



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การลงทุนในเด็ก:

รัฐ ชุมชนและครัวเรือนควรลงทุนด้านใดให้มากขึ้น

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ

กุมภาพันธ์ 2543

## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

### การลงทุนในเด็ก:

### รัฐ ชุมชนและครัวเรือนควรลงทุนด้านใดให้มากขึ้น

#### คณะผู้วิจัย

|                                                                         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. รศ. น.พ. ศุภสิทธิ์ พรธนาอุโนทัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร      | หัวหน้าโครงการ     |
| 2. รศ.ดร. จุฬา ภูไพบูลย์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล    | หัวหน้าโครงการร่วม |
| 3. ดร. กมล รอดคล้าย กรมการศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ                       | หัวหน้าโครงการย่อย |
| 4. น.พ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข   | หัวหน้าโครงการย่อย |
| 5. ผศ.ดร. กุศล สุนทรธาดา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล    | หัวหน้าโครงการย่อย |
| 6. ผศ.ดร. สมชาย สุขศิริเสรีกุล คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์     | หัวหน้าโครงการย่อย |
| 7. คุณทิพย์สุดา สุเมธเสนีย์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ          | ผู้วิจัย           |
| 8. คุณรุ่งเรือง สุชาภิรมย์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ           | ผู้วิจัย           |
| 9. ผศ.ดร. จริยา วิทยะศุภร คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล   | ผู้วิจัย           |
| 10. ท.ญ. เพ็ญแข ลาภยิ่ง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข     | ผู้วิจัย           |
| 11. คุณทวีคุณ มลายาภรณ์ สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ      | ผู้วิจัย           |
| 12. ผศ.ดร.สุวัฒนา วิบูลเศรษฐ์ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ผู้วิจัย           |
| 13. ดร. พิษณุเดช เจษฎาจิตร คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย         | ผู้วิจัย           |
| 14. คุณ รัชพันธ์ เขยจิตร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล    | ผู้วิจัย           |
| 15. คุณปริยาภรณ์ ศิริวรรณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล   | ผู้วิจัย           |
| 16. ดร.ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์      | ผู้วิจัย           |
| 17. อาจารย์เกรียงไกร เดชะกานนท์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์    | ผู้วิจัย           |

### ภายใต้ชุดโครงการ เด็ก เยาวชน และครอบครัว

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)  
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย การลงทุนในเด็ก ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้แก่ ศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คุณศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ วุฒิสมาชิก รศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดร.นงลักษณ์ พันธจารุณี รศ.ดร.ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ท.ญ.เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒน์กุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทำการประเมินรายงานผลการวิจัยฉบับร่าง ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นในขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่กรุณาให้ข้อมูลหลักในการวิจัย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ และที่มีได้กล่าวถึงในที่นี้ด้วย

เอกสารรายงานฉบับนี้ ได้เสร็จสมบูรณ์ลงด้วยการประสานงานของ โครงการวิจัยเด็ก เยาวชน และครอบครัว มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ โดยแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เป็นผู้ประสานงานกลาง และ คุณวุฒิพงษ์ สืบเนตร ผู้ประสานงาน สุดท้าย คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้ทุนสนับสนุนตั้งแต่ขั้นพัฒนาโครงการวิจัย จนกระทั่งได้ผลสำเร็จลุล่วงเพื่อเสนอทางเลือกของการลงทุนที่เหมาะสมในเด็ก สำหรับกรอบของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐบาล องค์กรชุมชน และครัวเรือน

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และคณะ

29 กุมภาพันธ์ 2543

## สารบัญ

|                                                                                    |     |     |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| กิตติกรรมประกาศ                                                                    | ... | ... | ... | iii |
| สรุปย่อสำหรับผู้บริหาร                                                             | ... | ... | ... | v   |
| Abstract                                                                           | ... | ... | ... | x   |
| <b>บทที่ 1</b> ความเป็นมา ความสำคัญและกรอบแนวคิดของการวิจัย                        | ... | ... | ... | 1   |
| <i>ศุภสิทธิ์ พรธนาอุไรนัย รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ</i>                                |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 2</b> ทบทวนวรรณกรรมการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนในเด็ก                  | ... | ... | ... | 10  |
| <i>สมชาย สุขสิริเสรีกุล และศุภสิทธิ์ พรธนาอุไรนัย</i>                              |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 3</b> การลงทุนด้านการศึกษาในเด็กและเยาวชน                                 | ... | ... | ... | 25  |
| <i>กมล รอดคล้าย และ ทิพย์สุดา สุขเมธเสนีย์</i>                                     |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 4</b> การลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน                                   | ... | ... | ... | 67  |
| <i>สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ เพ็ญแข ลาภยั้ง และ จริญญา วิริยะศุกร</i>                |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 5</b> การลงทุนด้านบริการสังคมในเด็กและเยาวชน                              | ... | ... | ... | 113 |
| <i>ศุภสิทธิ์ พรธนาอุไรนัย สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ และ ทวีคุณ มาลยาภรณ์</i>            |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 6</b> ความคาดหวังและการลงทุนในเด็กไทย: มุมมองของครอบครัว ชุมชนและสังคม... |     |     |     | 138 |
| <i>กุศล สุนทรธาดา และ รัชพันธุ์ เขยจิตร</i>                                        |     |     |     |     |
| <b>บทที่ 7</b> รัฐ ชุมชน และครัวเรือน ควรลงทุนด้านใดให้มากขึ้น                     | ... | ... | ... | 194 |
| <i>ศุภสิทธิ์ พรธนาอุไรนัย และคณะ</i>                                               |     |     |     |     |
| <b>เอกสารอ้างอิง</b>                                                               |     |     |     | 212 |
| <b>ภาคผนวก</b>                                                                     |     |     |     | 220 |

## สรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาเรื่องการลงทุนในเด็ก โดยหาขนาดของการลงทุนจากภาครัฐ ชุมชน และครัวเรือน เพื่อให้เห็นแนวโน้มของการลงทุนด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคม ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ในด้านต่างๆ เพื่อเสนอทางเลือกของการลงทุนที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีทบทวนเอกสารเป็นส่วนใหญ่ ผสมผสานด้วยการประชุมกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มผู้นำชุมชน ครัวเรือน และผู้รับผิดชอบด้านเด็กขององค์กรรัฐ ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน คณะผู้วิจัยประชุมพิจารณาข้อค้นพบต่างๆ และสรุปเป็นความเห็นพ้องร่วมกัน เพื่อเสนอแนะบทบาทที่ควรทำของรัฐ องค์กรชุมชน และครอบครัว ดังต่อไปนี้

### กลุ่มเด็กทารกและปฐมวัย (0-4 ปี)

เด็กทารกและปฐมวัย ปี 2540 มีประมาณ 5.4 ล้านคน การลงทุนในเด็กกลุ่มนี้เป็นด้านสุขภาพมากที่สุด โดยรัฐเป็นผู้ลงทุนในปี 2539 ประมาณ 1,780 บาทต่อคนต่อปี เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพ 993 บาท ด้านป้องกันโรค 388 บาท และรักษาพยาบาล 261 บาท ครัวเรือนมีส่วนในการลงทุนด้านสุขภาพอีก 718 บาทต่อคนต่อปี รวมเป็นการลงทุนด้านสุขภาพ 2,498 บาทต่อคนต่อปี

แนวโน้มการลงทุนด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2529-2539 พบว่า รัฐมีอัตราเพิ่มของการลงทุนมากเป็น 3 เท่า (ตามราคาจริง) โดยเพิ่มมากที่การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ผลสัมฤทธิ์ของการลงทุนนี้คือ อัตราตายและอัตรารวยโดยรวมลดลง โดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและโรคติดเชื้อลดลง และภาวะโภชนาการดีขึ้น

ส่วนการลงทุนด้านบริการสังคม รัฐเพิ่งให้ความสนใจกับกลุ่มเป้าหมายเด็กทารกและปฐมวัยมากขึ้นเมื่อปี 2539 นี้ แผนงานพัฒนาเด็ก และโครงการพัฒนาครอบครัว ในปี 2539 และ 2540 มีงบประมาณรวมกันราว 1,300-1,500 ล้านบาทตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นการลงทุนในเด็กกลุ่มนี้ประมาณ 286 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2540 กิจกรรมของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เน้นที่สถานเลี้ยงเด็กของกรมการพัฒนาชุมชน และบางส่วนเป็นกิจกรรมพัฒนาครอบครัว การประเมินผลของโครงการพัฒนาครอบครัว พบว่า โครงการนี้ควรผสมผสานการดำเนินงานให้แก่ชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล เพราะเป็นโครงการที่มีการผสมผสานในองค์กรรวมมาก

การลงทุนจากครัวเรือนน่าจะมีความสำคัญที่สุดต่อเด็กกลุ่มนี้ เพราะเป็นวัยที่ต้องสร้างสายใยผูกพันระหว่างพ่อ แม่ ลูก เพื่อให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว เป็นภูมิคุ้มกันปัญหาสังคมในอนาคต แต่ความเป็นจริงที่พบคือ โครงสร้างครอบครัวกำลังเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และมีครอบครัวหย่าร้างหรือครอบครัวที่มีแต่แม่ หรือพ่อเพียงฝ่ายเดียวมากขึ้น การใช้เวลาของพ่อ แม่ กับลูก กับการอบรมเลี้ยงดูลูกจึงเป็นการลงทุนที่ไม่ใช่ตัวเงิน ที่มีความสำคัญมาก ขณะที่สังคมมีความเร่งรัดและบีบคั้นทางเศรษฐกิจ แม่มีเวลาดูแลลูกลดน้อยลง พ่อไม่มีทักษะ

และความเข้าใจที่ดีพอในการอบรมเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้พัฒนาการของเด็กไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น เวลา และคุณภาพของเวลาที่ให้กับเด็ก จึงเป็นการลงทุนที่ควรเรือนให้กับเด็กที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร

องค์กรชุมชนที่ใกล้ชิดครอบครัวมากที่สุด คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ยังมีส่วนร่วมอย่างมากในการดูแลครอบครัวและเด็ก อบต.ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระยะที่ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน คือสิ่งก่อสร้าง ถนน ทางระบายน้ำ ฯลฯ อบต.ใดที่มีสตรีเป็นสมาชิกมาก ก็จะทำให้ความสำคัญกับกิจกรรมพัฒนาคน กรุงเทพมหานคร เป็นตัวอย่างของการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชนมากที่สุด

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาครอบครัว ในปี 2539 ของสำนักงานการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) เป็นการประเมินในกระบวนการ ส่วนการประเมินเชิงผลสัมฤทธิ์ โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างสติปัญญาของเด็กกับขนาดของงบประมาณที่ลงทุนในโครงการฯ เป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงให้เห็นว่า ควรสนใจในผลสัมฤทธิ์ของโครงการควบคู่กันไปกับขนาดที่สมควรลงทุนในด้านต่างๆ ด้วย

เด็กปฐมวัย เมื่อเข้าสู่การศึกษาอนุบาล ประมาณว่า ปี 2541 มีเด็กอยู่ในการศึกษาก่อนประถมศึกษาไม่ต่ำกว่า 1.9 ล้านคน ขนาดการลงทุนจากรัฐของสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ โดยเฉลี่ย 11,931 บาทต่อคนต่อปี แต่ถ้าเป็นของกรมศาสนา ขนาดของการลงทุนเพียง 2,970 บาทต่อปี

ข้อเสนอแนะของการลงทุนในเด็กทารกและปฐมวัย มีดังนี้

- รัฐควรลงทุนด้านในด้านบริการสังคม แก่เด็กกลุ่มนี้ให้มากขึ้น โดยเฉพาะการลงทุนในลักษณะของการพัฒนาองค์กรรวมของครอบครัว เพื่อเด็กกลุ่มนี้ได้รับประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเต็มที่ ควรผสมผสานงานสถานเลี้ยงเด็กเล็กและงานพัฒนาครอบครัวเข้าด้วยกันเพื่อให้การดำเนินงานไม่แยกเป็นส่วนๆ
- ครอบครัวต้องให้ความสนใจในการเลี้ยงดูเด็กกลุ่มนี้ โดยเฉพาะเด็กวัยทารกอย่างเต็มที่ พัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการเลี้ยงดูเด็ก ให้สามารถเลี้ยงดูเด็กที่ส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างดี
- ชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะการปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) ควรได้รับมอบหมายภารกิจในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ โดยเป็นผู้รับงบประมาณจากรัฐ เพื่อดำเนินงานประสานงานกับครอบครัว ให้การดูแลแก่เด็กปฐมวัย เพราะเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดครอบครัวมากที่สุด

### วัยเรียน (5-14 ปี)

ในปี 2540 มีเด็กในวัยนี้ประมาณ 11.0 ล้านคน การลงทุนในเด็กกลุ่มนี้เป็นการลงทุนด้านการศึกษามากที่สุด โดยรัฐลงทุนการศึกษาระดับประถมศึกษา 11,019 บาทต่อคนต่อปีในปี

2541 และลงทุนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 13,880 บาทต่อคนต่อปี ถ้าเป็นการศึกษานอกโรงเรียน การลงทุนของรัฐต่อคนจะต่ำกว่าการศึกษาในระบบถึง 8 เท่า และการศึกษาออกโรงเรียนมีบทบาทมากขึ้นในระดับมัธยมศึกษา

การประเมินโครงการขยายโอกาสทางการศึกษา พบว่า เด็กอยู่ในระบบโรงเรียนมากขึ้น อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยม 1 เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากร้อยละ 44 ของนักเรียนที่จบชั้นประถม 6 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 95 ในปี 2540 หรือเด็กวัย 12-14 ปี อยู่ในโรงเรียนมากขึ้น จากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 74 ในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การกระจายตามภาคยังเป็นปัญหาอยู่ คือ เด็กวัย 12-14 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะยังคงอยู่ในโรงเรียนเพียงร้อยละ 72 แต่เด็กในภาคตะวันออกยังคงอยู่ในโรงเรียนถึงร้อยละ 84 การกำหนดการศึกษาภาคบังคับให้เป็น 9 ปีจึงยังไม่สัมฤทธิ์ผลอย่างทั่วถึง

การลงทุนด้านสุขภาพโดยรวมของเด็กกลุ่มวัยเรียนเป็นเงิน 1,372 บาทต่อคนต่อปี เป็นการลงทุนจากรัฐ 747 บาท ใกล้เคียงกับการลงทุนจากครัวเรือน 635 บาทต่อคนต่อปี

การลงทุนด้านบริการสังคม สำหรับเด็กกลุ่มนี้ มักเป็นไปในรูปกิจกรรมเสริมหลักสูตรของเด็กในโรงเรียน

การประเมินเชิงความคุ้มค่า ระดับโครงการย่อยสำหรับเด็กวัยนี้ ได้แก่ โครงการอาหารกลางวัน และอาหารเสริม(นม)โรงเรียน โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า การที่รัฐมีนโยบายให้โครงการทั้งสองดำเนินงานอย่างกองทุนหมุนเวียนเพื่อแก้ปัญหาทุพโภชนาการอาหารกลางวันสามารถลดระดับการขาดอาหารตามมาตรฐานน้ำหนักต่ออายุ และนมโรงเรียน แก้ปัญหาขาดอาหารตามมาตรฐานส่วนสูงต่ออายุได้ตามที่มุ่งหวัง แต่การดำเนินงานกองทุนมักจะมีปัญหาที่ชี้ว่าจะไม่สามารถดำเนินงานได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะของการลงทุนในเด็กวัยเรียน มีดังนี้

- ควรขยายโอกาสทางการศึกษา ให้เสมอภาคระหว่างภาค
- ควรเน้นผลสัมฤทธิ์ของโรงเรียน
- ผสมผสานการบริหารกองทุนเพื่อสุขภาพ ให้กว้างขวางกว่าด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียว เน้นให้เด็กมีส่วนร่วม เพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน
- ปลุกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ให้เด็กในวัยเรียน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาเมื่อเข้าสู่กลุ่มเยาวชน

### กลุ่มเยาวชน (15-24 ปี)

ในปี 2540 กลุ่มเยาวชนมีประชากรประมาณ 11.6 ล้านคน มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว กลุ่มเยาวชนมีลักษณะกระจายตัวมากว่าครึ่งหนึ่งออกมาสู่ตลาดแรงงาน ส่วนที่เรียน

ต่อ ก็กระจายไปในสาขาต่างๆ เช่น อาชีวศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย จนเข้าสู่อุดมศึกษา และออกมาประกอบอาชีพ ดังนั้น การลงทุนด้านการศึกษจากรัฐจึงมีหลายขนาด ที่สูงที่สุด คือ ระดับอุดมศึกษา รัฐลงทุน 91,535 บาทต่อคนต่อปี ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 20,042 บาทต่อคนต่อปี และระดับอาชีวศึกษา รัฐลงทุนประมาณ 12,988 บาทต่อคนต่อปี

| ตัวเด็ก                     | รัฐ                                                                                                                            | ชุมชน                                                        | ครอบครัว                                                                |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ทารกและปฐมวัย<br>5.4 ล้านคน | รายจ่ายสุขภาพ 1,780 บาท<br>โครงการพัฒนาครอบครัว<br>และเด็กลงทุน 261 บาท<br>ควรลงทุนด้านสังคมใน<br>ครอบครัวมากขึ้น              | ให้มีส่วนร่วมแบบองค์รวม<br>ให้มีส่วนร่วมในการจัดการ<br>ศึกษา | ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 718 บาท<br>บทบาทพ่อแม่ ความผูกพัน<br>เป็นกลุ่มเป้าหมาย |
| วัยเรียน<br>11.0 ล้านคน     | งบประมาณการศึกษาสูง<br>ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 747 บาท<br>อาหารกลางวัน นมโรงเรียน                                                     | ชุมชนมีส่วนในการจัดการ<br>ศึกษา                              | ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 635 บาท                                                |
| เยาวชน<br>11.6 ล้านคน       | ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 850 บาท<br>รัฐลงทุนด้านสังคม 26 บาท<br>ควรลงทุนด้านป้องกันโรค<br>มากขึ้น อาจลดรายจ่ายครัว<br>เรือนลงได้       | ให้เยาวชนเป็นส่วนของการ<br>พัฒนาชุมชน                        | ค่าใช้จ่ายสุขภาพ 1,679 บาท                                              |
| ยากลำบาก<br>7.7 ล้านคน      | รัฐลงทุน 67 บาทต่อคน<br>มีกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา<br>ควรเน้นระบบข้อมูลข่าวสาร                                                | เน้นให้ชุมชนเข้มแข็ง ช่วย<br>สอดส่อง ป้องกันและแก้<br>ปัญหา  | ครอบครัวเปราะบาง จึงช่วย<br>อะไรไม่ได้มากนัก ต้องอาศัย<br>ชุมชนช่วย     |
| ปัญญาเลิศ<br>4.5 แสนคน      | เพิ่งเริ่มในแผน 7 ข้อมูล<br>การจัดกระจาย เช่น ร.ร.<br>จุฬารัตน์ สสวท. ค่ายวิทยา<br>ศาสตร์ (สยช.) ไปอยู่กับภูมิ<br>ปัญญาชาวบ้าน | ชุมชนควรเป็นผู้ได้รับ<br>ประโยชน์จากเด็กกลุ่มนี้ใน<br>อนาคต  | ครอบครัวอาจมีส่วนร่วมตาม<br>ฐานะ                                        |

การลงทุนด้านสุขภาพของกลุ่มเยาวชน มีข้อน่าสังเกตคือ การลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่เป็นส่วนของรัฐมีน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ และน้อยกว่าการลงทุนด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจมีผลให้การลงทุนด้านการรักษาพยาบาลที่มาจากครัวเรือนสูงขึ้น และโดยเฉพาะ กลุ่มเยาวชนที่อยู่ในภาคแรงงาน มีรายจ่ายด้านประกันสังคมที่ทำให้การลงทุนโดยรวมของเยาวชน อายุ 20-24 ปีสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะของการลงทุนในเยาวชน มีดังนี้

- รัฐควรลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมู่เยาวชนมากขึ้น โดยเฉพาะการป้องกันอุบัติเหตุ
- ควรวิจัยและพัฒนาหารูปแบบในการป้องกันแก้ไขปัญหาลำบากสำหรับกลุ่มเยาวชน เนื่องจากมีลักษณะกระจัดกระจาย
- ควรส่งเสริมให้เยาวชนเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคม นอกจากการพัฒนาทางการศึกษา

### กลุ่มเด็กในภาวะยากลำบาก

เด็กในภาวะยากลำบาก มีขนาดประมาณ 7.7 ล้านคนในปี 2541 การลงทุนเพื่อเด็กยากลำบากจากภาครัฐมีขนาดประมาณ 67 บาทต่อคนต่อปี ข้อมูลด้านเด็กยากลำบากมีความขัดแย้งกันมากระหว่างข้อมูลทางราชการ กับข้อมูลขององค์กรเอกชน

ข้อเสนอแนะของการลงทุนในกลุ่มเด็กในภาวะยากลำบาก มีดังนี้

- รัฐควรลงทุนเพื่อกลุ่มเด็กยากลำบาก โดยผ่านองค์กรเอกชน
- ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อช่วยแก้ปัญหาเด็กในภาวะยากลำบากตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
- สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการแก้ปัญหา

### กลุ่มเด็กปัญญาเลิศ

กลุ่มเด็กปัญญาเลิศ เป็นเป้าหมายกลุ่มใหม่ที่กำหนดไว้ในแผน 7 เป็นต้นมา ประมาณว่าในปี 2541 มีเด็กปัญญาเลิศทั้งสิ้น 4.5 แสนคน เนื่องจากเป็นแผนงาน การดำเนินงานยังกระจัดกระจายไร้ทิศทาง ในแผนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ เสนอให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประสานงานเพื่อเป็นกลไกประสานงาน เพื่อ

ข้อเสนอแนะของการลงทุนในเด็กปัญญาเลิศ มีดังนี้

- ควรมีหน่วยงานประสานเรื่องนี้อย่างจริงจัง
- วางทิศทางให้เด็กปัญญาเลิศ สร้างประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติและสังคม โดยผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

## **ABSTRACT: Investment in children: the directions for the government, society and family to invest more.**

This study looks into three aspects of investment in children: education, health and social services. The task is to review the trends of the investments borne by families, societies and governments and recommend on directions to make more investments.

Five sub-studies were designed to complement each other. The researchers were divided into 5 groups to focus their areas of study on education, health, social services, priority ranking and social expectations on children. The research teams then integrated the findings and came up with recommendations for better investment in children

### **Infant and preschool age**

The governments have been successful in putting more resources for health promotion and prevention of immunisable diseases in infants and preschool children. However, the government's role on social services was limited to the programmes for family development and child development. The effectiveness considered on the ground of intelligence quotient (IQ), was not satisfactory. Recommendations on this age group include the following:

- The government should invest more on the programmes for child and family development. The two programmes should be tightly integrated into one to aim for better physical and intelligence developments.
- The family has an undeniable role in taking care of infant to be the foundation for full capacity development in the future.
- The local government (Tambon Administration) must be the medium to implement the child and family development activities at the lowest level closest to the family.

### **School age**

Investment on education for the school age is huge. By extending the compulsory education from 6 years to 9 years, the retention rate of primary school children to secondary school doubled from 1992 to 1997. Households paid high value on education of their children. The cost of providing formal education was much higher than the informal education. Educational achievements were questionable for hard sciences. Recommendations for the school ages were as follows:

- Extend the education opportunities to the whole country regardless of geographical area, through formal, informal and non-formal education.
- Put more emphasis on the educational achievements: both academic and non-academic, according to the level of education.
- Integrate the revolving fund for school lunch with the fund for school milk to make the fund more sustainable. The activities in the school need to be extended to cover other health behaviour issues to enable school children to be less risky adolescent.

### **Adolescent**

Health care cost per capita was high for the adolescent. The low preventive/promotive spending may be related with the high medical care cost. Education was also important for this age group, as it prepared adolescent to earn their living in the future. Recommendations for the adolescent were as follows:

- The government should put more emphasis on the health of the adolescent.
- Invest in the research on how to effectively improve the health of the adolescent.
- Liberate potential of the adolescent to be a part of social development.

### **The underprivileged children:**

The underprivileged children usually arise from the problem families. They are the hard to reach group and the exact number of them was not easily to get. Recommendations on the underprivileged children are as follows:

- The government should invest in the underprivileged through non-governmental organisations.
- Civil societies need to be strengthened to take part in helping the underprivileged at the early stage.
- Information system of the underprivileged children needs to be established.

### **The gifted children:**

Programmes on the gifted children have been drafted recently. They covered variety of special capacities from mathematics/sciences to performing arts. As yet no clear direction has been established. The followings are the recommendations:

- There should be a body to set the targets and steer the direction of the programmes for the gifted children.
- The goal of investment in the gifted children should be the benefits for the civil society.

