนวนมาก

สถานะสุขภาพของประชาชน
และการจัดบริการสาธารณสุข
เป็นสิ่งสำคัญ และต้องถูกกระทบ
อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องมีการ
ติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อการแก้ปัญหา
ที่มีประสิทธิภาพและทันห่วงที่
รวมทั้งป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น
ในอนาคตด้วย

ISBN 974-7232-37-5



9 789747 232370

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี เชม พริ่งพวงแก้ว



00003413