## บทที่ 1

### ความเป็นมา ความสำคัญและกรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาการลงทุนในเด็ก เมื่อปี 2540 (โดย ศุภสิทธิ์ พรธนาอุโณทัย และ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ 2541) ยังไม่สะท้อนความจริงของการลงทุนในเด็กในด้านต่างๆ เท่าไรนัก ทั้งที่เป็น การลงทุนจากภาครัฐ การลงทุนจากภาคเอกชน รวมถึงครัวเรือน ขนาดของการลงทุนที่สรุปยัง จำกัดในรูปของตัวเงิน โดยไม่นึกถึงการลงทุนที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความเอาใจใส่ดูแล เวลา ฯลฯ นอกจากนั้น ยังไม่ได้คำนึงถึงกระบวนการของการลงทุน ว่ามีประสิทธิภาพ หรือมีการรั่วไหล ระหว่างทางมากนักน้อยเพียงใด การประชุม กลุ่มย่อยระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ และ ผู้สนใจเรื่องการลงทุนในเด็ก ของชุดโครงการเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในช่วงครึ่งปีแรกของปี 2541 เสนอกรอบการศึกษาเรื่องการลงทุนในเด็กที่ควรดำเนินการต่อไป ว่าต้องครอบคลุมทั้ง การลงทุนที่เป็นตัวเงินและไม่ใช่ว่าตัวเงิน การลงทุนด้านงบประมาณของภาครัฐ กระบวนการจัดสรรทรัพยากรภาครัฐและภาคเอกชน การจัดสวัสดิการในครัวเรือน การลงทุนของชุมชน ไปจนถึง ผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการเพื่อเด็ก การศึกษานี้ จึงต้องลงลึกถึงรายละเอียดและ เที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถเสนอทางเลือกเชิงนโยบายแก่รัฐบาลได้ว่า รัฐควร ลงทุนกับเด็กในด้านใดบ้าง รวมทั้งเสนอทางเลือกให้แก่ครัวเรือน และองค์กรชุมชน เรื่องการลงทุน ในเด็กได้ด้วย

เพื่อให้การศึกษาเรื่องการลงทุนในเด็ก เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และให้ผลการศึกษาที่มี ประโยชน์ต่อการตัดสินใจดังกล่าว จึงแบ่งระยะของการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การศึกษา ระดับมหภาค ในระยะที่ 1 (คือการศึกษาคั้งนี้) และการศึกษาในระดับจุลภาค ในระยะที่ 2 (ซึ่งจะ ได้วางแผนดำเนินการต่อไป)

การศึกษาระดับมหภาค เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการลงทุนที่เกี่ยวกับเด็ก ทั้ง จากภาครัฐและเอกชนอย่างละเอียด เพื่อให้เห็นแนวโน้มในระยะเวลาจากแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 จนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ให้ มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อหาความสัมพันธ์ในเชิงอนุกรมเวลาขนาดการลงทุน กับผลสัมฤทธิ์ที่ เกิดขึ้น และหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างการลงทุนในส่วนต่างๆ 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ การ ลงทุนในด้านการศึกษา สุขภาพ และบริการสังคม ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้เกือบทั้งหมด เนื่องจากการศึกษานี้ ใช้ข้อมูลปฐมภูมิที่มีอยู่แล้ว จึงน่าจะให้คำตอบได้ภายในระยะเวลาอันสั้น

การศึกษาระดับจุลภาค เป็นการศึกษาลงลึกถึงความคืบหน้าของการลงทุนในเด็กในส่วน สำคัญที่จะเกิดผลกระทบต่อสังคมวงกว้าง แต่ไม่เคยมีการเก็บข้อมูลในรายละเอียดมาก่อน เช่น การศึกษาการลงทุนของครัวเรือนกับเด็ก สำหรับเด็กกลุ่มอายุต่างๆ จนถึงเยาวชน บทบาทของ

องค์การศาสนาต่อการลงทุนในเด็กในภาคต่างๆ บทบาทขององค์กรชุมชนในการลงทุนเพื่อเด็ก การลงทุนในเด็กกลุ่มด้อยโอกาส ฯลฯ การศึกษาเหล่านี้ต้องใช้ระยะเวลาในการออกแบบการวิจัย รวมทั้งการเก็บข้อมูลภาคสนาม จึงรวมไว้เป็นชุดโครงการวิจัยในระยะที่ 2

รายงานการวิจัยฉบับนี้ เสนอรายละเอียดเฉพาะส่วนการวิจัยระดับมหภาค หรือการวิจัย การลงทุนในเด็ก ระยะที่ 1

### ความหมายของการลงทุน

การลงทุนในการวิจัยนี้ กินความหมายมากกว่าการลงทุนที่ใช้กันในวิชาเศรษฐศาสตร์ แบบฉบับ เพราะวิชาเศรษฐศาสตร์แบบฉบับ แบ่งรายจ่ายออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ รายจ่าย เพื่อการบริโภค (consumption) และรายจ่ายเพื่อการลงทุน (investment) โดยรายจ่ายที่ให้ผลประโยชน์ตอบแทนกลับคืนมาในอนาคตเท่านั้น ที่ถือว่าเป็นรายจ่ายเพื่อการลงทุน ส่วนการลงทุน ในเด็กที่พิจารณาในที่นี้ ถือว่า รายจ่ายทุกชนิดที่นำไปเพื่อให้เด็กเป็นทรัพยากรที่ดีของชาติ สังคม และครัวเรือน ในอนาคต เป็นการลงทุนทั้งสิ้น

ข้อสนับสนุนแนวคิดนี้ จะเห็นได้จาก Grossman (1972) ยอมรับว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพ ทุกประเภท ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ แม้บางส่วนจะเป็น รายจ่ายเพื่อบริโภค แต่โดยสุดท้ายทำไปเพื่อเป็นการลงทุนในมนุษย์ทั้งสิ้น เพราะสถานะสุขภาพที่ดี ถือเป็นสินทรัพย์สำคัญของการสร้างผลผลิตในอนาคต สถานะสุขภาพของคนอาจทรุดโทรมล้ม ป่วยลงในวันใดวันหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถสร้างผลผลิตได้เต็มที่ ดังนั้นการรักษาพยาบาลเพื่อให้สุขภาพของคนกลับขึ้นมามีเหมือนเดิม (replenish health status) ย่อมเป็นการลงทุนในมนุษย์เพื่อให้เกิดผลผลิตที่ดีในระยะยาว

แม้ทฤษฎีของการมีบุตร จะระบุไว้ว่า การมีบุตรก่อให้เกิดประโยชน์หลายด้าน ทั้งการหวัง ผลตอบแทนในอนาคต เพื่อให้ดูแลพ่อแม่เมื่อแก่เฒ่า หรือเป็นหลักประกันให้กับครัวเรือนในอนาคต โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ที่รัฐไม่ได้ให้สวัสดิการใดๆ พ่อแม่มักเลือกที่จะมีบุตร มากๆ เพื่อสร้างหลักประกันในอนาคต แต่การมีบุตรไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวเท่านั้น การ ได้ชื่นชมและมีความสุขในการเลี้ยงดูบุตรก็เป็นประโยชน์เฉพาะหน้า ฉะนั้น บางครอบครัวอาจถือว่า บุตรเป็นสินค้าบริโภค ที่ให้ความสุขได้ทันที อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะระบุว่า รายจ่ายที่ลงสู่ตัวเด็กนั้น ส่วนเท่าใดที่เป็นไปเพื่อการบริโภค และส่วนใดที่เป็นไปเพื่อการลงทุน จึงถือว่า รายจ่ายทั้งหมด เป็นการลงทุนในตัวเด็ก

โดยนัยข้างต้นนี้ การลงทุนในเด็ก จึงรวมรายจ่ายเพื่อเด็กทั้งที่มาจากรัฐ ชุมชน และครัวเรือน ทั้งที่เป็นในรูปตัวเงิน และไม่ใช้ตัวเงิน โดยรายจ่ายที่จับต้องเห็นชัดได้มากที่สุด คือ งบประมาณที่มาจากภาครัฐ แม้ว่าแนวคิดของรายจ่ายตามงบประมาณกับแนวคิดของต้นทุนจะมี

ความแตกต่างกันหลายประการ เช่น รายจ่ายที่มาจากงบประมาณ ไม่ใช่ต้นทุนทั้งหมดของการดำเนินงานนั้นๆ เพราะต้นทุน กินความถึง ต้นทุนเงา ต้นทุนจม หรือต้นทุนค่าเสียโอกาส ของการดำเนินงานนั้นๆ ด้วย ดังนั้น ด้วยความจำกัดของการประเมินต้นทุนที่แท้จริงในระยะเวลาอันสั้น การศึกษานี้ จึงถือว่า รายจ่ายงบประมาณของรัฐ เป็นต้นทุนสำคัญที่มาจากภาครัฐ ส่วนรายจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเอกชน เป็นต้นทุนจากภาคเอกชน สำหรับการลงทุนที่ประเมินต้นทุนได้ยาก เช่น ความตระหนักในงานพัฒนาเด็ก (consciousness) ความทุ่มเทผูกพัน (commitment) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกัน (cooperation) ที่เป็นกุญแจสำคัญให้งานสำเร็จนั้น ไม่สามารถทำได้ในที่นี้ เพราะเป็นการประเมินการลงทุนในเด็กในระดับมหภาค

### กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน

บุคคลเป้าหมายของการลงทุนในการศึกษารั้งนี้ คือตัวเด็กและเยาวชน เด็กในที่นี้หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 0-18 ปี และเยาวชนหมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปีลงมา เนื่องจากเด็กและเยาวชนในช่วงอายุ 0-25 ปีดังกล่าว มีความแตกต่างกันมากทั้ง ทางสรีรกายวิภาค จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการศึกษารั้งนี้ จึงแบ่งกลุ่มเด็กที่ศึกษาออกเป็นช่วงกลุ่มอายุ และความเสี่ยงต่อปัญหาเป็นกลุ่มๆ ดังต่อไปนี้

เด็กทารกและวัยก่อนเรียน คือเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 0-4 ปี ต้องการความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ประมาณว่าในปี 2540 มีเด็กกลุ่มนี้ 5.4 ล้านคน

เด็กวัยเรียน คือเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 5-14 ปี ต้องการการศึกษา อบรมเพื่อให้มีความรู้ที่เป็นรากฐานในการช่วยเหลือตนเอง ประมาณว่าในปี 2540 มีเด็กกลุ่มนี้ 11.0 ล้านคน

เยาวชน คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี กลุ่มนี้มีความหลากหลาย เพราะเริ่มแยกประเภทวิชาชีพ เพื่อนำไปประกอบอาชีพในอนาคต ประมาณว่าในปี 2540 มีเด็กกลุ่มนี้ 11.6 ล้านคน

เด็กในภาวะยากลำบาก คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง ต้องได้รับการดูแลแก้ไข โดยด่วน ได้แก่ เด็กถูกปล่อยปละละเลย (ได้แก่ เด็กเร่ร่อน เด็กกำพร้าและถูกทอดทิ้ง เด็กในสลัม) เด็กถูกละเมิดสิทธิ (ได้แก่ เด็กถูกทารุณ โสเภณีเด็ก โสเภณีเด็กต่างชาติ แรงงานเด็ก เด็กถูกข่มขืน) เด็กพฤติกรรมไม่เหมาะสม (ได้แก่เด็กติดสารเสพติดและสารระเหย เด็กในสถานพินิจ เด็กก่ออาชญากรรมต้องคดี เด็กตั้งครุณนอกสมรส) เด็กพิการด้านร่างกายและจิตใจ เด็กขาดโอกาสในการพัฒนา (ได้แก่ เด็กในครอบครัวยากจน เด็กชนกลุ่มน้อย เด็กถูกรังแก เด็กอพยพจากอินโดจีน) และกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ประมาณว่า มีเด็กยากลำบากในปี 2541 เป็นจำนวน 7.7 ล้านคน โดยกลุ่มที่พบมากที่สุด คือ เด็กในครอบครัวยากจน ซึ่งมากถึง 6.0 ล้านคน

เด็กปัญญาเลิศ (หรือ เด็กและเยาวชนผู้มีความสามารถพิเศษ) เป็นการให้ความสำคัญกับเด็กอีกกลุ่มหนึ่ง ที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาหรือความสามารถในด้านต่างๆ ดีกว่าเด็กทั่วไป สม

ควรได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษ มิฉะนั้น ศักยภาพของเด็กกลุ่มนี้จะถูกทำลายหายไป สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2541) ประมาณว่า ในปี 2541 มีเด็กกลุ่มนี้ 4.5 แสนคน และจะเพิ่มเป็น 5.9 แสนคนในปี 2544 เด็กปัญญาเลิศนี้ หมายถึงเด็กและเยาวชนที่มีความสามารถอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ด้านภาษาไทย ด้านกีฬา ด้านดนตรี และด้านทัศนศิลป์และศิลปะการแสดง

### คำถามของการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 นี้ จะต้องสามารถตอบคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้ได้อย่างชัดเจน

1. รัฐตระหนักถึงบทบาทในการลงทุนในเด็กมากน้อยเพียงใด การลงทุนของรัฐที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงหรือเพิ่มขึ้น และการลดลงหรือเพิ่มขึ้นนั้น สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการลงทุนเพียงใด
2. รัฐควรมีแนวนโยบายในการลงทุนในเด็ก ที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ อย่างไร
3. ครัวเรือนตระหนักถึงบทบาทในการลงทุนในเด็กมากน้อยเพียงใด การลงทุนของครัวเรือนที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงหรือเพิ่มขึ้น และการลดลงหรือเพิ่มขึ้นนั้น สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการลงทุนเพียงใด
4. ครัวเรือน ควรมีการลงทุนในเด็ก ที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ อย่างไร
5. องค์การชุมชนตระหนักถึงบทบาทในการลงทุนในเด็กมากน้อยเพียงใด การลงทุนของชุมชนที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลงหรือเพิ่มขึ้น และการลดลงหรือเพิ่มขึ้นนั้น สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของการลงทุนเพียงใด
6. องค์การชุมชนควรมีแนวนโยบายในการลงทุนในเด็ก ที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเสนอทางเลือกของการลงทุนกับเด็กที่เหมาะสม ในกรอบของผู้ที่มีหน้าที่โดยตรงในการลงทุน ได้แก่ รัฐบาล ครัวเรือน และ องค์การชุมชน
2. เพื่อรวบรวมโครงการด้านต่างๆ จากรัฐ ที่ดำเนินการกับเด็ก และเยาวชน รวมทั้งหาผลสัมฤทธิ์เปรียบเทียบระหว่างโครงการ
3. เพื่อหาขนาดและแนวโน้มของการลงทุนเกี่ยวกับเด็ก และเยาวชน จากครัวเรือน และจากองค์กรชุมชน รวมทั้งการหาผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น
4. เพื่อศึกษาหาตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ด้านผลสัมฤทธิ์ของการลงทุนกับเด็ก

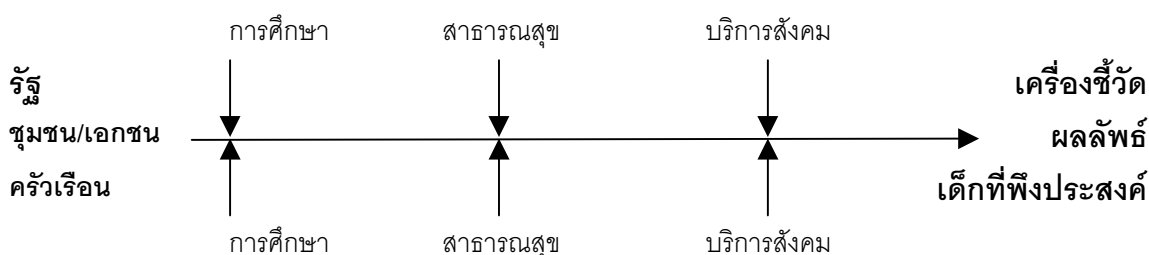
## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการประเมินโครงการทบทวนแนวคิด ผลสัมฤทธิ์ และความคุ้มค่าของการลงทุนเพื่อเด็กมีเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา คือผลผลิตภาพ และสวัสดิภาพในเด็ก เนื่องจากการลงทุนในเด็กแต่ละด้านมีความคาบเกี่ยวกัน ทำให้ไม่สามารถสะท้อนภาพผลลัพธ์ในตัวเด็กว่าเกิดจากการลงทุนด้านใดเพียงด้านเดียว แต่อาจเป็นผลจากการลงทุนในหลายรูปแบบทั้งจากภาครัฐ ครอบครัว และภาคเอกชนต่างๆ

การวิจัยนี้ ศึกษาการลงทุนในเด็กใน 4 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. การลงทุนด้านการศึกษา
2. การลงทุนด้านสุขภาพ
3. การลงทุนด้านบริการสังคม
4. ความคาดหวังจากเด็กของครอบครัวและชุมชน

การศึกษการลงทุนในเด็กเป็นส่วนหนึ่งของระบบการลงทุนที่ถือว่ามนุษย์เป็นปัจจัยการผลิตในวัยทำงาน โดยผลผลิตสุดท้ายเน้นคุณภาพของคนในการเป็นชุมพลังของประเทศชาติ เป็นแรงงานและแหล่งความคิดในการพัฒนาประเทศในอนาคต การศึกษครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดหลักการมีส่วนร่วมลงทุนจากรัฐ ชุมชน และครัวเรือน ในบริการที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การลงทุนด้านการศึกษา ด้านสุขภาพ และด้านสวัสดิการสังคม (ดูรูปที่ 1.1) รวมการลงทุนที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน โดยพิจารณาผลด้านประสิทธิภาพการลงทุน และความเป็นธรรมของการลงทุนกับกลุ่มเด็กต่างๆ นอกจากนั้น กรอบการศึกษายังคาบเกี่ยวถึงความคาดหวังของครอบครัว องค์กรชุมชน และหน่วยงานรัฐต่อการลงทุนในเด็กเป็นการแสดงความยินดีจะจ่ายของครอบครัว ชุมชนและรัฐที่เกี่ยวข้องกับเด็ก



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

## กรอบตัวแปรด้านการลงทุนทางการศึกษา

การศึกษาการลงทุนในเด็กด้านการศึกษาเพื่อเด็กในสังคมไทยที่แสดงถึงดัชนีชีวิตในปัจจุบัน นำเข้า ผลผลิตและความเป็นธรรม โดยเน้นประเด็นสำคัญในการศึกษา 4 ประการ คือ

1. ขนาดการลงทุนในเด็ก
2. ผลผลิตหรือผลลัพธ์จากการลงทุนในเด็ก
3. การกระจายของการลงทุนในเด็ก
4. แนวโน้มการลงทุนในเด็ก

ดัชนีที่ใช้ในการศึกษาการลงทุนในเด็กด้านการศึกษา ได้แก่

| ปัจจัยนำเข้า                        | ผลลัพธ์                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. งบประมาณการศึกษา : GDP           | <b>ด้านประสิทธิภาพ</b>                          |
| 2. งบประมาณการศึกษา:งบประมาณทั้งหมด | 1. คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านวิชาการ        |
| 3. ต้นทุนดำเนินการ : ต้นทุนลงทุน    | 2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มีใช้ด้านวิชาการ     |
| 4. ต้นทุนทั้งหมด : ผู้เรียน         | 3. รายได้เฉลี่ยของผู้สำเร็จการศึกษา             |
| 5. ต้นทุนดำเนินการ : ผู้เรียน       | 4. ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้สำเร็จ                     |
| 6. ต้นทุนลงทุน : ผู้เรียน           | 5. อัตราการออกกลางคัน                           |
| 7. จำนวนนักเรียน : ห้อง             | 6. อัตราการตกซ้ำชั้น                            |
| 8. จำนวนครู : นักเรียน              | 7. อัตราผลตอบแทนทางสังคม อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคล |
|                                     | 8. อัตราการว่างงานของผู้ที่มีการศึกษา           |
|                                     | <b>ด้านความเป็นธรรม</b>                         |
|                                     | 1. อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรวัยเรียน          |
|                                     | 2. อัตราการเรียน                                |
|                                     | 3. ความเสมอภาคทางการศึกษา                       |

## 1. กรอบตัวแปรการลงทุนด้านสุขภาพ

การศึกษาการลงทุนในเด็กด้านสุขภาพ เป็นการศึกษขนาดการลงทุนด้านสุขภาพเด็กของรัฐ ครอบครัว และชุมชน เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งได้แก่การเข้าถึงการบริการ ปัจจัยหรือพฤติกรรมที่ขัดขวางหรือสนับสนุนการมีสุขภาพดี และการป่วยและตายของกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเน้นประเด็นการศึกษา คือ

1. การลงทุนภาครัฐ

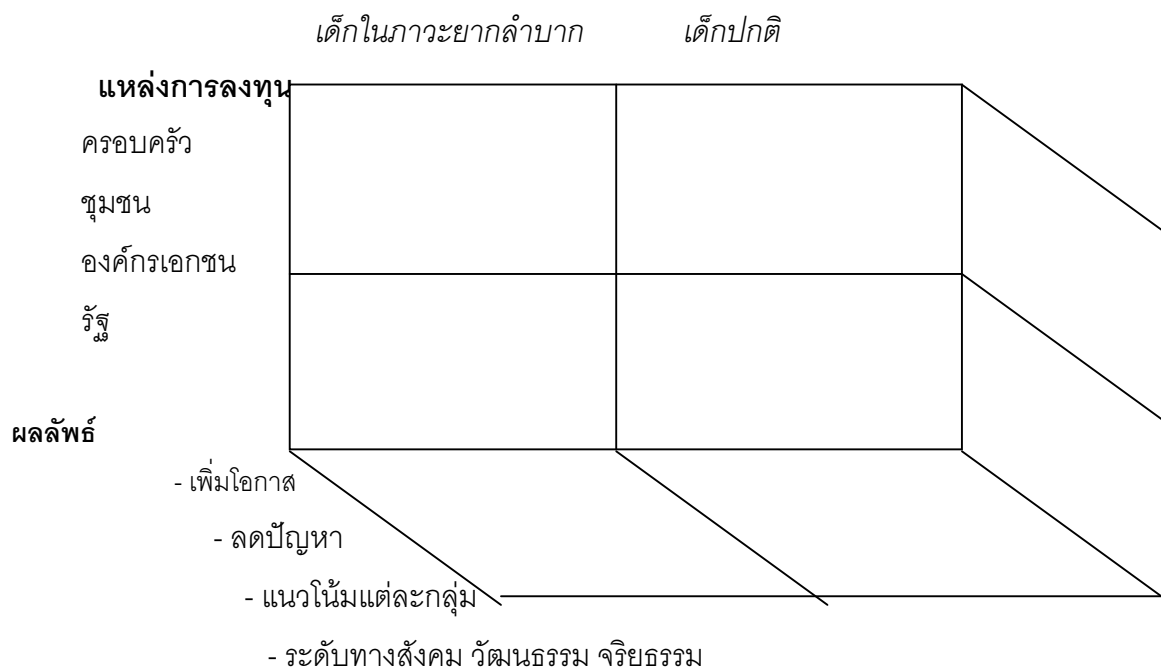
2. การลงทุนของชุมชน
3. การลงทุนของครัวเรือน
4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ดัชนีที่ใช้ในการศึกษาการลงทุนในเด็กด้านสุขภาพ ได้แก่

| ปัจจัยนำเข้า                              | ผลลัพธ์                                            |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. งบประมาณสาธารณสุขต่อ GDP               | <b>ด้านประสิทธิภาพ</b>                             |
| 2. งบประมาณสาธารณสุขต่องบประมาณรัฐ        | 1. อัตราตายรวม อัตราทารกตาย อัตรามารดาตาย          |
| 3. มูลค่าการลงทุนภาครัฐ ครัวเรือนและชุมชน | 2. อัตราเกิด                                       |
| 4. การลงทุนภาครัฐตามแผนงาน                | 3. อัตราป่วย อัตราการขาดสารอาหาร อัตราพิการ        |
| 5. การลงทุนทั้งหมดต่อหัวประชากร           | ตามกลุ่มอายุ                                       |
|                                           | 4. อัตราการป่วยและตายด้วยสาเหตุและโรคที่สำคัญ      |
|                                           | ตามกลุ่มอายุ                                       |
|                                           | 5. อัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคในเด็กอายุ 0-1 ปี |
|                                           | 6. อัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุราและความปลอดภัย     |
|                                           | ภัยในการขับขีรถ                                    |
|                                           | 7. อัตราการเจ็บป่วยและการได้รับบริการสาธารณสุข     |
|                                           | 8. อัตราการพิการ                                   |
|                                           | <b>ด้านความเป็นธรรม</b>                            |
|                                           | 1. การป่วยและตายตามฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิภาค         |
|                                           | เขตปกครอง                                          |
|                                           | 2. ดัชนีการกระจายของการป่วย/ตาย/ใช้บริการของ       |
|                                           | มารดาและเด็กและเยาวชน                              |

### 3. กรอบตัวแปรการลงทุนด้านบริการสังคม

การลงทุนด้านบริการสังคมเป็นการศึกษาเด็กในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ เด็กปกติ เด็กในภาวะยากลำบาก และเด็กปัญญาเลิศ โดยศึกษาแหล่งของการลงทุนและผลลัพธ์ของการลงทุน โดยวิเคราะห์ความครอบคลุมของข้อมูล (Coverage) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) และข้อจำกัด (Limitation) โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ



ดัชนีที่ใช้ในการศึกษาการลงทุนในเด็กด้านบริการสังคม ได้แก่

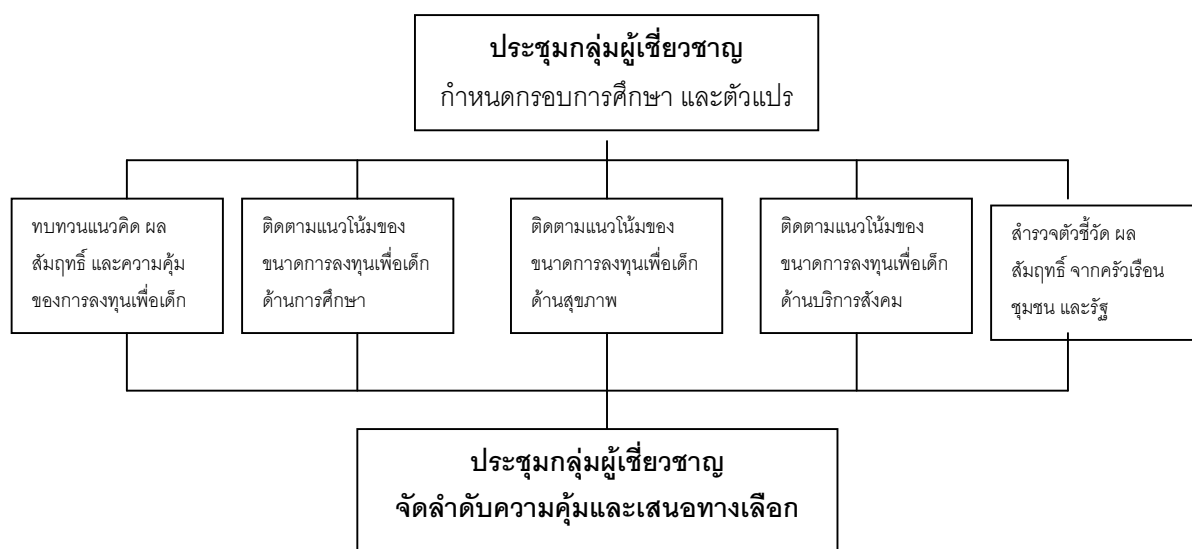
| ด้านปัจจัยนำเข้า                       | ผลลัพธ์                                      |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. งบประมาณการลงทุนของรัฐต่อเด็กในด้าน | <b>เด็กปกติ</b>                              |
| สังคมในแผนงานเด็กและเยาวชน และการ      | 1. ลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพ                   |
| สงเคราะห์เด็กและเยาวชน                 | 2. การใช้เวลาให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์       |
| 2. งบประมาณของรัฐด้านการกีฬา และสถาน   | 3. การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| พักผ่อนหย่อนใจ                         | 4. การอนุรักษ์และพัฒนาศิลปวัฒนธรรม           |
| 3. การลงทุนด้านพัฒนาการเด็กในโครงการ   | 5. ความมีคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมในการ     |
| พัฒนาครอบครัว                          | ดำเนินชีวิต                                  |
|                                        | 6. ค่านิยมด้านการเมืองการปกครอง              |
|                                        | 7. ความเป็นผู้นำ เชื้อมั่นในตนเอง            |
|                                        | <b>เด็กในภาวะยากลำบาก</b>                    |
|                                        | 1. ควบคุมอัตราไม่ให้เพิ่มขึ้น                |
|                                        | 2. อัตราการได้รับความช่วยเหลือ               |

#### 4. การลงทุนของครอบครัวและชุมชน

เป็นการศึกษาความคิดเห็น และความคาดหวังของครอบครัวในการลงทุนโดยเน้นการให้คุณค่าต่อการลงทุน โดยศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในครัวเรือนต่างๆ ที่แสดงถึงการลงทุนโดยครัวเรือนรวม ทั้งแนวคิดการลงทุนในภาคชุมชน และรัฐว่าคาดหวังผลจากการลงทุนในเด็กอย่างไร

#### วิธีการศึกษา (Methodology)

เพื่อตอบคำถามสำคัญของการวิจัย การศึกษานี้ จึงจัดกลุ่มของกิจกรรมการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย และแหล่งสำคัญของข้อมูล เป็น 7 กลุ่มกิจกรรม (ดังแสดงในรูปที่ 1.2) ได้แก่



รูปที่ 1.2 วิธีการศึกษา

1. การประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดกรอบของการศึกษาและตัวชี้วัด
2. การทบทวนแนวคิดหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนเพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว สัมฤทธิ์ผลและความคืบทางเศรษฐศาสตร์ของกิจกรรมการลงทุนด้านต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. การติดตามแนวโน้มของขนาดการลงทุนเพื่อเด็ก จาก รัฐ ครัวเรือนและชุมชน ในด้านการศึกษา
4. การติดตามแนวโน้มของขนาดการลงทุนเพื่อเด็ก จาก รัฐ ครัวเรือนและชุมชนในด้านสุขภาพ
5. การติดตามแนวโน้มของขนาดการลงทุนเพื่อเด็ก จาก รัฐ ครัวเรือนและชุมชนในด้านบริการสังคม
6. การสำรวจเชิงคุณภาพความคาดหวังของครัวเรือน ชุมชน และรัฐ ต่อเด็กและเยาวชน
7. ประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดลำดับความคืบและความสนใจเลือกแก่รัฐบาล/ครัวเรือน

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนในเด็ก

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนในเด็กในทุกๆ ด้าน คือ การศึกษา สุขภาพ และบริการสังคม ไปพร้อมกัน เป็นสิ่งที่หาได้ยาก จะมีก็เพียงการทบทวนในแต่ละด้านเท่านั้น เช่น เปรียบเทียบความคุ้มค่าของการศึกษาระดับต่างๆ หรือ ศึกษาความคุ้มค่าของโครงการเลี้ยงดูเด็ก หรือ โครงการในด้านสุขภาพเพียงบางโครงการเท่านั้น ฉะนั้น ในบททบทวนวรรณกรรม จึงเน้นที่จะเปรียบเทียบวิธีการศึกษาเพื่อตอบคำถามความคุ้มค่า และผลจากการศึกษาความคุ้มค่าของการศึกษาระดับต่างๆ การเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่วัยแรก และผลกระทบของการมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ

#### แนวคิดหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ

เป้าหมายของการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนเพื่อเด็ก คือ การประเมินว่าการลงทุนเพื่อเด็กในกิจกรรมต่างๆ นั้น จะให้ผลได้คุ้มกับต้นทุนที่เกิดขึ้นหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อสังคมมีทรัพยากรจำกัด การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนเพื่อเด็กสามารถบ่งชี้ได้ว่า การลงทุนในเรื่องใดควรกระทำก่อนหรือหลัง หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การลงทุนเพื่อเด็กต้องเป็นการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากการลงทุนเพื่อเด็กมาจากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว จากชุมชน และจากรัฐ การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนเพื่อเด็ก จึงต้องคำนึงถึงจุดยืนของแหล่งทุนเหล่านี้ ผลลัพธ์ของการลงทุนของแหล่งต่างๆ อาจส่งเสริมและประกอบกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของแหล่งทุนต่างๆ ที่ขาดเสียมิได้ มิฉะนั้นแล้ว การลงทุนของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก็อาจสูญเปล่าไปได้ ผลลัพธ์ของการลงทุนของแหล่งต่างๆ อาจทดแทนกันได้ ซึ่งสื่อให้เห็นถึงความซ้ำซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และสมควรที่จะขจัดความสิ้นเปลืองในความซ้ำซ้อนเหล่านั้น

การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ (Cost - Benefit Analysis หรือ CBA) เป็นหลักเกณฑ์ทางเศรษฐศาสตร์ที่เปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของโครงการต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นระดับของประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของโครงการเหล่านั้น ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่ได้รับความนิยมในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการลงทุน นอกจากนี้ CBA ยังสามารถเปรียบเทียบโครงการลงทุนที่มีลักษณะของผลได้แตกต่างกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับ การลงทุนในเด็กที่มีความหลากหลายมาก ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้ใช้วิธี CBA มาเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนเพื่อเด็ก

## การจัดลำดับความสำคัญโดยการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้

การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้เพื่อจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนในเด็กมี 4 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ

1. ระบุขอบเขตและจุดยืนของโครงการลงทุนในเด็ก
  2. ระบุ วัด และให้มูลค่าแก่ต้นทุนของโครงการลงทุนในเด็ก
  3. ระบุ วัด และให้มูลค่าแก่ผลได้ของโครงการลงทุนในเด็ก
  4. เปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของโครงการลงทุนในเด็ก
- รายละเอียดที่สำคัญที่พึงพิจารณาของแต่ละขั้นตอนจะได้แสดงดังต่อไปนี้

### 1. การระบุขอบเขตและจุดยืนของโครงการการลงทุนในเด็ก

การระบุขอบเขตของโครงการการลงทุนในเด็กจะแสดงให้เห็นว่า โครงการต่างๆ ครอบคลุมกิจกรรม จำนวนเด็ก พื้นที่ ฯลฯ มากน้อยเพียงใด โครงการอาจใหญ่หรือเล็กเพียงใดก็ได้ แล้วแต่กรณีหรือบริบทในการจัดลำดับความสำคัญ ในทางปฏิบัติ โครงการลงทุนควรมีขอบเขตเล็กที่สุดเท่าที่จะแบ่งได้เพื่อก่อให้เกิดความละเอียดในการจัดลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเด็กต้องได้รับบริการในหลายๆ เรื่องที่ขาดเสียมิได้ บริการต่างๆ เหล่านี้อาจกำหนดมาเป็นชุด (package) แทนโครงการย่อยๆ ในการจัดลำดับความสำคัญ ในกรณีนี้ การจัดลำดับความสำคัญก็จะกลายเป็นการจัดลำดับความสำคัญของชุดต่างๆ ที่มีสัดส่วนและองค์ประกอบแตกต่างกันออกไป

นั่นคือ การจัดลำดับความสำคัญอาจเปรียบเทียบระหว่างการลงทุนในเด็ก 2 ชุด ที่ประกอบด้วยบริการสุขภาพ การศึกษา และบริการชุมชน ซึ่งมีขนาดของงบประมาณที่ไม่เท่ากันหรือกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน มากกว่าที่จะเปรียบเทียบระหว่างโครงการบริการสุขภาพแยกโครงการการศึกษาและโครงการบริการชุมชน

การระบุจุดยืนของโครงการลงทุนในเด็กจะแสดงให้เห็นถึงทิศทางของการลงทุนของแหล่งทุน ซึ่งจะพบได้ว่าในหลายๆ โครงการลงทุนในเด็กจากแหล่งต่างๆ ไปด้วยกัน แต่ในอีกหลายๆ โครงการจากแหล่งทุนต่างๆ ขัดแย้งกันอยู่ การจัดลำดับความสำคัญของแหล่งทุนที่มีจุดยืนต่างๆ กัน จะแสดงให้เห็นทิศทางโดยรวมของการใช้ทรัพยากรในการลงทุนในเด็กของสังคมได้

## 2. การระบุ การวัด และการให้มูลค่าแก่ต้นทุนของโครงการลงทุนในเด็ก

การระบุต้นทุนของโครงการลงทุนในเด็กจะแสดงถึงการใช้ทรัพยากรของโครงการประเภทต่างๆ ในแต่ละปีตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ โดยที่รายการต้นทุนที่เกิดขึ้นต้องถูกต้องสมบูรณ์และเกี่ยวข้องกับโครงการนั้นจริงๆ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นที่ไหนและเกิดกับใคร

อย่างไรก็ตาม การมีรายละเอียดที่เพิ่มขึ้นของการคำนวณต้นทุนอาจก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการรวบรวมข้อมูลและสร้างภาระในการจัดลำดับความสำคัญของโครงการลงทุนในเด็กมากขึ้น จึงต้องชั่งน้ำหนักระหว่างผลได้กับต้นทุน (ค่าใช้จ่าย) ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดความละเอียดของข้อมูลในระดับที่เพียงพอ นักวิชาการส่วนใหญ่จะระบุต้นทุนตามปัจจัยการผลิตหมวดใหญ่ๆ เช่น แรงงาน วัสดุภัณฑ์ สิ่งปลูกสร้าง และต้นทุนค่าเสียหาย (overhead) เป็นต้น

ในทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนของทรัพยากรที่ใช้ในโครงการบริการสุขภาพวัดด้วยต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ของการใช้ทรัพยากรนั้นๆ ต้นทุนค่าเสียโอกาส คือ มูลค่าสูงสุดของทรัพยากรนั้นหากถูกนำไปใช้ในทางเลือกหรือโครงการอื่น ต้นทุนของทรัพยากรวัดได้จากราคา (price) คูณด้วยปริมาณ (quantity) ของทรัพยากรที่ใช้ ในหลายกรณีต้นทุนอาจถูกเรียกเป็นค่าใช้จ่าย (expense หรือ expenditure) ข้อพึงระวังในการวัดต้นทุนคือ ค่าใช้จ่ายที่บันทึกในบัญชีไม่ใช่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์เสมอไป นอกจากนี้ปัจจัยการผลิตบางชนิดในโครงการบริการสุขภาพที่ไม่ต้องซื้อหามาหรือมีอยู่แล้วก็มีต้นทุน แม้ว่าจะไม่มีค่าใช้จ่ายทางบัญชีเนื่องจากปัจจัยเหล่านั้นมีต้นทุนค่าเสียโอกาส นั่นคือ ถ้าไม่ใช้ในโครงการที่พิจารณาอยู่ก็สามารถไปใช้ในโครงการอื่นได้

ในกรณีของตลาดแข่งขันสมบูรณ์ (perfectly competitive market) ราคาของสินค้าและบริการถูกกำหนดโดยอุปสงค์และอุปทาน ณ ราคาคุณภาพของตลาด ผู้บริโภคสามารถซื้อสินค้าและบริการได้ด้วยราคานี้โดยไม่จำกัดจำนวนและผู้ผลิตก็สามารถขายสินค้าและบริการในราคานี้โดยไม่จำกัดจำนวน ราคาคุณภาพของสินค้าและบริการเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสของเงินที่ผู้บริโภคจ่ายและขณะเดียวกันราคานี้ก็เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสของทรัพยากรที่ผู้ผลิตใช้ในกระบวนการผลิต ดังนั้นหากปัจจัยการผลิตใดของโครงการลงทุนในเด็กอยู่ภายใต้ตลาดแข่งขันสมบูรณ์ ราคาของปัจจัยการผลิตนั้นอาจนำมาวัดต้นทุนของปัจจัยการผลิตนั้นได้ (โดยคูณกับปริมาณปัจจัยการผลิตนั้น) เนื่องจากสะท้อนถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสแล้ว

แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าปัจจัยการผลิตส่วนใหญ่ในโครงการการลงทุนในเด็กไม่ได้อยู่ภายใต้กลไกตลาดแข่งขันสมบูรณ์ กล่าวคือกลไกตลาดถูกบิดเบือนและแทรกแซงจนทำให้ราคาตลาดไม่สะท้อนถึงต้นทุนค่าเสียโอกาส ฉะนั้นหากนำราคาที่ถูกลดเบือนนี้มาวัดต้นทุนก็จะได้ต้นทุนที่ไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ทางเศรษฐศาสตร์

การบิดเบือนและแทรกแซงกลไกตลาดอาจเกิดจากหลายสาเหตุและหลายแหล่งด้วยกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ ความล้มเหลวของตลาด (market failure) และการแทรกแซงของรัฐ แหล่งของความล้มเหลวของตลาด ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีที่ให้ผลตอบแทนแก่การขยายขนาดที่เพิ่มขึ้น (increasing returns - to - scale technology) การมีสินค้าสาธารณะ (public goods) การมีอยู่ของผลกระทบภายนอก (externality) และการมีข้อมูลสารสนเทศที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect information) การแทรกแซงของรัฐอยู่ในรูปการเก็บภาษี การอุดหนุนทางการเงิน และการพยุงราคา

การวัดต้นทุนในกรณีตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ (imperfect competitive market) จึงต้องวิเคราะห์ถึงการบิดเบือนของตลาดและวัดต้นทุนค่าเสียโอกาสของทรัพยากรที่ใช้ในโครงการลงทุนในเด็ก วิธีการราคาเงา (shadow pricing method) เป็นวิธีที่วัดความบิดเบือนจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องเนื่องจากวิธีการราคาเงาค่อนข้างยุ่งยากและมักจะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญทางเศรษฐศาสตร์เป็นผู้วิเคราะห์และประเมินราคาเงา ดังนั้นอาจนำผลลัพธ์ของการประเมินราคาเงาของปัจจัยการผลิตที่ถูกบิดเบือนและแทรกแซงที่ได้มีการศึกษาอยู่แล้วมาใช้ประกอบแทนที่จะวิเคราะห์และประเมินขึ้นมาใหม่

การให้ค่าต้นทุนมักกระทำในรูปของหน่วยเงินตรา ขั้นตอนการวัดต้นทุนที่วัดต้นทุนอยู่ในรูปเงินตราเช่นกัน ดังนั้นอาจจะทำให้ดูเหมือนว่าขั้นตอนการให้ค่าต้นทุนไม่มีความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีความเสี่ยงบางประเภทที่ไม่อาจวัดได้ออกมาเป็นเงินตรา ดังนั้นการให้ค่าต้นทุนในรูปของหน่วยเงินตราจึงมีความสำคัญและขาดเสียมิได้ ทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่ไม่มีราคาเนื่องจากเป็นทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่ไม่ผ่านกลไกตลาดและไม่อาจแลกเปลี่ยน (non - exchangeable) หรือซื้อขายกันได้ (non - tradable)

การลงทุนในเด็กต้องเกี่ยวข้องกับปัจจัยการผลิตที่ไม่อาจแลกเปลี่ยนหรือซื้อขายกัน得多มาย เช่น เวลาของเด็กในการศึกษา เวลาของพ่อแม่ในการเลี้ยงดูเด็ก ทักษะของพ่อแม่ในการอบรมลูก ฯลฯ

การให้ค่าต้นทุนของทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตที่ไม่ผ่านกลไกตลาดอาจอาศัย 2 วิธีการหลักคือ วิธีการทุนมนุษย์ (human capital approach) และวิธีความยินดีที่จะจ่าย (willingness - to - pay approach)

วิธีการทุนมนุษย์ให้ค่าต้นทุนของทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตโดยผ่านความสัมพันธ์ระหว่างผลของการเปลี่ยนแปลงในทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตที่พิจารณา กับผลที่เกิดในรูปของระยะเวลาของบุคคลที่รับผลของการเปลี่ยนแปลงในทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตนั้นๆ แล้วระยะเวลานั้นก็จะแปลงออกมาเป็นมูลค่าด้วยค่าตอบแทนของเวลาที่ใช้ไปเพื่อทำงาน

วิธีความยินดีที่จะจ่าย เราสามารถใช้ความยินดีที่จะจ่ายเพื่อหลีกเลี่ยงมิให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาจากโครงการบริการสุขภาพได้ เช่น ผลข้างเคียง (side - effect) ของการรักษาพยาบาลบางประเภท เป็นต้น ตัวอย่างเช่นเราอาจใช้หลักการนี้เพื่ให้ค่ากับต้นทุนการใช้จ่ายยาชนิดใหม่ ซึ่งสมมติว่ายาชนิดนี้มีผลข้างเคียงในรูปของการทำลายอวัยวะภายในบางประเภทในร่างกาย โดยที่ผู้ใช้จ่ายต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอวัยวะนั้นและต้องทรมานจากผลข้างเคียงนั้น ซึ่งทั้งหมดก็เป็นต้นทุนส่วนหนึ่งของการใช้ยานี้

วิธีนี้อาจถามผู้ใช้นี้ว่า เขาจะยินดีที่จะจ่ายเท่าไร (กี่บาท) เพื่อที่จะลดโอกาสที่เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาลด 1%? หลังจากได้คำตอบก็อาจเปลี่ยนโอกาสที่เกิดผลข้างเคียงขึ้นและลง (เช่น ลดลง 2%, ลดลง 0.5% เป็นต้น) จนทำให้ได้ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเงินที่เขายินดีที่จะจ่ายเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงกับโอกาสที่เกิดผลข้างเคียง ด้วยวิธีการทางสถิติทำให้เราได้รับความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับคำตอบที่ได้และสามารถประมาณต้นทุนของผลข้างเคียงของยาได้

### 3. การระบุ การวัด และการให้มูลค่าแก่ผลได้ของโครงการลงทุนในเด็ก

นักเศรษฐศาสตร์ยอมรับว่าโดยทั่วไปแล้วผลได้ในรูปของเงินตรามีความสมบูรณ์กว่าผลได้ในรูปอื่นๆ เนื่องจากเงินตราสามารถแลกเปลี่ยนและสะท้อนถึงความพอใจของบุคคลได้ค่อนข้างดี นอกจากนี้ ยังมีทฤษฎีมากมายที่รองรับและอธิบายผลได้ในรูปของเงินตรา

ดังนั้น นักเศรษฐศาสตร์จึงเน้นและให้ความสนใจต่อผลได้ของโครงการในการเปลี่ยนแปลงราคาที่เกี่ยวข้องกับโครงการนั้นๆ ราคาที่เปลี่ยนไปก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนเกินของผู้บริโภค (consumer's surplus) การเปลี่ยนแปลงของส่วนเกินของผู้บริโภคจึงถูกนำมาแทนการเปลี่ยนแปลงของผลได้ของโครงการ

ส่วนเกินของผู้บริโภคคือ ความแตกต่างระหว่างจำนวนเงินที่ผู้บริโภคยินดีที่จะจ่ายเพื่อซื้อสินค้าปริมาณหนึ่งกับจำนวนเงินที่เขาต้องจ่ายจริง สมมติว่าหากผู้บริโภครายหนึ่งยินดีที่จะจ่ายเงินจำนวน 10 บาทสำหรับค่าน้ำอัดลม 1 ขวด แต่ถ้าน้ำอัดลม 1 ขวด มีราคาเพียง 5 บาท เขาก็จะมีส่วนเกินของผู้บริโภคเป็น 5 บาท (10 - 5 บาท)

จะเห็นได้ว่าการใช้การเปลี่ยนแปลงส่วนเกินของผู้บริโภคแทนการเปลี่ยนแปลงของผลได้ของโครงการลงทุนในเด็กขึ้นอยู่กับกลไกตลาดเป็นอย่างมาก ดังนั้นหลักการนี้จึงเหมาะสมกับโครงการที่ผลิตสินค้าและบริการที่มีตลาดจัดสรรระหว่างผู้บริโภคกับผู้ผลิต แต่โครงการลงทุนในเด็กมักจะผลิตผลได้ที่กลไกตลาดล้มเหลวในการจัดสรรระหว่างผู้บริโภคกับผู้ผลิต เนื่องจากลักษณะของบริการ

จากการลงทุนในเด็กที่มีความไม่สมบูรณ์ในข้อมูลสื่อสารและมีผลกระทบภายนอก เป็นต้น ดังนั้นผลได้จากโครงการลงทุนในเด็กจึงไม่อาจแทนผลได้ที่เพิ่มขึ้นด้วยส่วนเกินของผู้บริโภคที่เพิ่มขึ้น

ฉะนั้น นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพจึงพัฒนาหลักการอื่นสำหรับการประเมินผลได้ที่อยู่ในรูปของเงินตราของโครงการบริการสุขภาพ หลักการทุนมนุษย์ (Human capital approach) และหลักการความยินดีที่จะจ่าย (Willingness – to – pay approach) เป็น 2 หลักการใหญ่ที่จะกล่าวถึงในที่นี้

### ก. หลักการทุนมนุษย์

หลักการนี้ได้อาศัยความจริงที่ว่า มนุษย์ก็เหมือนกับปัจจัยการผลิตประเภททุน (โดยเฉพาะในช่วงวัยทำงาน) ในลักษณะที่ว่ามีมนุษย์สามารถใช้เวลาของตนเพื่อผลิตบริการทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นผลได้ของโครงการลงทุนในเด็กจะอยู่ในรูปของการเพิ่มเวลาทำงานหรือลดเวลาเจ็บป่วยและยืดเวลาตายออกไป เป็นต้น เนื่องจากผลได้ด้านบริการสุขภาพไม่ได้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในเวลาของการเจ็บป่วยโดยตรง แต่มักจะอยู่ในรูปของผลลัพธ์ของบริการสุขภาพดังนั้นผลได้ของโครงการลงทุนในเด็กในหลักการนี้จึงระบุด้วยผลลัพธ์บริการสุขภาพเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเวลาของความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ การลดจำนวนวันเจ็บป่วย การลดจำนวนตาย และการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ย เป็นต้น หรืออาจอยู่ในรูปของคุณภาพของประชาชน เช่น การตาย (death) การพิการ (disability) การลดประสิทธิภาพการทำงาน (debility) เป็นต้น หลักการนี้ไม่ถือว่าการลดลงในความปวดทุกข์ทรมาน ความกังวลใจและความผิดปกติทางจิตและสังคมเป็นผลได้ เพราะไม่ได้เพิ่มเวลาให้กับมนุษย์

หลักการทุนมนุษย์จัดผลลัพธ์ของโครงการในรูปของเวลาที่เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น ต้องแปลงการลดลงของจำนวนผู้ป่วยเนื่องจากโครงการลงทุนในเด็กเป็นเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้พวกเขาสามารถทำงานได้ตามปกติ (โดยไม่สนใจว่าพวกเขาจะทำงานหรือไม่ทำงานในความเป็นจริงก็ได้) ขั้นตอนการให้มูลค่าของหลักการนี้ใช้ผลตอบแทนจากการใช้เวลาของมนุษย์ในการทำงาน (เช่น ค่าจ้างต่อวัน) มาแปลงให้เวลาที่ไมเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งวัดได้จากขั้นตอนก่อนกลายเป็นจำนวนเงินที่พวกเขาควรได้รับหากใช้เวลาอันนั้นไปทำงาน

อนึ่ง นักเศรษฐศาสตร์บางท่านได้เรียกผลได้ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการสุขภาพจากการลงทุนในเด็กและญาติที่ได้มีเวลาที่สามารถทำงานได้เพิ่มขึ้นจากบริการสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดผลได้ในการเพิ่มผลผลิตของสังคมว่าเป็นผลได้ทางอ้อม (indirect benefit)

## ข. หลักการความยินดีที่จะจ่าย

หลักการความยินดีที่จะจ่ายอาศัยพฤติกรรมบางประเภทมาประเมินผลได้ของโครงการลงทุนในเด็ก พฤติกรรมที่นิยมใช้กันมากคือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ซึ่งค่อนข้างจะสอดคล้องกับความเป็นจริงในโลกนี้ เช่น คนบางคนบางคนยอมเสี่ยงที่จะทำงานอันตรายโดยแลกกับค่าตอบแทนที่สูงขึ้น คนบางคนยินดีที่จะจ่ายเงินเพิ่มเพื่อติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยกับรถของตนและลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ฯลฯ ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเงินที่ได้รับชดเชย (เงินที่จ่ายเพิ่มเติม) และขนาดความเสี่ยงที่ต้องเผชิญกับการมี (หรือไม่มี) โครงการลงทุนในเด็ก ซึ่งจำนวนเงินเหล่านี้ก็จะสะท้อนถึงผลได้ของโครงการนั่นเอง เนื่องจากพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้เมื่อใช้ตามหลักการนี้มีค่อนข้างจำกัด หลักการนี้จึงพัฒนาไปสู่ความเห็นหรือความพึงพอใจของบุคคลต่อพฤติกรรมที่กำหนดขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของโครงการลงทุนในเด็กพิจารณาอยู่

การวัดผลได้ของหลักการนี้ค่อนข้างสำคัญในแง่ที่ว่า ต้องเป็นวิธีการวัดที่ให้ได้มาซึ่งคำตอบหรือข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงหรือพฤติกรรมของผู้ตอบ เนื่องจากการถามความยินดีที่จะจ่ายไม่ได้หมายความว่าผู้ตอบจะต้องจ่ายจริง มีหลายวิธีการที่ใช้ในการวัดความยินดีที่จะจ่าย คำถามที่เปิดปลาย (open – end question) คำถามที่กำหนดช่วงคำตอบ แต่ที่นิยมมากที่สุดคือคำถามที่อยู่ในรูปของ (bidding game) จำนวนเงิน (คำถามแบบประมูล) โดยที่ผู้ตอบสามารถรับ – ไม่รับข้อเสนอ (ยินดีที่จะจ่าย) และอาจเพิ่มหรือลดจำนวนเงินได้ คำถามจะหยุดเมื่อผู้ตอบให้จำนวนเงินสูงสุดอย่างไรก็ตาม นักวิชาการหลายท่านได้ให้ระบุงิทธิพลของข้อเสนอเริ่มต้น (starting bid) ที่อาจทำให้คำตอบที่ได้รับบิดเบือนไปจากความเป็นจริงจนความเชื่อถือ

## 4. การเปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของโครงการลงทุนในเด็ก

การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนในเด็กอยู่ตรงที่เปรียบเทียบโครงการลงทุนในเด็กในด้านต้นทุนและผลได้ แม้ว่าจะรู้ต้นทุนและผลได้แล้วก็ตาม ก็ยังไม่อาจเปรียบเทียบได้ทันที ทั้งนี้เพราะว่าโครงการลงทุนในเด็กมักจะมีอายุของโครงการที่นานกว่าหนึ่งปี และช่วงเวลาของการลงทุนก่อให้เกิดต้นทุนและผลได้คนละเวลากัน ทำให้ยากต่อการเปรียบเทียบทั้งสองด้านได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเปรียบเทียบต้นทุนและผลได้บนฐานเวลาเดียวกัน โดยวิธีที่นิยมใช้กันคือ การปรับต้นทุนและผลได้ให้เป็นมูลค่าปัจจุบัน (present value) อัตราส่วนลด(discount rate) ถูกนำมาใช้ในการทอนมูลค่าที่เกิดขึ้นในเวลาต่างๆกันมาเป็นมูลค่าปัจจุบัน

การเปรียบเทียบต้นทุนและผลได้ของโครงการลงทุนในเด็กเพื่อจัดลำดับความสำคัญ มี 3 วิธีใหญ่ คือ

1. วิธีการมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (net present value ) หรือ (NPV) คือการคำนวณมูลค่าปัจจุบันของผลประโยชน์สุทธิของโครงการลงทุนในเด็ก โดยมีสูตรดังนี้

$$NPV = (B_0 - C_0) + \frac{(B_1 - C_1)}{1+r} + \frac{(B_2 - C_2)}{(1+r)^2} + \dots + \frac{(B_n - C_n)}{(1+r)^n}$$

$$\text{หรือ} = \sum_{t=1}^n \frac{B_t - C_t}{(1+r)^t}$$

เมื่อ  $B_t$  คือ ผลประโยชน์ของโครงการที่เกิดขึ้นในแต่ละปี

$C_t$  คือ ต้นทุนของโครงการที่เกิดขึ้นในแต่ละปี

$n$  คือ ระยะเวลาของโครงการ

$r$  คือ อัตราส่วนลด

ถ้า NPV มีค่าเป็นบวกหมายถึง ผลได้จากโครงการมีค่ามากกว่าต้นทุนของโครงการ การใช้ทรัพยากรในโครงการนั้นๆ ให้ผลคุ้มค่าการที่โครงการหนึ่ง ก็ไม่ได้หมายความว่าโครงการแรกน่าลงทุนมากกว่าอีกโครงการหลัง เพราะขนาดของการลงทุนอาจไม่เท่ากันและเปรียบเทียบกันได้

2. วิธีอัตราผลตอบแทนจากการลงทุน (Internal Rate of Return หรือ IRR) หมายถึงอัตราส่วนลดที่มีผลทำให้ NPV ของโครงการมีค่าเท่ากับศูนย์ หรือ ทำให้มูลค่าปัจจุบันของต้นทุนเท่ากับมูลค่าปัจจุบันของผลได้ โดยมีสูตรดังนี้

$$NPV = (B_0 - C_0) + \frac{(B_1 - C_1)}{1+p} + \frac{(B_2 - C_2)}{(1+p)^2} + \dots + \frac{(B_n - C_n)}{(1+p)^n}$$

โครงการที่จะเป็นที่ยอมรับได้คือ โครงการที่มีอัตราส่วนลด ( $p$ ) สูงกว่า (หรือเท่ากับ) อัตราดอกเบี้ยที่เหมาะสมที่ใช้ในการคำนวณ NPV

3. วิธีอัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุน (Benefit – cost Ratio หรือ B/C) หมายถึงอัตราส่วนระหว่างมูลค่าปัจจุบันของผลได้ต่อมูลค่าปัจจุบันของต้นทุนทั้งหมด โดยมีสูตรดังนี้

$$B/C = \frac{B_0 + \frac{B_1}{1+r} + \frac{B_2}{(1+r)^2} + \dots + \frac{B_n}{(1+r)^n}}{C_0 + \frac{C_1}{1+r} + \frac{C_2}{(1+r)^2} + \dots + \frac{C_n}{(1+r)^n}}$$

โครงการนี้มีมูลค่าปัจจุบันของผลไม่มากกว่ามูลค่าปัจจุบันของต้นทุนจะเป็นโครงการที่ยอมรับได้ และยังมีสัดส่วนนี้สูงมากเท่าไรก็จะมีอันดับความสำคัญสูงมากเท่านั้น เมื่อเทียบกับโครงการอื่น

### **การทบทวนวรรณกรรมของการระบุ การวัดและการให้ค่าแก่โครงการลงทุนในเด็ก**

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ผลได้ของการลงทุนในเด็กมีความหลากหลายมากกว่าต้นทุน การศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับการลงทุนในเด็กจึงเน้นไปที่ผลได้มากกว่าต้นทุน ส่วนนี้จะเป็นการทบทวนการระบุ การวัดและการให้ค่าแก่โครงการลงทุนในเด็ก ตลอดจนผลการเปรียบเทียบโครงการลงทุนในเด็กที่สำคัญๆ ที่ได้มีการศึกษาไว้

G.A. Cornia (1989) ได้รวบรวมผลได้จากการลงทุนในเด็กในด้านสุขภาพ โภชนาการ และการพัฒนา ซึ่งสรุปได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ผลได้ในระยะสั้น (short – term effects) ได้แก่
  - 1.1. การเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน (labour productivity)
  - 1.2. การลดความสูญเสียของงาน (reduced work losses)
  - 1.3. การประหยัดทรัพยากร (resource savings)
  - 1.4. การเคลื่อนย้ายทรัพยากรที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์เต็มที่ (the mobilization of idle resource)
2. ผลได้ในระยะยาว (long – term effects) ได้แก่
  - 2.1. การเพิ่มผลิตภาพของแรงงานในระยะยาวโดยการลดปัญหาการด้อยพัฒนาทางร่างกายและจิตใจ
  - 2.2. การประหยัดทรัพยากรในระยะยาว
  - 2.3. การเติบโตของประชากรที่เหมาะสม
3. ผลได้ระหว่างรุ่น (intergenerational effects) ได้แก่ การลดลงของเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อแรกเกิด เป็นต้น
4. ผลได้ในด้านการกระจายทรัพยากร (distributive effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงการกระจายรายได้และทรัพย์สิน เป็นต้น

L.C. Solomon (1987) ระบุผลได้ของการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาว่ามีผลได้ใน

3 รูปแบบ คือ

1. การได้รับความรู้ (knowledge)
2. การได้ทักษะที่เกี่ยวข้องกับทางวิชาการ (academically related skills)
3. การได้ทัศนคติที่เหมาะสม (attitude)

ขณะที่ผลได้ของการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มผลิตภาพของผู้เรียน และของสังคมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของรายได้ของตนเองและของสังคม

W.W. McMahon (1987a) แจกแจงผลได้ด้านการบริโภคที่ได้รับจากการลงทุนในการศึกษาของเด็กเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ผลได้ในการบริโภค (Consumption Benefits) และผลได้จากการมีทางเลือกมากขึ้น (option value)

ผลได้ในการบริโภคครอบคลุมผลที่เกิดขึ้น ดังนี้

- การบริโภคโดยตรง
- สุขภาพที่ดีขึ้น
- การเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น
- การออมเงิน
- พฤติกรรมการบริโภค
- รายได้ที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นในอนาคต
- ทักษะในการจัดการชีวิตในครอบครัว
- การเลือกคู่ครอง

อย่างไรก็ตามผลเสียในด้านการบริโภคที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การหย่าร้าง และการไร้ทักษะในการทำกิจกรรมภายในบ้านที่ใช้ทักษะน้อยและใช้เวลามาก (time intensive skill at home)

ผลได้จากการมีทางเลือกมากขึ้นมี 2 ลักษณะ คือ

- ผลได้จากการมีทางเลือกมากขึ้นในรูปตัวเงิน (financial option value) คือ การเพิ่มโอกาสในการเพิ่มรายได้ในชีวิตหลังการจบการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ดังนั้น จะพบได้ว่า ผลได้ประเภทนี้สูงมากในระดับประถมศึกษา แล้วลดลงเมื่อเรียนถึงระดับมัธยมศึกษา โดยที่จะกลายเป็นศูนย์เมื่อเรียนจบในระดับที่สูงสุดแล้ว นั่นคือ ไม่มีโอกาสที่จะเรียนต่อไปอีกแล้ว

- ผลได้จากการมีทางเลือกมากขึ้นในรูปที่ไม่ใช่ตัวเงิน (Non - financial option value) คือ การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวในสถานะที่ไร้สมดุลของงานการทำงานของบุคคล ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนงาน การเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงาน การปรับเปลี่ยนในเทคโนโลยีการผลิต ฯลฯ

ส่วนผลได้ในรูปของผลกระทบภายนอก (externalities) ของการลงทุนในการศึกษานั้น W.W. McMahon (1987b) ก็ได้สรุปไว้ดังนี้ คือ

1. ส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยและสถาบันประชาธิปไตยของสังคม
2. สนับสนุนให้ตลาดแรงงานมีประสิทธิภาพ และปรับตัวในด้านเทคโนโลยีการผลิตได้อย่างเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดอาชญากรรมและค่าใช้จ่ายในด้านราชทัณฑ์
4. ลดค่าใช้จ่ายในด้านสวัสดิการสังคม สวัสดิการทางสุขภาพ สาธารณสุข และการประกันสังคม
5. ลดความไม่สมบูรณ์ของตลาดทุน
6. เพิ่มบริการสาธารณะในชุมชน
7. เพิ่มการผลิตสินค้าและบริการที่สนับสนุนการลงทุนในเด็ก

### อัตราผลตอบแทนของการศึกษาระดับต่างๆ

G. Psacharopolos (1981) ได้ประเมินอัตราผลตอบแทนของการลงทุนในการศึกษาระดับต่างๆ ในประเทศต่างๆ (ดูตารางที่ 2.1) โดยพบว่า

- ผลตอบแทนการลงทุนการศึกษาระดับประถมในประเทศส่วนใหญ่จะสูงกว่าระดับอื่นๆ
- ผลตอบแทนการลงทุนการศึกษาเกิดขึ้นกับบุคคลสูงกว่าเกิดขึ้นกับสังคม

ดังนั้น เขาจึงเสนอให้การลงทุนในการศึกษาของเด็กในระดับประถมมีลำดับความสำคัญกว่าระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้ การลงทุนในการศึกษาไม่ควรช้าช้าจนกับจากครอบครัวและรัฐ นั่นคือ หากสังคมใดครอบครัวยืดยาวที่จะลงทุนในการศึกษาของเด็กสูงแล้ว รัฐอาจไม่ต้องลงทุนในเรื่องนี้มากนัก แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าครอบครัวมีการลงทุนในการศึกษาของเด็กน้อยไป รัฐควรที่จะเข้ามาลงทุนมากขึ้น

**ตารางที่ 2.1** การประเมินอัตราผลตอบแทนของการลงทุนในการศึกษาระดับต่างๆ ในประเทศต่างๆ

| ประเทศ        | ปีที่ประเมิน | อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคล |        |       | อัตราผลตอบแทนของสังคม |        |       |
|---------------|--------------|------------------------|--------|-------|-----------------------|--------|-------|
|               |              | ประถม                  | มัธยมฯ | อุดมฯ | ประถม                 | มัธยมฯ | อุดมฯ |
| Africa        |              |                        |        |       |                       |        |       |
| Ethiopia      | 1972         | 35.0                   | 27.4   | 27.4  | 20.3                  | 18.7   | 9.7   |
| Ghana         | 1967         | 24.5                   | 37.0   | 37.0  | 18.0.                 | 13..0  | 16.5  |
| Kenya         | 1971         | 28.0                   | 31.0   | 31.0  | 21.7                  | 19.2   | 8.8   |
| Malawi        | 1978         |                        |        |       |                       | 15.1   |       |
| Morocco       | 1970         |                        |        |       | 50.5                  | 10.0   | 13.0  |
| Nigeria       | 1966         | 30.0                   | 14.0   | 34.0  | 23.0                  | 12.8   | 17.0  |
| Rhodesia      | 1960         |                        |        |       | 12.4                  |        |       |
| Sierra Leone  | 1971         |                        |        |       | 20.0                  | 22.0   | 9.5   |
| Uganda        | 1965         |                        |        |       | 66.0                  | 28.6   | 12.0  |
| Asia          |              |                        |        |       |                       |        |       |
| India         | 1965         | 17.3                   | 18.8   | 16.2  | 13.4                  | 15.5   | 10.3  |
| Indonesia     | 1977         | 25.5                   | 15.6   |       |                       |        |       |
| South Korea   | 1967         |                        |        |       | 12.0                  | 9.0    | 5.0   |
| Malaysia      | 1978         |                        | 32.6   | 34.5  |                       |        |       |
| Philippines   | 1971         | 9.0                    | 6.5    | 9.5   | 7.0                   | 6.5    | 8.5   |
| Singapore     | 1966         |                        | 20.0   | 25.4  | 6.6                   | 17.6   | 14.1  |
| Taiwan        | 1972         | 50.0                   | 12.7   | 15.8  | 27.0                  | 12.3   | 17.7  |
| Thailand      | 1970         | 56.0                   | 14.5   | 14.0  | 30.5                  | 13.0   | 11.0  |
| Latin America |              |                        |        |       |                       |        |       |
| Brazil        | 1970         |                        | 24.7   | 13.9  |                       | 23.5   | 13.1  |
| Chile         | 1959         |                        |        |       | 24.0                  | 16.9   | 12.2  |
| Colombia      | 1973         | 15.1                   | 15.4   | 20.7  |                       |        |       |
| Mexico        | 1963         | 32.0                   | 23.0   | 29.0  | 25.0                  | 17.0   | 23.0  |
| Venezuela     | 1957         |                        | 18.0   | 27.0  | 82.0.                 | 17.0   | 23.0  |

**ตารางที่ 2.1 (ต่อ) การประเมินอัตราผลตอบแทนของการลงทุนในการศึกษาระดับต่างๆ ในประเทศต่างๆ**

| ประเทศ              | ปีที่ประเมิน | อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคล |        |       | อัตราผลตอบแทนของสังคม |        |       |
|---------------------|--------------|------------------------|--------|-------|-----------------------|--------|-------|
|                     |              | ประถม                  | มัธยมฯ | อุดมฯ | ประถม                 | มัธยมฯ | อุดมฯ |
| <i>Intermediate</i> |              |                        |        |       |                       |        |       |
| Cyprus              | 1975         | 15.0                   | 11.2   | 14.8  |                       |        |       |
| Greece              | 1977         | 20.0                   | 6.0    | 5.5   | 16.5                  | 5.5    | 4.5   |
| Spain               | 1971         | 31.6                   | 10.2   | 15.5  | 17.2                  | 8.6    | 12.8  |
| Turkey              | 1968         |                        | 24.0   | 26.0  |                       |        | 8.5   |
| Yugoslavia          | 1969         | 7.6                    | 15.3   | 2.6   | 9.3                   | 15.4   | 2.8   |
| Israel              | 1958         | 27.0                   | 6.9    | 8.0   | 16.5                  | 6.9    | 6.6   |
| Iran                | 1976         |                        | 21.2   | 18.5  | 15.2                  | 17.6   | 13.6  |
| Puerto Rico         | 1959         |                        | 38.6   | 14.1  | 21.9                  | 27.3   | 21.9  |
| <i>Advanced</i>     |              |                        |        |       |                       |        |       |
| Australia           | 1969         |                        | 14.0   | 13.9  |                       |        |       |
| Belgium             | 1960         |                        | 21.2   | 8.7   |                       | 17.1   | 6.7   |
| Canada              | 1961         |                        | 16.3   | 19.7  |                       | 11.7   | 14.0  |
| Denmark             | 1964         |                        |        | 10.0  |                       |        | 7.8   |
| France              | 1970         |                        | 13.8   | 16.7  |                       | 10.1   | 10.9  |
| Germany             | 1964         |                        |        | 4.6   |                       |        |       |
| Italy               | 1969         |                        | 17.3   | 18.3  |                       |        |       |
| Japan               | 1973         |                        | 5.9    | 8.1   |                       | 4.6    | 6.4   |
| Netherlands         | 1965         |                        | 8.5    | 10.4  |                       | 5.2    | 5.5   |
| New Zealand         | 1966         |                        | 20.0   | 14.7  |                       | 19.4   | 13.2  |
| Norway              | 1966         |                        | 7.4    | 7.7   |                       | 7.2    | 7.5   |
| Sweden              | 1967         |                        |        | 10.3  |                       | 10.5   | 9.2   |
| United Kingdom      | 1972         |                        | 11.7   | 9.6   |                       | 3.6    | 8.2   |
| United States       | 1969         |                        | 18.8   | 15.4  |                       | 10.9   | 10..9 |

ที่มา : G. Psacharopoulos (1981)

## ความคุ้มค่าของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในระยะแรก

การพัฒนาเด็กตั้งแต่แรกเริ่มพัฒนาการ (Early childhood development, ECD) คือ กิจกรรมที่ทำกับเด็กกลุ่มแรกเกิด จนถึงอายุ 6 ปี ก่อนเข้าโรงเรียน กิจกรรมเหล่านี้ รวมถึงตั้งแต่ การจัดบริการให้เด็กโดยตรง และการส่งเสริมให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กเข้ามาดำเนินการ ให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ที่ถูกต้อง ให้ชุมชนตระหนัก ช่วยกันระดมทรัพยากร ตลอดจนถึง การส่งเสริมให้สร้างนโยบายระดับชาติ และการปฏิบัติตามข้อตกลงขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ เป้าหมายของการดำเนินการมีหลายประการ เช่น การให้เด็กรอดชีวิต มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ มีผลสัมฤทธิ์สูงจากการศึกษา มีอาชีพและมีรายได้ในการเลี้ยงตนเองในอนาคต พึ่งพิงบริการสาธารณะน้อย และเป็นพลเมืองดี ไม่ก่อปัญหาสังคม

โครงการเด็กวัยก่อนเรียนของ High/Scope Perry, Ypsilanti, Michigan ติดตามเด็กตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการ อายุ 3-4 ปี จนถึงอายุ 27 ปี ผู้ร่วมโครงการเป็นเด็กออฟริกัน-อเมริกัน ที่อยู่ในละแวกเดียวกันตั้งแต่ปี 2510 แบ่งกลุ่มเด็กโดยการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นอย่างดี และกลุ่มควบคุม การประเมินผลกระทำทุกปีจากอายุ 3-11, 14-15, และเมื่ออายุ 19 และ 27 ปี โดยเปรียบเทียบตัวแปรความสามารถ ทักษะคิด และการทำงาน ผลที่พบเมื่ออายุ 27 ปี คือ กลุ่มทดลองมีเงินเดือนมากกว่า (29% vs. 7% มีรายได้ \$2,000 ต่อเดือน หรือมากกว่า) มีบ้านเป็นของตนเองมากกว่า (36% vs. 13%) สำเร็จการศึกษาสูงกว่า (71% vs. 54% สำเร็จการศึกษา 12 ปี หรือสูงกว่า) พึ่งพิงบริการสังคมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา น้อยกว่า (59% vs. 80%) และถูกจับกุม น้อยกว่า (7% vs. 35% ที่เคยถูกจับกุม 5 ครั้งหรือมากกว่า) การประเมินเมื่ออายุ 19 ปี พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการรู้หนังสือสูงกว่า และเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงกว่า (15% vs. 34% เข้าศึกษา 1 ปีหรือมากกว่า) สรุป ผลตอบแทนในระยะยาวคือ การลงทุนนี้ให้ผลตอบแทน US\$7.16 ต่อการลงทุน US\$1.00 Weikart (1996) จึงสรุปว่า การลงทุนในเด็กด้วยการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่วัยเริ่มแรก เป็นโครงการที่ให้ผลคุ้มค่ามาก ผลที่ได้ ไม่เพียงแต่เกิดกับเด็กที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีผลภาพดีเท่านั้น แต่เป็นการลงทุนทางสาธารณะที่ดีด้วย

Selowsky (1981) ประมาณการตั้งแต่ปี 1981 ว่า ประเทศแต่ละประเทศควรลงทุนเพื่อพัฒนาการเด็กแต่เริ่มแรก เป็นมูลค่า 1.4-2.2% ของ GNP สำหรับประเทศที่มีรายได้ประชากรต่อหัว น้อยกว่า US\$ 400 สำหรับประเทศที่มีรายได้มากกว่า การลงทุนด้านนี้ จะลดลงเป็นประมาณ 0.6-1.8% ของ GNP ตัวเลขนี้ อาจเป็นสิ่งที่มากเกินไปสำหรับเศรษฐกิจ โดยเฉพาะประเทศที่ยากจน

## ผลกระทบของน้ำหนักรากแรกเกิดน้อย

Currie and Hyson (1999) ประเมินผลกระทบของน้ำหนักเด็กแรกเกิดน้อย ว่าจะมีผลอย่างไรต่อการเรียน การเจ็บป่วย และการมีรายได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่ ทำการศึกษาระยะยาวโดยติดตามเด็ก 17,000 คนที่เกิดในอังกฤษ ระหว่าง 3-9 มีนาคม ปี 2501 ทำการติดตาม 5 ครั้ง รวมทั้งการสัมภาษณ์เมื่ออายุ 23 และ 33 ปี นอกจากนั้น ยังเพิ่มแหล่งข้อมูลจากโรงเรียนเกี่ยวกับผลการสอบทั่วไปเมื่อเวลาผ่านไป 20 ปี ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลกระทบโดยแยกแยะตามเศรษฐกิจฐานะของบิดาของเด็ก เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีจะช่วยบรรเทาผลกระทบจากการมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำได้หรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ จะมีผลต่อการเรียนการสอบ คือ แม้จะเป็นเด็กที่เกิดในครอบครัวเศรษฐกิจฐานะสูง ก็มีผลการสอบลดลง

ผลของน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ต่อการมีงานทำ พบว่า การมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ทำให้การจ้างงานลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง เมื่ออายุ 23 ปี และทำให้อัตราค่าจ้างที่ได้รับลดลงในกลุ่มผู้หญิง แต่เมื่อประเมินที่อายุ 33 ปี พบว่า การมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ทำให้เพศชายกลุ่มฐานะปานกลางมีอัตราการจ้างงานลดลง 8% แต่ไม่มีผลกับกลุ่มผู้หญิง

ผลของน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ต่อสถานะสุขภาพ พบว่า การมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ทำให้มีโอกาสรายงานว่าสุขภาพไม่ดี สูงขึ้นเมื่ออายุ 23 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง ถ้าเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเศรษฐกิจฐานะที่แตกต่างกัน พบว่า การมีเศรษฐกิจฐานะดี จะช่วยลดการรายงานว่าเจ็บป่วยลง อย่างไรก็ตามเมื่ออายุ 33 ปี กลุ่มชายฐานะปานกลาง ที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ จะรายงานว่าสุขภาพไม่ดี สูงขึ้นประมาณ 7% และมีโอกาสเป็นความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้น 5%

โดยสรุป การที่เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ทำให้ผลการเรียนลดลง ทำให้การมีงานทำลดลงเมื่ออายุ 23 ปีทั้งชายและหญิง และ เมื่ออายุ 33 ปีเฉพาะเพศชาย และสถานะสุขภาพลดลงเมื่ออายุ 23 ปีเฉพาะเพศหญิง และเมื่ออายุ 33 ปี เฉพาะเพศชาย

ข้อสรุปจากการศึกษานี้ คือ ควรป้องกันไม่ให้อัตราเด็กน้ำหนักแรกเกิดต่ำ มีมากเกินไป เพราะจะเกิดผลกระทบในวันข้างหน้า

### บทที่ 3

## การลงทุนด้านการศึกษาในเด็กและเยาวชน

### ความนำ

เด็กเป็นทรัพยากรอันล้ำค่าของสังคม การพัฒนาเด็กให้เติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ย่อมส่งผลไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของประเทศไทย การพัฒนาเด็กจึงเป็นภารกิจหลักอันสังคมพึงดำเนินการอย่างเต็มกำลังความสามารถ

ในทุกประเทศการจัดการศึกษาได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาล ทั้งนี้โดยเชื่อว่าการศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนามนุษย์ การลงทุนทางการศึกษาแม้จะมากมายมหาศาลแต่ผลจากการลงทุนดังกล่าวก็นับว่าคุ้มค่าหลายเท่าตัว เพราะเมื่อเด็กจบออกไปจะมีส่วนเพิ่มผลผลิตของประเทศ ฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นผลทางด้านรายได้หรือคุณภาพของสังคมย่อมได้รับผลกระทบจากการลงทุนทางการศึกษาทั้งสิ้น

สำหรับในประเทศไทย งบประมาณทางการศึกษาคงว่ามีปริมาณสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของงบประมาณแผ่นดิน อย่างไรก็ตามพบว่าการลงทุนทางการศึกษาดังกล่าวยังมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่า สัดส่วนของการลงทุนมีความเหมาะสมเพียงใด การลงทุนควรเป็นภารกิจของรัฐฝ่ายเดียว หรือ ครัวเรือน และองค์กรชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมด้วยในปริมาณมากน้อยเพียงใด และรูปแบบหรือวิธีการลงทุนแบบใดมีความเหมาะสม ตลอดจนแผนงาน โครงการใดให้ประโยชน์สูงสุด ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ฉะนั้น การศึกษาการลงทุนทางการศึกษาเพื่อเด็กในสังคมไทย จึงมีความสำคัญยิ่งในการหาสภาพการลงทุนในปัจจุบัน และการหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งบ่งชี้แนวโน้มของการลงทุนในอนาคต เพื่อพัฒนาและเลือกสรรวิธีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรของสังคมต่อไป

### กรอบแนวคิดและขอบเขตของการศึกษา

การศึกษามุ่งค้นหาโครงการด้านการศึกษาจากรัฐที่ดำเนินการกับเด็กและเยาวชน รวมทั้งศึกษาผลสัมฤทธิ์ของโครงการทั้งในด้านประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมชาติของการจัดการศึกษา มุ่งหาอนาคตของการลงทุนทางการศึกษาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน รวมทั้งเสนอทางเลือกของการลงทุนทางการศึกษากับเด็กและเยาวชนที่เหมาะสม

ขอบเขตของการศึกษา ศึกษาการลงทุนทางการศึกษา ในทุกระดับตั้งแต่อ่อนประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา โดยระยะเวลาของการศึกษา รวม 12 ปี (แผนพัฒนายาระยะที่ 6-8) ทั้งนี้ ในบางประเด็นศึกษาเฉพาะช่วง 1-3 ปีงบประมาณสุดท้าย เพื่อให้เห็นสภาพการลงทุนโดยภาพรวม

## ดัชนีชี้วัด

กำหนดดัชนีวัดเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) และตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Outputs) ซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ (Efficiency) และตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความเป็นธรรม (Equity) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs)** ได้แก่ งบประมาณการศึกษาต่อ GDP งบประมาณการศึกษา ต่อ งบประมาณทั้งหมด, ต้นทุนดำเนินการ ต่อ ต้นทุนลงทุน, ต้นทุนทั้งหมด ต่อ ผู้เรียน, ต้นทุนดำเนินการ ต่อ ผู้เรียน, ต้นทุนลงทุน ต่อ ผู้เรียน, จำนวนนักเรียน ต่อ ห้อง, จำนวนครู ต่อ นักเรียน

### 2. ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Outputs) ประกอบด้วย

2.1 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ (Efficiency) ได้แก่ คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านวิชาการ (Academic Achievement), ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มีใช้ด้านวิชาการ (Non-academic Achievement), รายได้เฉลี่ยของผู้สำเร็จการศึกษา, ต้นทุนเฉลี่ย ต่อ ผู้สำเร็จ, อัตราการออกกลางคัน, อัตราการตกชั้น, อัตราผลตอบแทนทางสังคมและอัตราผลตอบแทนส่วนบุคคล, อัตราการว่างงานของผู้ที่มีการศึกษา

2.2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความเป็นธรรม (Equity) ได้แก่ อัตราส่วนนักเรียน ต่อ ประชากรวัยเรียน, อัตราการเรียนต่อ ความเสมอภาคทางการศึกษา และดัชนีการเลือกสรร (selectivity index)

## ผลการศึกษา

การจัดสรรทรัพยากรทางการศึกษาในประเทศไทย ในปัจจุบันการจัดสรรทรัพยากรทางการศึกษาของไทยยังอยู่ในวงแคบ งบประมาณทางการศึกษาในส่วนของสถานศึกษาที่รัฐเป็นผู้จัดมาจากงบประมาณของรัฐบาลกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.4) งบอุดหนุนของท้องถิ่นมีเพียงร้อยละ 0.6 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2541ก)

งบประมาณการศึกษาจากภาคเอกชนมีสัดส่วนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณจากรัฐ พิจารณาจากการรับภาระในการจัดการศึกษาจากภาคเอกชนยังคงอยู่ในส่วนสัดส่วนที่น้อย กล่าวคือ สัดส่วน

ส่วนของผู้เรียนเอกชน : ภาครัฐ ในระดับก่อนประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ 21 : 79 ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13 : 87 ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 7 : 93 และ ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 23 : 77 อุดมศึกษา ร้อยละ 11 : 89 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2540ก)

แหล่งเงินอื่น ๆ ที่ใช้ในการจัดการศึกษานอกจากงบประมาณของรัฐแล้ว ยังมีเงินบริจาค ทรัพย์สินสิ่งของที่สถาบันการศึกษาได้รับ ซึ่งมีความไม่แน่นอนและมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณการศึกษาทั้งหมด อย่างไรก็ตามสถาบันการศึกษาก็ยังขาดการขวนขวายที่จะหาเงินเพื่อการศึกษา และไม่มีมาตรการจูงใจมากพอที่จะให้เอกชนบริจาคเงินเพื่อการศึกษา

จะเห็นได้ว่าทรัพยากรทางการศึกษาของไทยยังจัดอยู่ในความหมายที่แคบ เนื่องจากจำกัดอยู่แต่ในงบประมาณของรัฐ มีภาวะการพึ่งพารัฐสูง เอกชน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการศึกษาน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคธุรกิจ ผลักภาระการจัดการศึกษามาให้รัฐเกือบจะทั้งหมด ทั้ง ๆ ที่เป็นผู้ได้รับประโยชน์จากการจัดการศึกษาโดยตรง ภาวะที่รัฐเป็นผู้สนับสนุนหลักในการจัดการศึกษานี้ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงเลย แม้ว่าจะมีนโยบายสนับสนุนให้เอกชนเข้ามาจัดการศึกษามากขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ก็มิได้ทำให้งบประมาณการศึกษาที่รัฐจัดสรรลดน้อยลง นอกจากนี้การจัดสรรทรัพยากรทางการศึกษาอย่างมหาศาล ก็ไม่ได้เกิดผลในแง่ของการลดความเหลื่อมล้ำทางโอกาสและรายได้ในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากผู้เรียนในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยเมื่อเทียบกับรายบุคคลกับผู้เรียนระดับอุดมศึกษาซึ่งได้รับผลประโยชน์ตอบแทนจากการศึกษามากกว่า เช่นเดียวกับปัญหาคุณภาพการศึกษาที่ขาดการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากงบประมาณกว่าร้อยละ 70 ของงบดำเนินการเป็นงบเงินเดือน งบลงทุนจะมีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 30 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2539)

การที่รัฐมีบทบาทในการจัดการศึกษาเป็นเวลายาวนานและเพิ่มมากขึ้น แทนที่จะลดบทบาทลง กรมและกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษา ขยายการรับนักเรียน นักศึกษามากขึ้นทุกปีมีผลทำให้ภารกิจจัดการศึกษาตกเป็นของรัฐในทุกระดับ และประเภท แม้ในพระราชบัญญัติการศึกษาล่าสุดฉบับใหม่ จะเน้นการให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการศึกษามากขึ้น แต่ยังไม่เห็นภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนเพียงพอในเรื่องของงบประมาณและที่มาของงบประมาณ รัฐต้องจัดให้มีนโยบายการแบ่งสัดส่วนบทบาทของภาครัฐ เอกชน และชุมชนในการจัดการศึกษาที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณทางการศึกษาที่ก่อให้เกิดความเสมอภาคและเป็นธรรม

## ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับจำนวนนักเรียน นิสิต นักศึกษา จำแนกตามระดับและประเภทการศึกษา ปีการศึกษา 2540 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2541ข)

ตารางที่ 3.1 จำนวนนักเรียน นิสิต นักศึกษา จำแนกตามระดับและประเภทการศึกษา

| ระดับ/ประเภทการศึกษา                   | ปีการศึกษา 2540 |
|----------------------------------------|-----------------|
| รวมทั้งหมด                             | 19,494,752      |
| - รวมในระบบโรงเรียน                    | 13,877,200      |
| - รวมนอกระบบโรงเรียน                   | 5,617,552       |
| ระดับก่อนประถมศึกษา                    | 2,906,721       |
| ระดับประถมศึกษา                        | 6,292,335       |
| - ในระบบโรงเรียน                       | 5,927,940       |
| - นอกระบบโรงเรียน                      | 364,395         |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น                  | 3,617,508       |
| - ในระบบโรงเรียน                       | 2,462,631       |
| - นอกระบบโรงเรียน                      | 1,154,887       |
| ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย                 | 2,559,727       |
| ประเภทสามัญศึกษา                       | 1,813,306       |
| - ในระบบโรงเรียน                       | 877,092         |
| - นอกระบบโรงเรียน                      | 932,214         |
| ประเภทอาชีวศึกษา                       | 746,421         |
| - ในระบบโรงเรียน                       | 743,342         |
| - นอกระบบโรงเรียน (ปวช. กศน.)          | 3,079           |
| ระดับอุดมศึกษา                         | 1,497,102       |
| - ประเภทจำกัดรับ                       | 959,474         |
| - ประเภทไม่จำกัดรับ                    | 537,628         |
| อื่น ๆ                                 |                 |
| - สายอาชีพ                             | 2,111,672       |
| - การศึกษาพระปริยัติธรรม แผนกธรรม-บาลี | 509,687         |

### จำนวนนักเรียนนักศึกษาและอัตราส่วนต่อประชากร

จากตารางที่ 1 และ 2 จำนวนนักเรียนนิสิตนักศึกษาทั้งหมด 19,494,752 คน เป็นนักเรียนนิสิตนักศึกษาในระบบ 13,877,200 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ของประชากร นอกกระบบโรงเรียน 5,617,552 คน คิดเป็นร้อยละ 35

นักเรียน นิสิต นักศึกษา ในระบบโรงเรียน ประกอบด้วย ก่อนประถมศึกษา 2,906,721 คน ประถมศึกษา 5,927,940 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 2,462,631 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย 1,620,434 คน และอุดมศึกษา 959,474 คน

ตารางที่ 3.2 อัตรานักเรียนนิสิตนักศึกษาในระบบโรงเรียนต่อประชากร จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2540

| ระดับประเภทการศึกษา | กลุ่ม | ปีการศึกษา 2540 |            |        |
|---------------------|-------|-----------------|------------|--------|
|                     |       | ประชากร         | นักเรียน   | ร้อยละ |
| ระดับก่อนประถมศึกษา | 3-5   | 3,202,000       | 2,906,721  | 90.78  |
| ระดับประถมศึกษา     | 6-11  | 6,539,000       | 5,927,940  | 90.66  |
| ระดับมัธยมศึกษา     | 12-17 | 6,859,000       | 4,083,065  | 59.53  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น    | 12-14 | 3,395,000       | 2,462,631  | 72.54  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย   | 15-17 | 3,464,000       | 1,620,434  | 46.78  |
| ประเภทสามัญศึกษา    | 15-17 | 3,464,000       | 877,092    | 25.32  |
| ประเภทอาชีวศึกษา    | 15-17 | 3,464,000       | 743,342    | 21.46  |
| ระดับอุดมศึกษา      | 18-21 | 4,665,000       | 959,474    | 19.34  |
| รวม                 | 3-21  | 21,262,000      | 13,879,200 | 65.00  |

### 1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ของการลงทุนทางการศึกษา

เมื่อศึกษาปัจจัยนำเข้าของการลงทุนทางการศึกษาจะพบรายละเอียดของงบประมาณการศึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เรียน ห้องเรียน ครู โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### งบประมาณการศึกษา ต่อ GDP และ ต่องบประมาณแผ่นดิน

งบประมาณการศึกษา ต่อ GDP หรือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พบว่า งบประมาณทางการศึกษาต่อ GDP นับตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 (ปีงบประมาณ 2530) เป็นต้นมา งบประมาณทางการศึกษาต่อ GDP มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.0 เป็นร้อยละ 4.1 แต่อย่างไรก็ตาม

อัตราส่วนดังกล่าว ยังต่ำกว่าเกณฑ์ของสหประชาชาติ ที่กำหนดให้งบประมาณการศึกษาที่เหมาะสม ควรจะมีสัดส่วนต่อ GDP ร้อยละ 5.0 ขึ้นไป

**งบประมาณทางการศึกษาต่องบประมาณแผ่นดินของประเทศไทยทั้งหมด** จะมีอัตราส่วนที่สูงอยู่ในอันดับต้น ๆ ทั้งนี้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการทางการศึกษาจะมีเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการจัดสรรงบประมาณทางการศึกษาจะคิดเป็นรายหัว ในปี 2540 งบประมาณทางการศึกษามีอัตราส่วนร้อยละ 21.9 ของงบประมาณทั้งหมด

**ตารางที่ 3.3** งบประมาณการศึกษาต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม ภายในประเทศและต่องบประมาณแผ่นดิน

| ปีงบประมาณ | ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) | งบประมาณแผ่นดิน (NB) | งบประมาณการศึกษา (EB) | % of EB/ GDP | % of EB/ NB |
|------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|-------------|
| 2531       | 1,465,736.0                      | 243,500.0            | 43,860.7              | 3.0          | 18.0        |
| 2532       | 1,744,014.0                      | 285,500.0            | 57,358.1              | 2.7          | 16.6        |
| 2533       | 2,005,254.0                      | 335,000.0            | 59,962.1              | 3.0          | 17.9        |
| 2534       | 2,400,000.0                      | 387,500.0            | 74,860.6              | 3.1          | 19.3        |
| 2535       | 2,620,000.0                      | 460,400.0            | 86,576.9              | 3.3          | 18.8        |
| 2536       | 2,970,000.0                      | 560,000.0            | 108,069.7             | 3.6          | 19.3        |
| 2537       | 3,499,000.0                      | 625,000.0            | 121,973.1             | 3.5          | 19.5        |
| 2538       | 4,099,000.0                      | 715,000.0            | 135,309.0             | 3.3          | 18.9        |
| 2539       | 4,684,000.0                      | 843,200.0            | 167,560.4             | 3.6          | 19.9        |
| 2540       | 5,302,000.0                      | 984,000.0            | 215,161.9             | 4.1          | 21.9        |

หมายเหตุ NB = National Budget, EB = Education Budget

## ต้นทุนดำเนินการ

**ต้นทุนดำเนินการต่อต้นทุนลงทุน** เมื่อศึกษาเฉพาะในส่วนของงบประมาณทางการศึกษา ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 พบว่า งบประมาณการศึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 เป็นต้นมา ถึงปัจจุบันประมาณร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นงบดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามในปีการศึกษา 2540 งบลงทุน ซึ่งจัดเป็นงบพัฒนาได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 31.4 ซึ่งหมายถึงเป็นครั้งแรกในรอบ 10 ปีที่งบดำเนินการลดลงเหลือเพียงร้อยละ 68.6

ตารางที่ 3.4 ต้นทุนดำเนินการต่อต้นทุนลงทุน

| ปีงบประมาณ | งบประมาณการศึกษา | งบดำเนินการ |        | งบลงทุน  |        |
|------------|------------------|-------------|--------|----------|--------|
|            |                  | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| 2531       | 43,860.7         | 38,121.7    | 86.9   | 5,739.0  | 13.1   |
| 2532       | 47,358.1         | 40,673.1    | 85.9   | 6,685.0  | 14.1   |
| 2533       | 60,729.8         | 51,701.8    | 85.1   | 9,028.0  | 14.9   |
| 2534       | 75,967.9         | 63,534.1    | 83.6   | 12,433.0 | 16.4   |
| 2535       | 86,576.9         | 69,309.2    | 80.1   | 17,267.0 | 19.9   |
| 2536       | 109,869.7        | 90,665.0    | 82.5   | 19,204.7 | 17.5   |
| 2537       | 121,973.1        | 98,847.4    | 81.0   | 23,125.7 | 19.0   |
| 2538       | 135,309.0        | 108,482.7   | 80.2   | 26,826.3 | 19.8   |
| 2539       | 167,560.4        | 134,130.7   | 80.0   | 33,429.7 | 20.0   |
| 2540       | 215,161.9        | 147,518.8   | 68.6   | 67,643.1 | 31.4   |

**ต้นทุนทางการศึกษาต่อผู้เรียน** ต้นทุนทางการศึกษาต่อผู้เรียน สำหรับนักเรียนระดับก่อนประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย (รวมอาชีวศึกษา) เมื่อแยกเป็นต้นทุนทั้งหมดต่อผู้เรียน ต้นทุนดำเนินการต่อผู้เรียน และต้นทุนลงทุนต่อผู้เรียน ปรากฏรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.5 ต้นทุนทั้งหมดต่อผู้เรียน

| ปีงบประมาณ | ต้นทุนทั้งหมด | ผู้เรียน   | เฉลี่ยต่อผู้เรียน | ต้นทุนดำเนินการ | เฉลี่ยต่อผู้เรียน | ต้นทุนลงทุน | อัตราเฉลี่ยต่อผู้เรียน |
|------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------|------------------------|
| 2531       | 43,860.7      | 9,086,544  | 4,826.99          | 38,121.7        | 4,195.40          | 5,739.0     | 631.59                 |
| 2532       | 47,358.1      | 9,111,135  | 5,197.82          | 40,673.1        | 5,464.10          | 6,685.0     | 733.71                 |
| 2533       | 59,962.1      | 9,186,251  | 6,527.37          | 51,701.8        | 5,628.17          | 9,028.0     | 982.77                 |
| 2534       | 74,860.6      | 9,349,600  | 8,006.82          | 63,534.1        | 6,795.38          | 12,433.0    | 1,329.78               |
| 2535       | 86,576.9      | 9,502,336  | 9,111.11          | 69,309.2        | 7,293.91          | 17,267.0    | 1,817.13               |
| 2536       | 108,069.7     | 9,624,183  | 12,228.97         | 90,665.0        | 9,420.53          | 19,204.7    | 1,995.46               |
| 2537       | 121,973.1     | 9,673,370  | 12,609.16         | 98,847.4        | 10,218.50         | 23,125.7    | 2,390.65               |
| 2538       | 135,309.0     | 9,654,742  | 14,014.77         | 108,482.7       | 11,236.20         | 26,826.3    | 2,778.56               |
| 2539       | 167,560.4     | 9,834,382  | 17,038.22         | 134,130.7       | 13,638.95         | 33,429.7    | 3,399.26               |
| 2540       | 215,161.9     | 10,083,405 | 21,338.21         | 147,518.8       | 14,629.85         | 67,643.1    | 6,708.35               |

**ต้นทุนทางการศึกษาทั้งหมดต่อผู้เรียน** เพิ่มขึ้นจากอัตราเฉลี่ยรายละ 4,826.99 ในปีการศึกษา 2531 เป็น 21,338.21 ในปีการศึกษา 2540

**ต้นทุนดำเนินการต่อผู้เรียน** ในปีการศึกษา 2531 เฉลี่ยรายละ 4,195.40 เพิ่มขึ้นเป็น 14,629.85 ในปีการศึกษา 2540

**ต้นทุนลงทุนต่อผู้เรียน** เพิ่มขึ้นจากอัตราเฉลี่ย รายละ 631.59 ในปีการศึกษา 2531 เป็น 6,708.35 ในปีการศึกษา 2540

ในปีงบประมาณ 2541 งบประมาณทางการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 226,609.8 ล้านบาท หรือร้อยละ 23.1 ของงบประมาณแผ่นดิน (สำนักงานประมาณ 2541) โดยแยกประเภทของรายจ่ายออกดังต่อไปนี้

|                                   |          |         |
|-----------------------------------|----------|---------|
| 1. ระดับก่อนวัยเรียนและประถมศึกษา | 96,379.5 | ล้านบาท |
| 2. ระดับมัธยมศึกษา                | 57,988.2 | ล้านบาท |
| 3. ระดับอุดมศึกษา                 | 40,926.9 | ล้านบาท |
| 4. การศึกษาไม่กำหนดระดับ          | 3,656.2  | ล้านบาท |
| 5. การบริการสนับสนุนการศึกษา      | 21,747.5 | ล้านบาท |
| 6. การศึกษาอื่น                   | 5,911.5  | ล้านบาท |

ทั้งนี้ จากงบประมาณการศึกษาดังกล่าว เมื่อคิดเป็นข้อมูลจำนวนนักเรียนและค่าใช้จ่ายรายหัวของนักเรียน ต่อปี แยกตามระดับการศึกษา สามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการศึกษาในระบบ และการศึกษานอกระบบ

**ตารางที่ 3.6** จำนวนนักเรียนและค่าใช้จ่ายรายหัวต่อปี จำแนกตามระดับการศึกษา ทั้งในและนอกระบบโรงเรียนทุกสังกัด (เว้นทบวงมหาวิทยาลัย) ค่าใช้จ่ายต่อหัว 1 คน : 1 ปี (หน่วย : บาท)

| ระดับ ประเภทการศึกษา และสังกัด          | ปีการศึกษา 2541 |                  |
|-----------------------------------------|-----------------|------------------|
|                                         | จำนวนนักเรียน   | ค่าใช้จ่ายต่อหัว |
| <b>1. ก่อนประถมศึกษา</b>                |                 |                  |
| 1.1 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ  | 1,774,660       | 11,931           |
| 1.2 กรมสามัญศึกษา                       | -               | -                |
| 1.3 สำนักงานสภาพัฒนาการศึกษานอกโรงเรียน | -               | -                |
| 1.4 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน     | -               | -                |
| 1.5 กรมการศาสนา*                        | 219,000         | 2,970            |
| 1.6 กรมการศึกษานอกโรงเรียน**            | -               | -                |

| ระดับ ประเภทการศึกษา และสังกัด                   | ปีการศึกษา 2541 |                  |
|--------------------------------------------------|-----------------|------------------|
|                                                  | จำนวนนักเรียน   | ค่าใช้จ่ายต่อหัว |
| <b>2. ประถมศึกษา</b>                             |                 |                  |
| 2.1 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ      | 4,735,475       | 11,019           |
| 2.2 กรมสามัญศึกษา                                | -               | -                |
| 2.3 สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ                      | -               | -                |
| 2.4 กรมพลศึกษา                                   | 179             | 11,700           |
| 2.5 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน              | -               | -                |
| 2.6 กรมการศึกษานอกโรงเรียน**                     | 372,852         | 1,336            |
| <b>3. มัธยมศึกษา</b>                             |                 |                  |
| 3.1 มัธยมศึกษาตอนต้น                             |                 |                  |
| 1) สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ       | 588,017         | 12,539           |
| 2) กรมสามัญศึกษา                                 | 1,771,574       | 13,880           |
| 3) สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ                       | -               | -                |
| 4) กรมศิลปากร                                    | 4,752           | 18,214           |
| 5) กรมพลศึกษา                                    | 718             | 13,200           |
| 6) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน               | -               | -                |
| 7) กรมการศาสนา*                                  | 51,366          | 5,075            |
| 8) กรมการศึกษานอกโรงเรียน**                      | 1,219,329       | 1,708            |
| 3.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย                            |                 |                  |
| 3.2.1 ประเภทสามัญศึกษา                           |                 |                  |
| 1) กรมสามัญศึกษา                                 | 1,014,700       | 20,042           |
| 2) สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ                       | -               | -                |
| 3) กรมศิลปากร                                    | -               | -                |
| 4) กรมพลศึกษา                                    | 2,098           | 13,200           |
| 5) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน               | -               | -                |
| 6) กรมการศาสนา*                                  | 21,085          | 5,098            |
| 7) กรมการศึกษานอกโรงเรียนทางไกล<br>(ขยายโอกาส)** | 1,041,440       | 1,080            |
| 3.2.2 ประเภทอาชีวศึกษา                           |                 |                  |
| 1) กรมอาชีวศึกษา                                 | 471,050         | 12,988           |
| 2) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล                        | -               | -                |
| 3) กรมศิลปากร                                    | 4,005           | 18,009           |
| 4) กรมพลศึกษา                                    | 22,168          | 400              |

| ระดับ ประเภทการศึกษา และสังกัด           | ปีการศึกษา 2541 |                  |
|------------------------------------------|-----------------|------------------|
|                                          | จำนวนนักเรียน   | ค่าใช้จ่ายต่อหัว |
| 5) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน       | -               | -                |
| 6) กรรมการศึกษานอกโรงเรียน: ปวช.ทางไกล** | 4,844           | 1,600            |
| <b>4. อุดมศึกษา</b>                      |                 |                  |
| 4.1 อนุปริญญา                            |                 |                  |
| 1) กรมอาชีวศึกษา                         | 168,720         | 12,985           |
| 2) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล                | -               | -                |
| 3) สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ               | -               | -                |
| 4) กรมศิลปากร                            | 1,025           | 21,110           |
| 5) กรมพลศึกษา                            | 22,269          | 760              |
| 6) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน       | -               | -                |
| 4.2 ปริญญาตรี                            |                 |                  |
| 1) กรมอาชีวศึกษา                         | 2,800           | 12,988           |
| 2) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล                | -               | -                |
| 3) สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ               | -               | -                |
| 4) กรมศิลปากร                            | -               | -                |
| 5) กรมพลศึกษา                            | 3,889           | 1,140            |
| 6) กรมการศาสนา*                          | 6,700           | 14,838           |
| <b>5. การศึกษาไม่กำหนดระดับ</b>          |                 |                  |
| การศึกษานอกโรงเรียน**                    |                 |                  |
| 5.1 กรมอาชีวศึกษา : หลักสูตรพิเศษ        | 271,507         | 5,399            |
| 5.2 สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล               |                 |                  |
| 5.3 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน      | -               | -                |
| 5.4 กรรมการศึกษานอกโรงเรียน              |                 |                  |
| 1) อาชีพระยะสั้น                         | 423,116         | 1,400            |
| 2) กลุ่มสนใจ                             | 348,000         | 160              |
| 3) การศึกษาแบบเบ็ดเสร็จ                  | 72,872          | -                |

\* การศึกษาสงฆ์

\*\* นอกระบบโรงเรียน

ที่มา: กระทรวงศึกษาธิการ (2541)

**ค่าใช้จ่ายต่อหัวของนักเรียนในระบบโรงเรียน** เมื่อนับจากจำนวนผู้ได้รับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับก่อนประถมศึกษาอยู่ที่ 11,931 บาท ประถมศึกษา 11,019 บาท มัธยมศึกษาตอนต้น 13,880 บาท มัธยมศึกษาตอนปลาย ประเภทสามัญศึกษา 20,042 บาท ประเภทอาชีวศึกษา 12,988 บาท อุดมศึกษา ระดับอนุปริญญา 12,985 บาท ปริญญาตรี 12,988 บาท

**นอกระบบโรงเรียน** ระดับก่อนประถมศึกษา 2,970 บาท ประถมศึกษา 1,336 บาท มัธยมศึกษาตอนต้น การศึกษาสงฆ์ 5,075 บาท การศึกษานอกโรงเรียน 1,708 บาท มัธยมศึกษาตอนปลาย ประเภทสามัญศึกษา การศึกษาสงฆ์ 5,098 บาท การศึกษานอกโรงเรียน 1,080 บาท ประเภทอาชีวศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน 1,600 บาท อุดมศึกษา ระดับปริญญา การศึกษาสงฆ์ 14,838 บาท

จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างสำหรับค่าใช้จ่ายรายหัวในแต่ละระดับการศึกษา รวมทั้งในระดับการศึกษาเดียวกัน แต่หน่วยงานที่จัดต่างสังกัด ก็มีความแตกต่างกัน แต่ไม่มากนัก ทั้งนี้หากเปรียบเทียบงบประมาณการจัดการศึกษาในแต่ละระดับ ระหว่างในระบบและนอกระบบโรงเรียน การศึกษาในระบบสูงกว่าถึง 4 - 18 เท่า

สำหรับค่าใช้จ่ายรายหัวของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาทุกระดับ ในปีงบประมาณ 2541 ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 39,337,400,000 บาท เป็นงบประมาณสำหรับมหาวิทยาลัยจำกัดรับ 37,906,200,000 บาท และไม่จำกัดรับ 1,431,200,000 บาท ค่าใช้จ่ายรายหัวโดยเฉลี่ย (สำนักงานประมาณ 2541) ดังนี้

**ตารางที่ 3.7 ค่าใช้จ่ายรายหัวระดับอุดมศึกษา**

| ประเภทมหาวิทยาลัย | งบประมาณ<br>ล้านบาท | นักศึกษา<br>คน | ค่าใช้จ่ายรายหัว<br>บาท: คน:ปี |
|-------------------|---------------------|----------------|--------------------------------|
| 1. จำกัดรับ       | 37,906.2            | 414,113        | 91,535                         |
| 2. ไม่จำกัดรับ    | 1,431.2             | 526,570        | 2,717                          |

**ค่าใช้จ่ายรายหัวระหว่างนักศึกษาในมหาวิทยาลัยจำกัดรับสูงกว่ามหาวิทยาลัยไม่จำกัดรับ 34 เท่า** กล่าวถึงมหาวิทยาลัยจำกัดรับ ค่าใช้จ่ายรายหัวต่อคนต่อปีเท่ากับ 91,535 บาท และมหาวิทยาลัยไม่จำกัดรับ 2,717 บาท อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงภาพรวมค่าใช้จ่ายรายหัวของนักศึกษา โดยไม่ได้แยกสาขาวิชา เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่ทันสมัย แต่ทั้งนี้ หากนำข้อมูลค่าใช้จ่ายรายหัวของนักศึกษาในปี 2532 มาใช้เพื่อแสดงให้เห็นภาพความแตกต่างค่าใช้จ่ายในแต่ละสาขาวิชา สามารถแสดงได้ ดังนี้

**ตารางที่ 3.8** ค่าใช้จ่ายเพื่อการลงทุนทางการศึกษาของรัฐ เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของนักศึกษา จำแนกตามสาขาวิชา

| สาขาวิชา          | ค่าใช้จ่าย : คน : ปี |         |                                            |         |                            |              |        |
|-------------------|----------------------|---------|--------------------------------------------|---------|----------------------------|--------------|--------|
|                   | ค่าใช้จ่ายของรัฐ     |         |                                            |         | ค่าใช้จ่ายของนักศึกษา      |              |        |
|                   | งบดำเนินการ          | งบลงทุน | ค่าเล่าเรียน<br>อุปกรณ์และ<br>ค่าเสียโอกาส | รวม     | ค่าเล่าเรียน<br>และอุปกรณ์ | ค่าเสียโอกาส | รวม    |
| แพทยศาสตร์        | 156,590              | 86,442  | 16,902                                     | 259,934 | 3,734                      | 16,902       | 20,636 |
| วิศวกรรมศาสตร์    | 36,386               | 40,944  | 22,346                                     | 99,676  | 3,088                      | 22,091       | 25,179 |
| เกษตรศาสตร์       | 48,721               | 41,827  | 20,070                                     | 110,618 | 2,705                      | 19,927       | 22,632 |
| สถาปัตยกรรมศาสตร์ | 33,030               | 28,434  | 23,546                                     | 85,010  | 9,515                      | 23,232       | 32,747 |
| พาณิชยศาสตร์      | 13,311               | 22,761  | 17,652                                     | 53,724  | 2,367                      | 17,627       | 19,994 |
| วิทยาศาสตร์       | 35,487               | 47,914  | 21,605                                     | 105,006 | 2,507                      | 21,386       | 23,893 |
| ศึกษาศาสตร์       | 26,442               | 23,776  | 16,342                                     | 66,560  | 2,481                      | 16,342       | 18,823 |
| มนุษยศาสตร์       | 19,119               | 23,950  | 15,678                                     | 58,747  | 1,950                      | 15,678       | 17,628 |
| วิจิตรศิลป์       | 38,265               | 32,198  | 20,627                                     | 91,090  | 10,558                     | 20,456       | 31,014 |
| นิติศาสตร์        | 10,266               | 14,255  | 18,465                                     | 42,986  | 2,621                      | 18,400       | 21,021 |
| สังคมศาสตร์       | 17,971               | 23,734  | 16,636                                     | 58,341  | 2,183                      | 16,636       | 18,819 |
| นิเทศศาสตร์       | 18,699               | 31,011  | 17,761                                     | 67,471  | 3,392                      | 17,731       | 21,123 |
| เทคนิคการแพทย์    | 78,868               | 51,703  | 14,298                                     | 144,869 | 21,124                     | 14,298       | 35,422 |
| เศรษฐศาสตร์       | 18,654               | 23,833  | 19,645                                     | 62,132  | 2,406                      | 19,522       | 21,928 |
| พยาบาลศาสตร์      | 50,574               | 30,304  | 14,064                                     | 94,942  | 1,767                      | 14,064       | 15,831 |

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2532)

จากตารางที่ 3.8 พบว่า รัฐลงทุนเพื่อการศึกษาสูงสุดสำหรับนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ รองลงมาได้แก่ เทคนิคการแพทย์และเกษตรศาสตร์ ส่วนสาขาที่ลงทุนต่ำสุดได้แก่ นิติศาสตร์

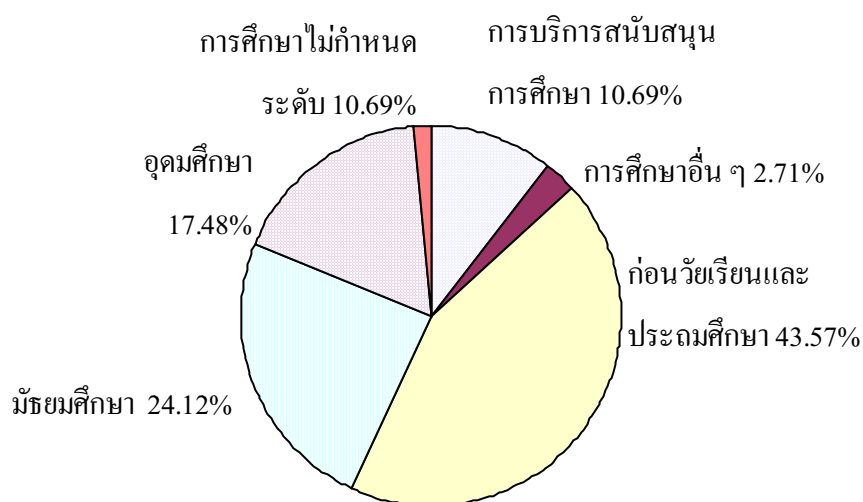
จากปริมาณการลงทุนทางการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แม้จะพบว่า แนวโน้มการลงทุนและสัดส่วนการลงทุนทางการศึกษาต่อ GDP จะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่มีประเด็นที่จะต้องให้ความสนใจอันมีผลกระทบการสภาพทางเศรษฐกิจ และอัตราการขยายตัวตามแนวทางปฏิรูปการศึกษา กล่าวคือ

1. อัตราส่วนของงบประมาณทางการศึกษาต่อ GDP ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมามีการจัดสรรเงินงบประมาณด้านการศึกษาของไทย เมื่อคิดเทียบสัดส่วนกับผลิตภัณฑ์มวลรวมทั้งประเทศ (GDP) ก่อน

ข้างสม่ำเสมอ แต่เหตุที่งบประมาณการศึกษายังดูไม่สูงมากนัก เพราะว่า รัฐบาลมีความสามารถในการเก็บภาษีและหารายได้เข้ารัฐต่ำ งบประมาณรายจ่ายของประเทศ เมื่อคิดเป็นสัดส่วนของ GDP จึงต่ำกว่าประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมและประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ฉะนั้น แม้รัฐจะแบ่งงบประมาณมาเพื่อการศึกษาในอัตราส่วนสูงสุด แต่ยังมีปริมาณไม่มากนัก อันเกิดจากปัญหาเศรษฐกิจและการจัดรายได้ของรัฐ

2. อัตราการขยายตัวของงบประมาณ ตามแนวทางปฏิรูปการศึกษา เมื่อศึกษางบประมาณด้านการศึกษาของปีงบประมาณ 2542 จะพบจุดอ่อนว่า การจัดสรรให้กับระดับอุดมศึกษาสูงถึง 36,471.9 ล้านบาท เมื่อเทียบกับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 50,325.9 ล้านบาท ทั้งที่หน่วยงานระดับมัธยมจะต้องให้บริการแก่เด็กมากกว่าระดับอุดมศึกษาเกือบ 3 เท่า ซึ่งจากรายงานการวิจัย ของ UNESCO-PROAP (เอกสารประกอบการสัมมนา Review of Educational Finance in Thailand Study Findings and Recommendation. March 1999) ระบุว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาสูงกว่าระดับมัธยม เกือบ 6 เท่า ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมจะต่างกัน 3 เท่า เท่านั้น สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายทางการศึกษา ปีงบประมาณ 2542 ดังภาพต่อไปนี้

รูปที่ 3.1 งบประมาณรายจ่ายด้านการศึกษา ปีงบประมาณ 2542



ที่มา : สำนักงานงบประมาณ

ในขณะเดียวกัน แนวโน้มใหญ่ของการจัดสรรงบประมาณทางการศึกษากำลังเกิดขึ้นอย่างอย่างรวดเร็วภายใต้แนวคิดปฏิรูปการศึกษา กล่าวคือ ได้มีการขยายการศึกษาพื้นฐานเป็น 12 ปี จะมีนักเรียนเข้าสู่ระบบการศึกษาจะประมาณ ความคาดหมาย ความสามารถในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยจำแนกระดับ ตั้งแต่ก่อนประถมศึกษา ถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2542, 2543, 2544, ถึง 2545 จะมีจำนวนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 85, 91, 96 และ 100

ตารางที่ 3.9 การประมาณการจำนวนนักเรียน จำแนกตามกลุ่มอายุวัยเรียน ปี พ.ศ. 2542 - 2545

หน่วย : พันคน

| ระดับการศึกษา       |                 | 2541   | 2542   | 2543   | 2544   | 2545   |
|---------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ก่อนประถมศึกษา :    | นักเรียน        | 2,404  | 2,595  | 2,763  | 2,939  | 3,119  |
|                     | (อายุ 3-5 ปี)   |        |        |        |        |        |
|                     | ประชากร         | 3,192  | 3,164  | 3,140  | 3,127  | 3,119  |
|                     | ร้อยละ          | 75     | 82     | 88     | 94     | 100    |
| ประถมศึกษา :        | นักเรียน        | 6,100  | 6,205  | 6,304  | 6,337  | 6,366  |
|                     | (อายุ 6-11 ปี)  |        |        |        |        |        |
|                     | ประชากร         | 6,497  | 6,446  | 6,432  | 6,410  | 6,366  |
|                     | ร้อยละ          | 94     | 96     | 98     | 99     | 100    |
| มัธยมศึกษาตอนต้น :  | นักเรียน        | 2,685  | 2,831  | 2,969  | 3,107  | 3,251  |
|                     | (อายุ 12-14 ปี) |        |        |        |        |        |
|                     | ประชากร         | 3,364  | 3,331  | 3,299  | 3,270  | 3,251  |
|                     | ร้อยละ          | 80     | 85     | 90     | 95     | 100    |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย : | นักเรียน        | 1,990  | 2,358  | 2,710  | 3,056  | 3,327  |
|                     | (อายุ 15-17 ปี) |        |        |        |        |        |
|                     | ประชากร         | 3,440  | 3,418  | 3,388  | 3,358  | 3,327  |
|                     | ร้อยละ          | 58     | 69     | 80     | 91     | 100    |
|                     | สายสามัญ        | 1,111  | 1,415  | 1,626  | 1,834  | 3,996  |
|                     | สายอาชีพ        | 879    | 943    | 1,084  | 1,222  | 1,331  |
| รวม                 | นักเรียน        | 13,179 | 13,989 | 14,746 | 15,439 | 16,063 |
|                     | ประชากร         | 16,493 | 16,376 | 16,259 | 16,156 | 16,063 |
|                     | ร้อยละ          | 80     | 85     | 91     | 96     | 100    |

หมายเหตุ 1. ปี 2542 เป็นตัวเลขจริงของสำนักงานนโยบายและแผนการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อ 28 กรกฎาคม 2541

2. จำนวนนักเรียน ปี 2542-2545 เป็นการประมาณการจากจำนวนประชากร

3. ข้อมูลจำนวนประชากรจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ

4. สัดส่วนนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ : สายอาชีพ ปี พ.ศ. 2541 เป็น 56 : 44

สัดส่วนในปี 2542-2545 เท่ากับ 60 : 40

ทั้งนี้เมื่อประมาณการงบประมาณที่จะใช้จ่าย จำแนกตามระดับการศึกษาและปีการศึกษา จะมีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 3.10** การประมาณการงบประมาณที่จะใช้จ่าย จำแนกเป็นระดับการศึกษา และปีการศึกษา 2542-2545 หน่วย : ล้านบาท

| ระดับการศึกษา                    | ปีการศึกษา     |                |                |                | รวม            |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                  | 2542           | 2543           | 2544           | 2545           | 2542-2545      |
| ก่อนประถมศึกษา                   | 30,450         | 32,421         | 34,486         | 36,598         | 133,955        |
| ประถมศึกษา                       | 73,523         | 74,696         | 75,087         | 75,431         | 298,737        |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                 | 29,510         | 30,949         | 32,387         | 33,888         | 126,734        |
| <b>รวมการศึกษาระดับก่อนประถม</b> | <b>133,483</b> | <b>138,066</b> | <b>141,960</b> | <b>145,917</b> | <b>559,426</b> |
| ศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น    |                |                |                |                |                |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย                | 35,378         | 40,661         | 45,849         | 49,921         | 171,809        |
| สายสามัญ                         | 15,670         | 18,006         | 20,310         | 22,104         | 76,090         |
| สายอาชีพ                         | 19,708         | 22,655         | 25,539         | 27,817         | 95,719         |
| <b>รวม</b>                       | <b>168,861</b> | <b>178,727</b> | <b>187,809</b> | <b>195,838</b> | <b>731,235</b> |

จากตารางที่ 3.10 ค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี ทั้งหมดให้ทันตามรัฐธรรมนูญกำหนดภายใน 5 ปี รวมแล้วจะเท่ากับ 731,235 ล้านบาท โดยแยกออกเป็นระดับก่อนประถมศึกษาเท่ากับ 133,955 ล้านบาท ระดับประถมศึกษา เท่ากับ 298,737 ล้านบาท ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับ 126,734 ล้านบาท ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งสายสามัญและสายอาชีพเท่ากับ 171,809 ล้านบาท

เมื่อจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายรายปี จึงสามารถประมาณการได้ดังนี้

ปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 168,861 ล้านบาท

ปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 178,727 ล้านบาท

ปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 187,809 ล้านบาท

ปี พ.ศ. 2545 เท่ากับ 195,838 ล้านบาท

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่า จำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณส่วนนี้ในอัตราที่สูงต่อคำถามว่า เม็ดเงินที่ลงไป จะทำให้รายได้ประชาชาติ หรือ ผลในเชิงค่าตอบแทนเป็นตัวเงินจากการลงทุนนี้มากนักเพียงใด คำตอบอาจไม่แน่นอน แต่เมื่อเทียบกับเชิงคุณภาพประชากร ซึ่งจะทำให้ไปสู่การเปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยกับนานาประเทศในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งวัดจาก 1) เศรษฐกิจภายในประเทศ

2) ความเป็นนานาชาติ 3) รัฐบาล 4) การจัดการเงินการคลัง 5) โครงสร้างพื้นฐาน 6) การจัดการ 7) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 8) ประชากร น่าจะมีแนวโน้มที่เชื่อได้ว่า จะดีขึ้นกว่า ลำดับที่ 39 ในปี พ.ศ. 2541 อย่างแน่นอน

### อัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน

จากข้อมูลทางการศึกษา ปีการศึกษา 2540 เมื่อจำแนกอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน พบว่า สำหรับนักเรียนก่อนประถมศึกษา ทั้งหมด 2,906,721 คน แยกเป็นนักเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชั้นเด็กเล็ก ชั้นอนุบาล 1 อนุบาล 2 และอนุบาล 3 เฉลี่ยจำนวนนักเรียนต่อห้องเท่ากับ 24 : 1 (กระทรวงศึกษาธิการ 2541) ส่วนนักเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน จำแนกตามภาคภูมิศาสตร์ มีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2540ข)

ตารางที่ 3.11 อัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน

| ภูมิภาค               | ระดับการศึกษา |       |             |
|-----------------------|---------------|-------|-------------|
|                       | ประถมศึกษา    | ม.ต้น | ม.ปลายสามัญ |
| ค่าเฉลี่ยของประเทศ    | 23.3          | 36.3  | 35.9        |
| ภาคกลาง               | 28.8          | 39.9  | 35.8        |
| ภาคตะวันออก           | 24.8          | 36.6  | 33.3        |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 21.8          | 35.6  | 37.6        |
| ภาคเหนือ              | 20.0          | 34.8  | 35.0        |
| ภาคตะวันตก            | 24.3          | 37.3  | 33.4        |
| ภาคใต้                | 25.7          | 35.9  | 34.6        |

อัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน ในปี 2540 พบว่ามีอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน จำแนกตามระดับและภาคภูมิศาสตร์ ระดับประถมศึกษา เท่ากับ 23 : 1 สูงสุดคือ ภาคกลาง เท่ากับ 29 : 1 ต่ำสุดคือ ภาคเหนือ เท่ากับ 20.0

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เท่ากับ 36 : 1 สูงสุด คือ ภาคกลาง เท่ากับ 40 : 1 ต่ำสุดคือ ภาคเหนือ เท่ากับ 35 : 1

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากับ 36 : 1 สูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 38 : 1 และต่ำสุดคือ ภาคตะวันออก เท่ากับ 33 : 1

อนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบนักเรียนต่อห้องเรียนระหว่างปีการศึกษา 2538 และ 2540 กลับไม่พบความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 ปี โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 3.12 ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.12 เปรียบเทียบอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเรียน ปีการศึกษา 2538 และ 2540

| ระดับ             | ปีการศึกษา 2538 | ปีการศึกษา 2540 |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| ก่อนประถมศึกษา    | 23              | 24              |
| ประถมศึกษา        | 23              | 23              |
| มัธยมศึกษาตอนต้น  | 37              | 36              |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 33              | 35              |

### อัตราส่วนนักเรียนต่อครู

จากข้อมูลทางการศึกษา ปีการศึกษา 2540 พบว่า จำนวนนักเรียน และครู (ซึ่งเรียนและสอนในระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา) มีจำนวน 12,167,737 คน และ 600,428 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ อัตราส่วน นักเรียนต่อครู รายภาค มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2540ข)

ตารางที่ 3.13 อัตราส่วนนักเรียนต่อครู จำแนกรายภาค

| ภูมิภาค               | อัตราส่วนนักเรียนต่อครู | จำนวนครู | จำนวนนักเรียน |
|-----------------------|-------------------------|----------|---------------|
| ค่าเฉลี่ยของประเทศ    | 20.27                   | 600,428  | 12,167,737    |
| ภาคกลาง               | 19.12                   | 104,010  | 1,988,719     |
| ภาคตะวันออก           | 20.98                   | 39,164   | 821,722       |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 21.41                   | 207,343  | 4,439,413     |
| ภาคเหนือ              | 18.88                   | 118,588  | 2,238,584     |
| ภาคตะวันตก            | 19.82                   | 46,156   | 914,658       |
| ภาคใต้                | 20.72                   | 85,167   | 1,764,641     |

**อัตราส่วนนักเรียนต่อครู** ในปี 2540 พบว่า มีอัตราส่วนนักเรียนต่อครู เท่ากับ 20 : 1 เมื่อพิจารณาตามภาคภูมิศาสตร์ พบว่า อัตราส่วนนักเรียนต่อครูสูงสุด คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ เท่ากับ 21 : 1 รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันตก เท่ากับ 20 : 1 และต่ำสุด คือ ภาคกลาง และภาคเหนือ เท่ากับ 19 : 1

## 2. ตัวชี้วัดด้านผลผลิต (Outputs)ทางการศึกษา

ตัวชี้วัดด้านผลผลิตของการลงทุนทางการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบสำคัญคือ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ (Efficiency) และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรม (Equity) ทั้งนี้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ (Efficiency)

#### ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านวิชาการ (Academic Achievement) และไม่ใช่ด้านวิชาการ (Non – Academic Achievement)

#### ระดับประถมศึกษา

กรมวิชาการได้ประเมินคุณภาพการศึกษาของผู้เรียนระดับประถมศึกษา ปีการศึกษา 2539 ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบระดับชั้น ตามสังกัด เขตการศึกษา และจังหวัด โดยครอบคลุมทุกขนาดของโรงเรียน ประมาณ ร้อยละ 10 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด สรุปได้ ดังนี้

1) ผลการประเมินความสามารถทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2539 ระดับประเทศพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละของความสามารถทุกทางอยู่ระหว่างร้อยละ 68.71 – 52.76 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 50 ระดับคุณภาพความสามารถทุกทางน่าพอใจ อยู่ในระดับพอใช้และดี

**ความสามารถทางภาษาอังกฤษ** ซึ่งเป็นกลุ่มประสบการณ์พิเศษ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โดยนักเรียนสามารถเลือกเรียนได้ตามความสนใจนั้น ผลการประเมินมีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.01 และอยู่ในระดับดี

**ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ และคณิตศาสตร์** ซึ่งเป็นวิชาที่มีผลสัมฤทธิ์ต่ำมา โดยตลอดทุกปี พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 56.44 และ 52.76 ตามลำดับ อยู่ในระดับพอใช้ ควรมีการ ปรับปรุงและพัฒนาส่งเสริมให้นักเรียนพัฒนาความสามารถทั้งสองด้านเพิ่มมากขึ้น

**ความสามารถทางการงานและพื้นฐานอาชีพ สังคมศึกษา พลานามัย การคิดและ แก้ปัญหา ความสามารถทั่วไป** ควรเร่งพัฒนาให้ดีขึ้นเช่นกัน เพราะมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60

**คุณลักษณะทางคุณธรรมและค่านิยม** ซึ่งเป็นการประเมินคุณลักษณะจิตพิสัย (ความรู้สึก) เกี่ยวกับการเสียสละ การมุ่งพัฒนาและการเป็นสมาชิกของสังคมมีระดับคะแนนเฉลี่ย 2.91 จาก 4 อยู่ในขั้นเห็นประโยชน์ ควรต้องมีการพัฒนาให้สูงถึงขั้นยึดมั่นในคุณธรรมและค่านิยม จึงแสดง แนวโน้มว่านักเรียนระดับประถมศึกษาจะเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมได้

2) จำนวนร้อยละของนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ระดับประเทศที่อยู่ในระดับควร ปรับปรุง มากกว่าร้อยละ 10 ได้แก่ ความสามารถทางภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ การงานและพื้นฐาน อาชีพ พลานามัย การคิดและแก้ปัญหา การเขียนภาษาไทย และความสามารถทั่วไป

3) สังกัดที่ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 50) คือสังกัดกรมสามัญศึกษา (โรงเรียน ศึกษาสงเคราะห์) ได้แก่ ความสามารถทางคณิตศาสตร์ และภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรงเรียน ศึกษาสงเคราะห์ มีจุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาเฉพาะกลุ่ม ส่วนสำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น สำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร และตำรวจตระเวนชายแดน ผลปรากฏว่าความสามารถทาง คณิตศาสตร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงอย่างเร่งด่วน

คุณลักษณะทางคุณธรรมและค่านิยมของทุกสังกัดมีระดับเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.83 - 2.93 อยู่ในขั้นเห็นประโยชน์ ซึ่งน่าจะมีการพัฒนาให้สูงขึ้นในขั้นยึดมั่นในคุณธรรมและ ค่านิยม

### ระดับมัธยมศึกษา

กรมวิชาการได้ดำเนินการประเมินคุณภาพการศึกษาของผู้เรียนระดับมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2540 ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากทั่วประเทศ จำนวนร้อยละ 15 คิดเป็นจำนวนนักเรียน 97,000 คน และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากทั่วประเทศจำนวนร้อยละ 50 คิดเป็นจำนวนนักเรียน 110,000 คน

## ผลการประเมิน

### ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

ประมวลผลจากนักเรียน 62,907 คน (ร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่าง) ปรากฏว่านักเรียนมีผลการวัดและประเมิน ดังนี้

**ภาษาไทย วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ** อยู่ในระดับพอใช้ กล่าวคือ ด้านภาษาไทยได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.03 วิทยาศาสตร์ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 45.41 และภาษาอังกฤษได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 45.08 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ

**สังคมศึกษาและคณิตศาสตร์** สังคมศึกษาได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 43.08 และคณิตศาสตร์ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 36.88 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำเล็กน้อย มีผลการประเมินอยู่ในระดับต้องปรับปรุง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมิน ปีการศึกษา 2538 พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเกือบทุกด้าน ยกเว้นในด้านสังคมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย

ในการประเมินครั้งนี้ พบว่า กลุ่มนักเรียนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในด้านคณิตศาสตร์และสังคมศึกษามีจำนวนค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการประเมินครั้งนี้เน้นในด้านกระบวนการ การประยุกต์ใช้และการแก้ปัญหาอันเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของหลักสูตร จึงเป็นข้อมูลที่โรงเรียนต่าง ๆ ควรจะได้ปรับปรุงการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้นักเรียนสามารถแก้ปัญหาและนำความรู้มาประยุกต์ใช้ให้มากยิ่งขึ้น

### ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6

ประมวลผลจากนักเรียน 104,234 คน (ร้อยละ 94.76 ของกลุ่มตัวอย่าง) ปรากฏว่าผลการวัดและประเมิน

**สังคมศึกษา ภาษาไทย และวิทยาศาสตร์กายภาพชีวภาพ** อยู่ในระดับพอใช้ โดยในด้านสังคมศึกษาได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 54.70 ด้านภาษาไทยได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 47.34 และด้านวิทยาศาสตร์กายภาพและชีวภาพได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 34.95 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ

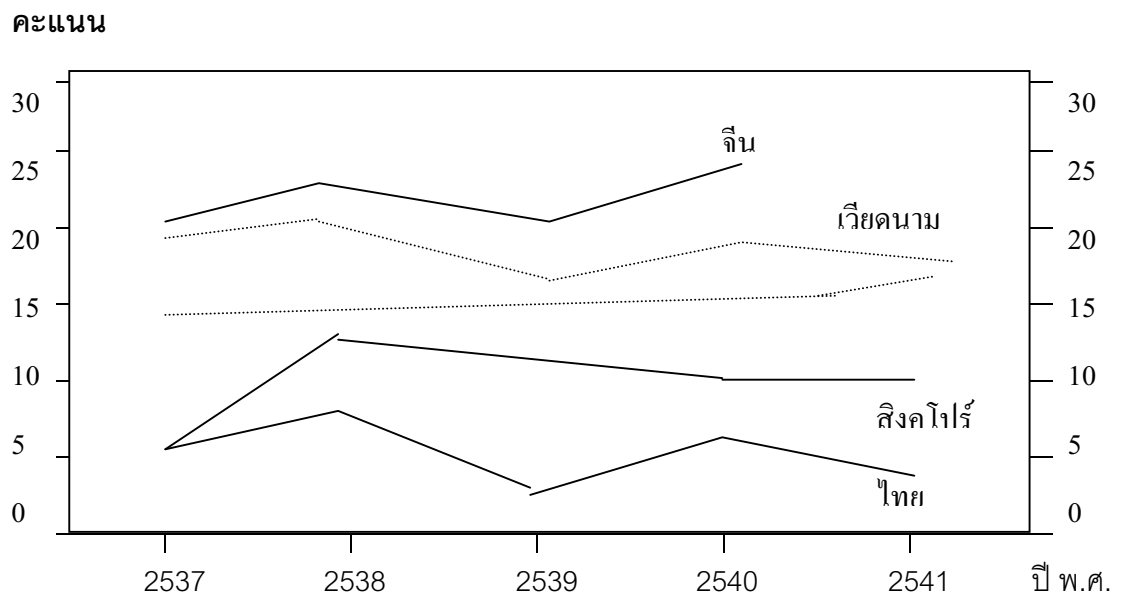
**ภาษาอังกฤษ ชีววิทยา เคมี คณิตศาสตร์ และฟิสิกส์** มีผลการประเมินอยู่ในระดับปรับปรุง กล่าวคือ ภาษาอังกฤษได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 34.22 ชีววิทยาได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 32.25 เคมีได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 30.34 คณิตศาสตร์ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 29.65 ฟิสิกส์ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 28.12 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำเล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินปีการศึกษา 2538 พบว่าในวิชาที่ประเมินซ้ำกัน คือ ภาษาไทย สังคมศึกษา และคณิตศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันกับผลการประเมินที่ผ่านมา โดยใน

ด้านสังคมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเล็กน้อย นอกนั้นมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ในการประเมินครั้งนี้พบว่าในด้านคณิตศาสตร์ เคมี ชีววิทยา และฟิสิกส์ มีผลการประเมินค่อนข้างต่ำ และมีจำนวนนักเรียนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขจำนวนค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาหลายประการ อาทิ ด้านตัวนักเรียนเอง เลือกเรียนแผนการเรียนทางด้านคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ โดยมีได้สำรวจความสามารถและความถนัดอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านการขาดแคลนครูที่มีวุฒิโดยตรงทางด้านคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ ที่เพียงพอกับจำนวนห้องเรียน รวมทั้งครูส่วนใหญ่ขาดความรู้ความสามารถด้านเทคนิคการสอนที่จะพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุเป้าหมายของหลักสูตร ขาดสื่อการสอน และสื่ออุปกรณ์ด้านการทดลอง

นอกจากการศึกษาลักษณะพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนในแต่ละระดับ เฉพาะภายในประเทศแล้ว หากเปรียบเทียบผลการแข่งขันโอลิมปิกนานาชาติ ด้านคณิตศาสตร์ และด้านฟิสิกส์ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างไทย กับประเทศในแถบเอเชีย ระหว่างปี 2537 - 2541 คะแนนของเราอยู่ในระดับต่ำ ดังปรากฏในแผนภาพต่อไปนี้

**รูปที่ 3.2 ผลการแข่งขันคณิตศาสตร์โอลิมปิกนานาชาติ  
เปรียบเทียบระหว่างประเทศ ในแถบเอเชียกับประเทศไทย  
ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2541**

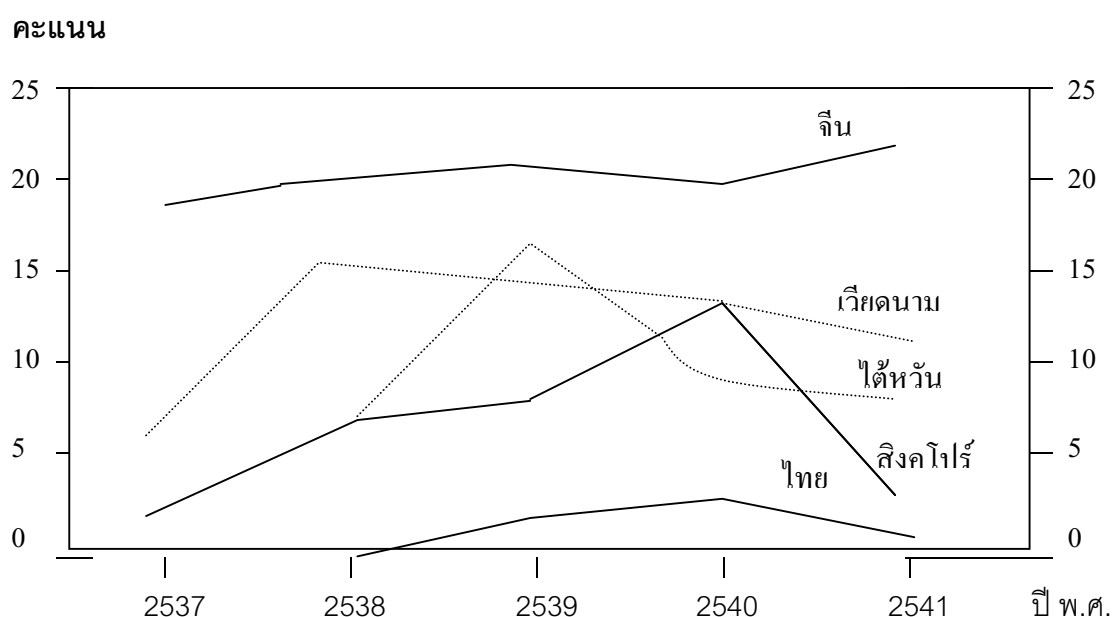


ที่มา : สกศ. ความสามารถของเด็กไทยบนเวทีโลก : ผลการแข่งขัน

โอลิมปิกวิชาการระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2541

ความรู้ความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์ของเด็กไทยต่ำกว่าทุกประเทศ ในการแข่งขันโอลิมปิกวิชาการ ตั้งแต่ปี 2537 - 2541 ประเทศจีนมีคะแนนรวม (คิดจากเหรียญที่ได้รับ) สูงสุด รองลงมา ได้แก่ เวียดนาม ใต้หวัน สิงคโปร์ และไทย ตามลำดับ

**รูปที่ 3.3 ผลการแข่งขันฟิสิกส์โอลิมปิกนานาชาติ  
เปรียบเทียบระหว่างประเทศ ในแถบเอเชียกับประเทศไทย  
ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2541**



ที่มา : สกศ. ความสามารถของเด็กไทยบนเวทีโลก : ผลการแข่งขัน

โอลิมปิกวิชาการระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2541

การแข่งขันโอลิมปิกวิชาการวิชาฟิสิกส์ ไทยได้คะแนนรวมอันดับต่ำกว่าประเทศจีน เวียดนาม ใต้หวัน และสิงคโปร์ เช่นกัน และยังต่ำกว่าคะแนนรวมวิชาคณิตศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบในปีเดียวกันอีกด้วย

คำตอบที่ว่า ทำไม คะแนนในวิชาเหล่านี้ จึงน้อยกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน น่าจะมาจากการลงทุนทางการศึกษา ของไทยยังน้อยหรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบการลงทุนด้านการวิจัย และพัฒนา ซึ่งสูงสุด ได้แก่ สวีเดน ร้อยละ 3.6 ของ GDP และในเอเชียญี่ปุ่นสูงสุดร้อยละ 3.0 ในขณะที่ไทยลงทุนเพียง 0.1 เท่านั้น

## ต้นทุนเฉลี่ยและรายได้เฉลี่ยต่อผู้สำเร็จการศึกษา

ต้นทุนเฉลี่ยของผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละระดับ คำนวณได้จาก ค่าใช้จ่ายต่อปีคูณด้วยจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษา อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา แต่ละสาขาวิชาพบว่า ต้นทุนเฉลี่ย ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา จนจบการศึกษา จากการคำนวณโดยใช้ตัวเลขปีการศึกษา 2532 พบว่า ค่าใช้จ่ายจากการลงทุนภาครัฐ มีดังนี้

ตารางที่ 3.14 ต้นทุนเฉลี่ยจนจบการศึกษาจากการลงทุนภาครัฐ

| สาขาวิชา          | ต้นทุนเฉลี่ย |
|-------------------|--------------|
| แพทยศาสตร์        | 1,559,604    |
| วิศวกรรมศาสตร์    | 398,704      |
| เกษตรศาสตร์       | 442,472      |
| สถาปัตยกรรมศาสตร์ | 425,050      |
| พาณิชยศาสตร์      | 214,896      |
| วิทยาศาสตร์       | 420,024      |
| ศึกษาศาสตร์       | 266,240      |
| มนุษยศาสตร์       | 234,988      |
| วิจิตรศิลป์       | 364,360      |
| นิติศาสตร์        | 171,944      |
| สังคมศาสตร์       | 233,364      |
| นิเทศศาสตร์       | 269,884      |
| เทคนิคการแพทย์    | 579,476      |
| เศรษฐศาสตร์       | 248,528      |
| พยาบาลศาสตร์      | 379,768      |

รายได้เฉลี่ยของผู้สำเร็จการศึกษา ไม่มีข้อมูลในทุกระดับการศึกษา แต่อย่างไรก็ตาม เฉพาะระดับอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้ศึกษา รายได้เฉลี่ยในปีแรกที่ทำงาน และรายได้เฉลี่ยในปีที่สำรวจ (พ.ศ. 2532) โดยจำแนกตามประเภท หน่วยงาน และสาขาวิชา ปรากฏผลดังนี้

ตารางที่ 3.15 รายได้เฉลี่ยในปีแรกทำงาน และรายได้เฉลี่ยในปีสำรวจ จำแนกตามประเภท  
หน่วยงาน และสาขาวิชา

| ประเภทหน่วยงาน/สาขาวิชา         | รายได้เฉลี่ยปีแรก<br>ที่เข้าทำงาน | รายได้เฉลี่ย<br>ปีสำรวจ |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>1. ราชการ</b>                | 28,754.84                         | 89,978.40               |
| วิทยาศาสตร์                     | 30,127.93                         | 76,881.92               |
| เกษตรศาสตร์                     | 24,766.30                         | 90,325.74               |
| วิจิตรศิลป์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ | 32,473.40                         | 109,940.73              |
| มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์       | 27,534.59                         | 72,599.63               |
| แพทยศาสตร์                      | 36,904.54                         | 198,836.33              |
| เทคนิคการแพทย์                  | 32,181.75                         | 73,478.37               |
| พาณิชยศาสตร์                    | 38,342.56                         | 79,952.35               |
| นิติศาสตร์                      | 24,113.38                         | 110,202.76              |
| ศึกษาศาสตร์                     | 24,428.37                         | 78,520.61               |
| วิศวกรรมศาสตร์                  | 35,863.94                         | 89,498.47               |
| <b>2. รัฐวิสาหกิจ</b>           | 37,395.04                         | 129,949.65              |
| วิทยาศาสตร์                     | 36,332.06                         | 107,475.76              |
| เกษตรศาสตร์                     | 34,325.62                         | 183,759.18              |
| วิจิตรศิลป์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ | 46,750.00                         | 206,662.46              |
| มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์       | 34,447.43                         | 104,792.47              |
| แพทยศาสตร์                      | 41,064.81                         | 171,761.10              |
| เทคนิคการแพทย์                  | 36.56.25                          | 112,687.49              |
| พาณิชยศาสตร์                    | 33,424.79                         | 121,634.13              |
| นิติศาสตร์                      | 32,881.18                         | 123,279.79              |
| ศึกษาศาสตร์                     | 41,779.75                         | 100,884.29              |
| วิศวกรรมศาสตร์                  | 44,222.60                         | 140,662.04              |

| ประเภทหน่วยงาน/สาขาวิชา         | รายได้เฉลี่ยปีแรก<br>ที่เข้าทำงาน | รายได้เฉลี่ย<br>ปีสำรวจ |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>3. เอกชน</b>                 | 40,192.53                         | 134,529.67              |
| วิทยาศาสตร์                     | 40,849.55                         | 158,935.81              |
| เกษตรศาสตร์                     | 51,184.31                         | 219,543.13              |
| วิจิตรศิลป์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ | 41,995.34                         | 211,473.47              |
| มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์       | 38,140.71                         | 111,890.09              |
| แพทยศาสตร์                      | 54,676.92                         | 269,248.43              |
| เทคนิคการแพทย์                  | 40,400.00                         | 96,519.23               |
| พาณิชยศาสตร์                    | 38,301.16                         | 138,289.03              |
| นิติศาสตร์                      | 37,647.71                         | 128,330.51              |
| ศึกษาศาสตร์                     | 35,870.74                         | 78,804.26               |
| วิศวกรรมศาสตร์                  | 54,156.55                         | 183,915.98              |
| <b>4. มูลนิธิ</b>               | 33,759.84                         | 93,777.43               |
| วิทยาศาสตร์                     | 44,160.00                         | 63,960.00               |
| เกษตรศาสตร์                     | 40,800.00                         | 76,760.00               |
| วิจิตรศิลป์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ | -                                 | -                       |
| มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์       | 33,907.41                         | 80,778.34               |
| แพทยศาสตร์                      | 44,600.00                         | 449,199.90              |
| เทคนิคการแพทย์                  | 39,915.00                         | 104,609.97              |
| พาณิชยศาสตร์                    | 29,250.00                         | 119,359.98              |
| นิติศาสตร์                      | 24,282.35                         | 74,400.00               |
| ศึกษาศาสตร์                     | 35,638.46                         | 65,684.61               |
| วิศวกรรมศาสตร์                  | 42,000.00                         | 153,000.00              |

รายได้เฉลี่ยของผู้สำเร็จการศึกษา พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาสายแพทยศาสตร์ ได้รับค่าตอบแทนเป็นรายได้เฉลี่ยสูงสุด ทั้งในหน่วยงานราชการ เอกชน และมูลนิธิ ขณะที่ในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ผู้สำเร็จสายวิจิตรศิลป์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ได้ค่าตอบแทนสูงสุด

## อัตราการคงอยู่ของนักเรียน การออกกลางคันและการตกซ้ำชั้น

**อัตราการคงอยู่ของนักเรียน** มีความสัมพันธ์โดยตรงกับ อัตราการออกกลางคันและ อัตราการตกซ้ำชั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ป.1 – ม.6) อัตราการคงอยู่ในแต่ละระดับแสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของการจัดการศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้แสดงพัฒนาการทางการศึกษา ซึ่งแสดงการคงอยู่ของนักเรียน ในระดับและประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 – 2540 ดังนี้

**ตารางที่ 3.16** แสดงพัฒนาการทางการศึกษา และอัตราการคงอยู่ของนักเรียน

| ระดับ/ประเภทการศึกษา                | 2531         | 2532         | 2533         | 2534         | 2535         | 2536         | 2537         | 2538         | 2539         | 2540         |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| อัตราการเลื่อนชั้นระดับประถมศึกษา   |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| ป.2 / ป.1                           | 90.63        | 93.66        | 94.07        | 91.81        | 88.49        | 91.42        | 89.49        | 89.92        | 92.06        | 92.29        |
| ป.3 / ป.2                           | 98.07        | 98.23        | 97.96        | 96.81        | 100.2        | 97.40        | 95.94        | 94.91        | 97.90        | 98.25        |
| ป.4 / ป.3                           | 97.43        | 98.09        | 98.60        | 98.33        | 98.27        | 95.82        | 96.94        | 95.10        | 98.97        | 99.21        |
| ป.5 / ป.4                           | 96.81        | 97.42        | 97.53        | 99.63        | 99.03        | 98.96        | 97.48        | 95.40        | 99.07        | 99.26        |
| ป.6 / ป.5                           | 96.25        | 98.15        | 98.58        | 98.98        | 96.94        | 95.96        | 95.25        | 93.03        | 97.15        | 97.66        |
| <b>อัตราการคงอยู่ชั้นประถมศึกษา</b> | <b>82.29</b> | <b>79.85</b> | <b>81.53</b> | <b>82.70</b> | <b>84.78</b> | <b>85.72</b> | <b>84.36</b> | <b>80.01</b> | <b>77.44</b> | <b>80.69</b> |
| อัตราผู้สำเร็จชั้น ป.6              | 92.15        | 90.18        | 91.81        | 97.16        | 89.94        | 89.68        | 92.02        | 96.27        | 96.30        | 96.48        |
| อัตราการเรียนต่อชั้น ม.1            | 43.51        | 47.18        | 53.65        | 59.65        | 63.45        | 76.10        | 84.86        | 87.49        | 90.17        | 94.77        |
| อัตราการเลื่อนชั้นระดับมัธยมศึกษา   |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| ม.2 / ม.1                           | 95.20        | 95.43        | 95.76        | 96.58        | 96.49        | 96.87        | 96.55        | 96.58        | 96.11        | 97.61        |
| ม.3 / ม.2                           | 95.87        | 95.99        | 96.92        | 96.98        | 97.31        | 96.89        | 96.65        | 96.80        | 96.56        | 97.91        |
| <b>อัตราการคงอยู่ระดับมัธยมต้น</b>  | <b>90.77</b> | <b>91.38</b> | <b>92.48</b> | <b>92.87</b> | <b>93.98</b> | <b>93.49</b> | <b>93.63</b> | <b>93.47</b> | <b>93.26</b> | <b>94.10</b> |
| อัตราผู้สำเร็จชั้น ม.3              | 90.95        | 99.43        | 89.23        | 91.73        | 89.99        | 89.50        | 89.95        | 92.59        | 92.60        | 92.70        |
| อัตราการเรียนต่อชั้น ม.4            | 87.48        | 87.29        | 82.98        | 95.66        | 93.46        | 96.88        | 95.85        | 95.19        | 91.23        | 92.48        |
| - สายสามัญ                          | 51.56        | 49.15        | 43.52        | 49.28        | 48.88        | 51.67        | 51.80        | 51.88        | 49.57        | 48.99        |
| - สายอาชีพ                          | 35.92        | 38.14        | 39.45        | 46.38        | 44.58        | 45.21        | 44.05        | 43.31        | 41.65        | 43.49        |
| อัตราการเลื่อนชั้นระดับมัธยมปลาย    |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| - สายสามัญ                          |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| ม.5 / ม.4                           | 89.74        | 89.68        | 90.06        | 90.53        | 90.62        | 91.02        | 90.93        | 89.78        | 91.73        | 95.22        |
| ม.6 / ม.5                           | 93.01        | 92.19        | 92.14        | 90.51        | 89.91        | 90.34        | 90.62        | 89.32        | 90.61        | 94.68        |
| - สายอาชีพ                          |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| ปวช.2 / ปวช.1                       | 84.38        | 84.11        | 85.50        | 85.68        | 84.35        | 84.58        | 84.18        | 85.32        | 83.90        | 83.52        |
| ปวช.3 / ปวช.2                       | 97.47        | 95.04        | 97.60        | 97.70        | 96.57        | 97.59        | 96.27        | 94.48        | 94.99        | 92.11        |
| <b>อัตราการคงอยู่ระดับมัธยมปลาย</b> | <b>83.37</b> | <b>81.75</b> | <b>82.41</b> | <b>82.40</b> | <b>82.04</b> | <b>82.09</b> | <b>81.98</b> | <b>80.43</b> | <b>81.21</b> | <b>82.50</b> |
| <b>อัตราการคงอยู่ ป.1 – ม.6</b>     |              |              |              |              | <b>18.39</b> | <b>20.78</b> | <b>23.35</b> | <b>25.46</b> | <b>29.08</b> | <b>33.72</b> |

ในปีการศึกษา 2531-2540 อัตราการคงอยู่ของนักเรียน ระดับ ป.1 – ม.6 เพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปีการศึกษา 2540 อัตราการคงอยู่ของนักเรียนเท่ากับ 33.72

### การตกซ้ำชั้นและออกกลางคัน

จากการศึกษาของคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ หน่วยงานจัดการศึกษาของไทยมักเน้นการเก็บและรายงานสถิติข้อมูล เกี่ยวกับสภาพการรับนักเรียนนักศึกษา มากกว่าการเก็บสถิติข้อมูล และรายงานเกี่ยวกับปัญหานักเรียนตกซ้ำชั้น และออกกลางคัน การเน้นแต่การขยายปริมาณการรับนักเรียนให้มาก โดยไม่พิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนผู้สำเร็จการศึกษานั้น เป็นการส่งเสริมการใช้งบประมาณการศึกษาไปอย่างไม่เกิดประโยชน์สูงสุดเท่าที่ควร และเป็นการละเลยประเด็นการศึกษาไปอย่างไม่เกิดประโยชน์สูงสุดเท่าที่ควร และเป็นการละเลยประเด็นสำคัญในเรื่องการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพ เพื่อที่จะให้นักเรียนส่วนใหญ่มีโอกาสได้เรียนสำเร็จ

การมีอัตรานักเรียนตกซ้ำชั้น และออกกลางคันสูงหรือค่อนข้างสูง นอกจากจะเสียหายในแง่งบประมาณส่วนรวมแล้ว ยังก่อให้เกิดผลเสียหายต่อตัวนักเรียน ซึ่งเป็นทรัพยากรของชาติ ทั้งในเรื่องการตัดโอกาสในการศึกษาและพัฒนาตนเองและในเรื่องการสร้างทัศนคติในทางลบต่อการเรียนรู้ เช่น การที่ผู้ปกครองและนักเรียนมักจะมีทัศนคติว่าเป็นเพราะพวกเขาสมองทึบจึงเรียนไม่ได้ ประเด็นที่แท้จริงของปัญหาคือ นอกจากเรื่องปัญหาสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมทั้งปัญหาทางครอบครัวแล้ว เราต้องมองในแง่ที่ว่าเป็นเพราะโรงเรียนไม่มีความยืดหยุ่น และไม่สามารถที่จะจัดการศึกษาที่หลากหลายให้กับเด็กที่มีความถนัด มีปัญหาต่าง ๆ กันให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากพอ เด็กส่วนใหญ่ไม่ได้โง่หรือสมองทึบมาแต่กำเนิด เพียงแต่เขาไม่สามารถจะปรับตัวให้เข้ากับระบบเรียนรู้ที่มีลักษณะเป็นสูตรสำเร็จตายตัวไม่ยืดหยุ่นเท่านั้น

**ข้อมูลการศึกษาแห่งชาติปีการศึกษา 2538-2540** ที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกหลายแห่ง พิมพ์เผยแพร่ในเดือนสิงหาคม 2541 รายงานว่า นักเรียนที่เรียน ป.1 ถึง ป.6 รุ่น 2535-2540 มีคนเรียนจบร้อยละ 72.5 และเรียนไม่จบร้อยละ 27.5 (เป็นนักเรียนซ้ำชั้นร้อยละ 15.3 และออกกลางคันร้อยละ 12.2 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงมาก เท่ากับว่านักเรียนที่เข้า ป.1 ทุก 4 คน จะมีคนเรียนไม่จบชั้น ป.6 1 คน ส่วนระดับมัธยมศึกษาไม่มีข้อมูลนักเรียนซ้ำชั้น และเอกสารข้อมูลฉบับดังกล่าวใช้วิธีการคำนวณอัตราการคงอยู่ พบว่า ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1- ม.3) มีผู้เรียนจบ ร้อยละ 92.62 เรียนไม่จบร้อยละ 7.38 มัธยมศึกษาตอน

ปลายสายสามัญ (ม.4 - ม.6) มีผู้เรียนไม่จบร้อยละ 17.33 สายอาชีวศึกษา (ปวช.1 ปวช.3) มีผู้เรียนไม่จบร้อยละ 21.18

ถ้านับจำนวนคนที่ออกจากโรงเรียนกลางคันในช่วงประถมจนถึงชั้นมัธยมปลาย ในช่วงปี 2535 - 2540 มีนักเรียนที่ออกจากโรงเรียนระหว่างชั้นเรียนถึง 314,262 คน (ไม่นับเด็กที่ตกซ้ำชั้นในชั้นประถม) และถ้านับคนไม่เรียนต่อมัธยมต้น และมัธยมปลายอีก 196,296 คน จะมีนักเรียนออกจากโรงเรียน ในช่วง 5 ปีถึง 510,558 คน หรือร้อยละ 11.90 ของนักเรียนปีฐานทั้งหมด

**สถิติการออกกลางคัน ปี 2541 คือ** ประถมศึกษาร้อยละ 12 มัธยมศึกษาร้อยละ 7 มัธยมปลาย (สามัญ) ร้อยละ 17 และมัธยมปลาย (อาชีพ) ร้อยละ 26

สถิติการออกกลางคันชั้นมัธยมศึกษาในปี 2541 ใกล้เคียงกับสถิติปี 2540 ยกเว้นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสายอาชีพที่อัตราการออกกลางคันสูงขึ้น ส่วนระดับประถมศึกษาเข้าใจว่าข้อมูลนี้คงจะหมายถึงเฉพาะนักเรียนที่ออกกลางคัน ไม่รวมนักเรียนซ้ำชั้น แต่ถ้าเทียบกับสถิติปี 2540 ที่มีนักเรียน ป.1-ป.6 ซ้ำชั้นอยู่ร้อยละ 15.3 คน ที่เรียนไม่จบ ป.6 จริง ๆ ในปี 2541 น่าจะไม่ต่างไปจากสถิติของปี 2540 คือน่าจะอยู่ที่ร้อยละ 27.5 ของจำนวนผู้ที่เข้าเรียนตอน ป.1 ในปี 2536 สถิติของนักเรียนระดับประถมและมัธยมศึกษา รวม ปวช. ที่ออกกลางคันไม่ได้เรียนต่อในปีการศึกษา 2541 จากการสำรวจ 2 ครั้ง ในเดือนมิถุนายน 2541 มีจำนวนผู้ออกกลางคันรวมทั้งสิ้น 384,556 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2540 และครั้งที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2542 มีจำนวน 349,164 คน ตัวเลขที่ลดลงนี้คาดว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากความช่วยเหลือตามโครงการเงินช่วยเหลือจากธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) เพื่อช่วยผู้เรียนที่ประสบปัญหาจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ

## อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคลและผลตอบแทนทางสังคม

**อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคล** หมายถึง อัตราผลตอบแทนทางเศรษฐกิจในผู้ที่จบเข้าทำงานปีแรกที่มีต่อส่วนตัวของบุคคล ผู้สำเร็จการศึกษาในหน่วยงานต่าง ๆ จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2532) พบว่า

บัณฑิตที่ทำงานเอกชน ได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนสูงสุด รองลงมาคือ รัฐวิสาหกิจ และข้าราชการได้รับผลตอบแทนต่ำสุด

สำหรับสมาชิกที่ให้อัตราผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่มีต่อส่วนตัวบุคคลสูงสุดและต่ำสุด มีดังนี้

ภาควิชาการ สูงสุดได้แก่ แพทยศาสตร์ และต่ำสุดได้แก่ นิติศาสตร์  
 รัฐวิสาหกิจ สูงสุดได้แก่ วิศวกรรมศาสตร์ และต่ำสุดได้แก่ นิติศาสตร์  
 ภาคเอกชน สูงสุดได้แก่ แพทยศาสตร์ และต่ำสุดได้แก่ ศึกษาศาสตร์  
 สำหรับลูกจ้างมูลนิธิ สูงสุดได้แก่ แพทยศาสตร์ และต่ำสุดได้แก่ นิติศาสตร์

**ผลตอบแทนทางสังคม** เป็นการศึกษา ผลตอบแทนของผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาต่อสังคมในมิติต่าง ๆ ใน 3 มิติ คือ

มิติด้านการเมือง หมายรวมถึงครอบคลุมถึงกิจกรรมที่เป็นการเมืองโดยตรง เช่น การเลือกตั้ง และการเข้าร่วมกิจกรรมด้านอื่น ๆ ของพรรคการเมือง ตลอดจนกิจกรรมที่มีลักษณะ “การเมือง” โดยอ้อม รวมทั้งระดับของการสำนึกทางการเมือง (Political awareness)

มิติด้านศาสนา หมายรวมถึงความเข้าใจเรื่องศาสนา และการปฏิบัติตนหรือร่วมกิจกรรมในทางศาสนา

มิติด้านสังคม หมายรวมถึงด้านสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านการเป็นพลเมืองดี ทั้งในแง่ที่เป็นสภาพการสำนึก (Social awareness) และในแง่การกระทำที่เป็นรูปธรรม

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม โดยพิจารณาจากร้อยละและการกำหนดน้ำหนักคะแนนให้กับข้อคำถามต่าง ๆ ในแต่ละมิติ ปรากฏผลดังนี้

1. เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ผู้สำเร็จอุดมศึกษามีการตอบแทนทางสังคม (Social contribution) สูงกว่าผู้สำเร็จมัธยมศึกษาพอสมควร แต่ในรายละเอียดของการตอบแทนในมิติน้อย เช่น มิติทางการเมือง มิติทางศาสนา และมิติทางสังคม การตอบแทนทางสังคมระหว่างผู้สำเร็จอุดมศึกษากับผู้สำเร็จมัศึกษามักจะไม่คงเส้นคงวานัก นั่นคือในบางมิติการตอบแทนทางสังคมของผู้สำเร็จมัศึกษามีมากกว่าผู้สำเร็จอุดมศึกษา

2. เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการวิเคราะห์การตอบแทนทางสังคมของผู้สำเร็จอุดมศึกษาต่างสาขาวิชา พบว่า ผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาวิชาเกษตรศาสตร์ให้ผลตอบแทนทางสังคมมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์ ศึกษาศาสตร์และแพทยศาสตร์ ส่วนสาขาวิชาที่ให้ผลตอบแทนทางสังคมน้อยที่สุด ได้แก่ สาขาวิชาวิศวกรรมศาสตร์ รองลงมาได้แก่ สาขาวิชาศิลปและสถาปัตยกรรมศาสตร์และเทคนิคการแพทย์

3. เมื่อพิจารณาผลตอบแทนทางสังคมตามมิติน้อย ๆ ได้ข้อค้นพบดังนี้

3.1 มิติด้านการเมือง พบว่า ผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาเทคนิคการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และนิติศาสตร์ ให้ผลตอบแทนทางสังคมมากกว่า

ผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาอื่น ๆ และผู้สำเร็จสาขาวิชาแพทยศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ และพาณิชยศาสตร์ ให้ผลตอบแทนทางสังคมต่ำกว่าผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาอื่น ๆ

3.2 มิติด้านศาสนา พบว่า ผู้สำเร็จอุดมศึกษาทุกสาขาวิชาให้ผลตอบแทนทางสังคมต่ำ และแต่ละสาขาวิชาไม่พบความแตกต่างกันชัดเจน

3.3 มิติด้านสังคม พบว่า ผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาเกษตรศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และศึกษาศาสตร์ มีผลตอบแทนทางสังคมสูงกว่าผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาอื่น ๆ สำหรับสาขาวิชาที่ให้ผลตอบแทนทางสังคมต่ำได้แก่ผู้สำเร็จอุดมศึกษาสาขาวิศวกรรมศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ และสาขาวิจิตรศิลป์ และสถาปัตยกรรมศาสตร์

ตารางที่ 3.17 ผลตอบแทนส่วนบุคคลและผลตอบแทนทางสังคม

| ประเภทผลตอบแทน                            | อัตราผลตอบแทน                                                                       |                                                                              |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | สูง                                                                                 | ต่ำ                                                                          |
| ส่วนบุคคล                                 | ราชการ : แพทย์<br>รัฐวิสาหกิจ : วิจิตร/สถาปัตย์<br>เอกชน : แพทย์<br>มูลนิธิ : แพทย์ | ราชการ : นิติ<br>รัฐวิสาหกิจ : นิติ<br>เอกชน : ศึกษาศาสตร์<br>มูลนิธิ : นิติ |
| สังคม 1. การเมือง<br>2. ศาสนา<br>3. สังคม | มนุษย์/สังคม/เทคนิคการแพทย์/วิทย์/นิติ<br>เกษตร/วิทย์/ศึกษา                         | แพทย์/วิศวะ/พาณิชย์<br>ทุกสาขา<br>วิศวะ/เทคนิคการแพทย์/วิจิตร<br>และสถาปัตย์ |

เมื่อดูแนวโน้มอัตราผลตอบแทนของการศึกษาระดับต่างๆ (ดูตารางที่ 3.18) ที่มีการคำนวณไว้จากการศึกษาต้นฉบับของ Blaug ตั้งแต่ประมาณปี 2513 จนถึงงานของธนาคารโลก ปี 2541 ซึ่งอ้างการคำนวณของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติปี 2537 จะเห็นว่า อัตราการตอบแทนต่อสังคม ของการศึกษาระดับต่ำจะลดลงเรื่อยๆ จนล่าสุดเหลือประมาณ 6% สำหรับการศึกษาระดับประถม ในทางตรงกันข้าม การศึกษาระดับปริญญาตรีให้ผลตอบแทนทางสังคมสูงขึ้น (14.2%) และมากกว่าการศึกษาระดับประถม ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างมัธยมปลาย กับอาชีวะ จะเห็นว่า อาชีวศึกษาจะให้ผลตอบแทนสูงกว่ามัธยมปลาย ทั้งการตอบแทนส่วนบุคคล และสังคม นั่นก็เพราะ การเรียนมัธยมปลาย เป็นการเรียนเพื่อเรียนต่อ จึงไม่สำเร็จในตัวเอง

ตารางที่ 3.18 อัตราผลตอบแทนของการศึกษาระดับต่างๆ

|              | ตอบแทน | ประถม | มัธยมต้น | มัธยมปลาย | อาชีวะ | ปริญญาตรี |
|--------------|--------|-------|----------|-----------|--------|-----------|
| Blaug 1971*  | สังคม  | 22.0  | 10.0     | 10.0      | -      | 7.0       |
|              | บุคคล  | 44.0  | 11.0     | 11.0      | -      | 11.0      |
| ศุภชัย 2513* | สังคม  | 16.5  | 31.3     | 18.3      | 10.2   | 13.1      |
| อภิชัย 2513* | สังคม  | 12.0  | 29.9     | 18.1      | 7.9    | 12.8      |
| Tan 1991     | สังคม  | -     | 13.6     | 6.7       | 11.4   | 13.5      |
|              | บุคคล  |       | 12.7     | 3.6       | 12.7   | 18.7      |
| WB 1998      | สังคม  | 5.7   | 12.6     | 2.4       | 7.2    | 14.2      |
|              | บุคคล  | 21.4  | 15.3     | 3.2       | 9.4    | 18.8      |

\* อ้างใน สุมาลี ปิตยานนท์ (2539) และบุญคง หันจางสิทธิ์ (2540)

### อัตราการว่างงานของผู้มีการศึกษา

การมีงานทำในความหมายด้านแรงงาน หมายถึง ผู้มีอายุเกิน 13 ปีขึ้นไป มีกำลังแรงงาน ซึ่งแบ่งเป็นกำลังแรงงานปัจจุบัน และกำลังแรงงานที่รอฤดูกาล โดยกำลังแรงงานในปัจจุบันแยกเป็นผู้มีงานทำและผู้ไม่มีงานทำ (ดูเชิงอรรถท้ายบทนี้)<sup>1</sup>

สำหรับจำนวนประชากร จำแนกตามสภาพการมีงานทำปี 2540 พบว่ามีผู้อยู่ในกำลังแรงงานรวม 33,560,700 คน

ตารางที่ 3.19 จำนวนประชากร จำแนกตามสถานภาพการมีงานทำ ปี 2540

(หน่วย : พันคน)

| ปี   | ประชากร<br><br>รวม | ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน |            |                      |                       |                   | ผู้รอฤดู-<br>กาล | ผู้ไม่อยู่<br>ในกำลัง<br>แรงงาน | ผู้มีอายุ<br>ต่ำกว่า<br>13 ปี |
|------|--------------------|----------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------------|
|      |                    | รวม                  | ผู้มีงานทำ |                      |                       | ผู้ไม่มี<br>งานทำ |                  |                                 |                               |
|      |                    |                      | รวม        | ใน<br>เกษตร-<br>กรรม | นอก<br>เกษตร-<br>กรรม |                   |                  |                                 |                               |
| 2540 | 60,648.9           | 33,560.7             | 33,162.3   | 16,691.2             | 16,471.1              | 292.5             | 105.7            | 13,238.0                        | 13,850.2                      |

กำลังแรงงานทั้งสิ้น 33,560,700 คน เป็นผู้มีงานทำ 33,162,300 คน เป็นผู้ไม่มีงานทำ 292,500 คน

เมื่อศึกษาถึงจำนวนผู้มีงานทำและผู้ไม่มีงานทำแยกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้มีงานทำที่จบการศึกษาระดับอนุบาลและประถมศึกษา มีจำนวนสูงสุด คือ 23,556,700 คน ในขณะที่ผู้ว่างงานสูงสุด ได้แก่ ระดับอนุบาลและประถมศึกษาเช่นกัน คือ 148,000 คน ทั้งนี้ จำนวนผู้ว่างงานต่ำสุด ได้แก่ ผู้จบฝึกหัดครู 8,700 คน

**ตารางที่ 3.20** ผู้มีงานทำและไม่มีงานทำ จำแนกตามระดับการศึกษา ปี 2540

(หน่วย : พันคน)

|            | รวม      | ชั้นการศึกษา          |                             |                                                       |                  |           |                             |                         |
|------------|----------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|-----------|-----------------------------|-------------------------|
|            |          | ไม่มี<br>การ<br>ศึกษา | อนุบาล<br>และประถม<br>ศึกษา | มัธยมศึกษา<br>และเตรียม<br>อุดมศึกษา<br>หรือเทียบเท่า | มหา-<br>วิทยาลัย | ฝึกหัดครู | อาชีว-<br>ศึกษา<br>ระยะสั้น | อื่นๆ<br>และ<br>ไม่ทราบ |
| มีงานทำ    | 33,162.3 | 1,374.3               | 23,556.7                    | 5,539.1                                               | 2,049.4          | 627.3     | 6.5                         | 8.5                     |
| ไม่มีงานทำ | 292.5    | 6.8                   | 148.0                       | 77.0                                                  | 51.4             | 8.7       | -                           | -                       |

### ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความเป็นธรรม (Equity)

#### อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรวัยเรียน

อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรกลุ่มอายุ 6-17 ปี (รายละเอียดตามตารางที่ 2) ร้อยละ 75.70 ในปี 2540 จำแนกตามระดับและภาคภูมิศาสตร์ พบว่า

ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.81 สูงสุด คือ ภาคตะวันออก ร้อยละ 108.55 รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันตก 103.30 ภาคเหนือ 95.04 ภาคกลาง 92.03 ภาคใต้ 91.29 และต่ำสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 83.60

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 74.18 สูงสุดคือ ภาคตะวันตก ร้อยละ 83.90 รองลงมาได้ แก่ ภาคตะวันออก ร้อยละ 77.04 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.99 ภาคกลาง ร้อยละ 74.35 ภาคใต้ ร้อยละ 73.92 และต่ำสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 71.74

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 47.31 สูงสุดคือ ภาคกลาง ร้อยละ 58.14 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 53.00 ภาคตะวันตก ร้อยละ 49.36 ภาคเหนือ 48.76 ภาคตะวันออก ร้อยละ 46.21 และต่ำสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 38.95

สำหรับผู้ศึกษาระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.34 ของจำนวนประชากรวัยเดียวกัน

### อัตราการเรียนต่อ

อัตราการเรียนต่อของนักเรียน ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เข้าเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในปี 2540 คิดเป็นร้อยละ 90.93 ม.ต้น เข้าศึกษา ม.ปลาย ร้อยละ 85.36 แบ่งเป็นสายสามัญ ร้อยละ 43.07 และสายอาชีพ ร้อยละ 41.39 สำหรับผู้เข้าเรียนระดับอุดมศึกษา มีจำนวนร้อยละ 90.24 ของผู้สำเร็จระดับ ม.ปลาย รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2541ข)

ตารางที่ 3.21 อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2540

| ระดับการศึกษา                                                    | 2540        |           |        |
|------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|--------|
|                                                                  | เข้าใหม่ 40 | สำเร็จ 39 | ร้อยละ |
| <b>ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (เข้าใหม่ ม.1/สำเร็จ ป.6)</b>           | 852,820     | 937,885   | 90.93  |
| <b>ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย</b>                                    | 647,969     | 759,099   | 85.36  |
| - สามัญศึกษา (เข้าใหม่ ม.4/สำเร็จ ม.3)                           | 333,806     | 759,099   | 43.97  |
| - อาชีวศึกษา (เข้าใหม่ ปวช. ปี 1/สำเร็จ ม.3)                     | 314,163     | 759,099   | 41.39  |
| <b>ระดับอุดมศึกษา</b>                                            | 347,365     | 384,928   | 90.24  |
| - อนุปริญญา (เข้าใหม่ ปวส. ปวท. อนุปริญญา/สำเร็จม.6 + ปวช. ปี 3) | 209,257     | 384,928   | 54.36  |
| - ปริญญาตรี* (เข้าใหม่ ป.ตรี ปี 1/สำเร็จ ม.6+ปวช. ปี3)           | 138,108     | 384,928   | 35.88  |
| - ปริญญาตรี** (เข้าใหม่ ป.ตรี ปี 1/สำเร็จ ม.6)                   | 136,203     | 214,574   | 63.48  |

หมายเหตุ : \* ไม่รวมจำนวนนักศึกษาสถาบันไม่จำกัดรับ

\*\* จำนวนนักศึกษา ปริญญาตรี ปี 1 สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยประเภทจำกัดรับ กับจำนวนนักศึกษาสถาบันราชภัฏ และกรมพลศึกษา

อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาถึงการเรียนต่อในระดับหลัก คือ ประถมศึกษาปีที่ 6 ต่อมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งเน้นการขยายโอกาสทางการศึกษา พบว่า อัตราการเรียนต่อ ในปี 2540

อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับร้อยละ 93 เมื่อพิจารณาตามภาคภูมิศาสตร์ พบว่า ภาคกลาง มีอัตราการเรียนต่อสูงสุด ร้อยละ 98 รองลงมาคือภาคตะวันออก ร้อยละ 94 ภาคใต้ ร้อยละ 93 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 92 ภาคเหนือ ร้อยละ 91 และต่ำสุดคือภาคตะวันตก ร้อยละ 90

อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เท่ากับร้อยละ 85 สูงสุดคือ ภาคกลาง ร้อยละ 98 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 91 ภาคตะวันตก ร้อยละ 88 ภาคเหนือ ร้อยละ 87 ภาคตะวันออก ร้อยละ 85 และต่ำสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 75

สำหรับอัตราการเรียนต่อของนักเรียนนับว่าเป็นผลสำเร็จของการจัดการศึกษา ซึ่งให้ความสำคัญกับการศึกษาในช่วงทศวรรษของการเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง ซึ่งประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมระดับโลกเรื่องการศึกษาเพื่อปวงชน ณ หาดจอมเทียน จังหวัดชลบุรี เมื่อเดือนมีนาคม 2533 ในการนี้ประเทศไทยได้ให้การรับรองปฏิญญาโลกว่าด้วยการศึกษาเพื่อปวงชน ร่วมกับประเทศต่างๆ 155 ประเทศ เพื่อประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันในอันที่จะจัดการศึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ขั้นพื้นฐานของปวงชน

**ตารางที่ 3.22** ความสำเร็จของการขยายโอกาสทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น  
ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (ปีการศึกษา 2530 – 2540)

หน่วย : ร้อยละ

| ปีการศึกษา | จำนวน<br>นักเรียน<br>(ล้านคน) | อัตราการ<br>เปลี่ยนแปลง | อัตรา<br>การเรียนต่อ<br>(ป.6 / ม.1) | อัตราส่วนนักเรียนต่อ<br>ประชากรกลุ่มอายุ<br>(12 – 14 ปี) |
|------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2530       | 1.217                         | -4.71                   | 41                                  | 33                                                       |
| 2531       | 1.221                         | 0.31                    | 43                                  | 33                                                       |
| 2532       | 1.282                         | 4.98                    | 47                                  | 34                                                       |
| 2533       | 1.397                         | 9.00                    | 52                                  | 40                                                       |
| 2534       | 1.567                         | 12.12                   | 61                                  | 44                                                       |
| 2535       | 1.773                         | 13.14                   | 67                                  | 51                                                       |
| 2536       | 1.991                         | 12.26                   | 76                                  | 57                                                       |
| 2537       | 2.200                         | 10.53                   | 88                                  | 63                                                       |
| 2538       | 2.363                         | 7.41                    | 87                                  | 68                                                       |
| 2539       | 2.446                         | 3.51                    | 90                                  | 72                                                       |
| 2540       | 2.510                         | 2.61                    | 95                                  | 74                                                       |

ผลของการดำเนินนโยบายขยายโอกาสทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่เริ่มดำเนินการในปี 2530 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นเวลากว่าทศวรรษของความสำเร็จในการขยายการศึกษาขั้นพื้นฐาน 9 ปี ดังเห็นได้จากจำนวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้เพิ่มขึ้นจาก 1.217 ล้านคน ในปีการศึกษา 2530 เป็น 2.510 ล้านคน ในปีการศึกษา 2540 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวภายในระยะเวลา 10 ปี ในขณะที่อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของผู้สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41 เป็นร้อยละ 95 และอัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรกลุ่มอายุวัยเรียน (12-14 ปี) ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 74 ในช่วงเวลาเดียวกัน (คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2540ค)

### ความเสมอภาคทางการศึกษา

ความเสมอภาคทางการศึกษา เป็นการอธิบายถึงการลงทุนทางการศึกษากลุ่มอายุและเพศ ในเชิงความเสมอภาคในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการจัดการศึกษาในระดับภาคภูมิศาสตร์ ทั้งนี้จากข้อมูลปี 2540 จะนำเสนอเป็น 4 ด้าน คือ

- โอกาสการได้รับการศึกษาของประชากรในกลุ่มอายุต่าง ๆ รวมทั้งโอกาสการได้รับการศึกษาของเพศหญิงและชาย
- ความเพียงพอของครู – อาจารย์
- ความเพียงพอของห้องเรียน
- อัตราการเรียนต่อในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน

### โอกาสการได้รับการศึกษาในแต่ละระดับการศึกษา

#### ระดับก่อนประถมศึกษา

ในระดับก่อนประถมศึกษาเด็กอายุ 3 – 5 ปี มีอัตราการเข้าเรียนเฉลี่ยทั่วประเทศ ร้อยละ 91 เมื่อพิจารณาโอกาสการได้รับการศึกษารายภาคภูมิศาสตร์ พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและสูงกว่าภาคอื่น ๆ ค่อนข้างมาก โดยภาคทั้งสองมีอัตราส่วน คิดเป็นร้อยละ 106 และ 101 ตามลำดับ สาเหตุที่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนเกินร้อยละ 100 อาจเนื่องมาจากภาคเหนือรับเด็กที่ไม่มีสัญชาติไทยเข้ามาเรียน ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจเนื่องมาจากการย้ายถิ่นของประชากร จึงทำให้อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรของทั้งสองภาคนี้สูง เมื่อพิจารณาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันตก มีอัตราส่วนใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 92 และ 89 ตามลำดับ ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีโอกาสการได้รับการศึกษาในระดับก่อนประถมศึกษาค่อนข้างต่ำ คิดเป็นร้อยละ 81 และ 80 ตามลำดับ

### ระดับประถมศึกษา

เมื่อพิจารณาโอกาสการได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา พบว่า เด็กอายุ 6 – 11 มีอัตราการเข้าเรียนเฉลี่ยทั่วประเทศ ร้อยละ 91 (ซึ่งเท่ากับค่าเฉลี่ยทั่วประเทศในระดับก่อนประถมศึกษา) โดยภาคตะวันออก มีอัตราการเข้าเรียนในระดับประถมศึกษาสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 109 รองลงมาคือภาคตะวันตก ร้อยละ 100 ส่วนภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีอัตราส่วนใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 95 92 และ 91 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนต่ำสุดของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 84 ความแตกต่างระหว่างภาคที่มีอัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรสูงที่สุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ภาคตะวันออก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แตกต่างกันค่อนข้างมากถึง ร้อยละ 25

### ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อพิจารณาโอกาสการได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นรายภาคภูมิศาสตร์ พบว่า เด็กอายุ 12 – 14 ปี มีอัตราการเข้าเรียนเฉลี่ยทั่วประเทศ ร้อยละ 74 ในภาคตะวันออกมีโอกาสได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในอัตราส่วนสูงที่สุดของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 84 ส่วนภาคอื่น ๆ ส่วนใหญ่มีอัตราส่วนใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 72

### ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

เมื่อพิจารณาโอกาสการได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายรายภาคภูมิศาสตร์ พบว่า เด็กอายุ 15-17 ปี มีอัตราการเข้าเรียนเฉลี่ยทั่วประเทศ ร้อยละ 47 ในภาคกลาง มีอัตราการเข้ารับการศึกษานในอัตราส่วนสูงที่สุดของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ ภาคใต้ อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากร ร้อยละ 53 สำหรับในภาคอื่น ๆ นั้น ส่วนใหญ่อัตราส่วนใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประเทศ กล่าวคือ ภาคตะวันออกและภาคเหนือ อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรเท่ากันคือ ร้อยละ 49 ภาคตะวันตก ร้อยละ 46 ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น เยาวชนมีโอกาสดการได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอัตราส่วนต่ำที่สุดของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 39 ช่องว่างระหว่างภาคที่มีอัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรสูงที่สุด และต่ำที่สุด ได้แก่ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แตกต่างกันถึงร้อยละ 19

### ระดับอุดมศึกษา

เมื่อพิจารณาโอกาสการได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษารายภาคภูมิศาสตร์ พบว่า เด็กอายุ 18-21 ปี มีอัตราการเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษาเฉลี่ยทั่วประเทศร้อยละ 19 อัตราการเข้าเรียนของภาคกลางสูงที่สุดของประเทศ และสูงกว่าภาคอื่น ๆ ทั้งหมด โดยคิดเป็นร้อยละ 45 ของประชากร

กลุ่มอายุ 18-21 ปี ส่วนภาคอื่น ๆ มีอัตราส่วนไม่แตกต่างกันนัก แต่ยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเข้าเรียนต่ำที่สุดของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 9

## เปรียบเทียบเพศหญิงและชายในการเข้าเรียน

เมื่อสรุปภาพรวมการได้รับการศึกษาของเพศหญิงและเพศชายในภาพรวม พบว่า **ระดับก่อนประถมศึกษา** มีอัตราส่วนการเข้าเรียนของเพศชายและเพศหญิงโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ เพศชาย ร้อยละ 91.4 เพศหญิง ร้อยละ 90.4

**ระดับประถมศึกษา** เพศชาย มีอัตราส่วนการเข้าเรียนโดยเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง คือ เพศชาย ร้อยละ 92.4 เพศหญิง ร้อยละ 89.2

**ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น** เพศหญิงมีอัตราส่วนการเข้าเรียนโดยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง ร้อยละ 76.1 เพศชาย ร้อยละ 72.3

**ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย** เพศหญิงมีอัตราส่วนการเข้าเรียนสูงกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง ร้อยละ 49.5 เพศชาย ร้อยละ 45.2 เมื่อจำแนกประเภทสามัญศึกษา และอาชีวศึกษา พบว่า เพศหญิงมีอัตราส่วนการเข้าเรียนในประเภทสามัญศึกษาสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่ประเภทอาชีวศึกษาเพศชายมีอัตราส่วนการเข้าเรียนสูงกว่าเพศหญิง

**ระดับอุดมศึกษา** เพศหญิงมีอัตราส่วนการเข้าเรียนสูงกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง ร้อยละ 21.5 เพศชาย ร้อยละ 17.4

## อัตราส่วนนักเรียนต่อครู

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบอัตราส่วนนักเรียนต่อครูในแต่ละภาค พบว่า ทุกภาคมีอัตราส่วนใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ คือ 20.3 ต่อ 1 ภาคเหนือมีอัตราส่วนต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ คือ เท่ากับ 18.9 ต่อ 1 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนสูงที่สุด เท่ากับ 21.4 ต่อ 1

## อัตราส่วนนักเรียนต่อห้อง

### ระดับก่อนประถมศึกษา

อัตราส่วนนักเรียนต่อห้องเท่ากับ 24 คน ต่อห้อง

### ระดับประถมศึกษา

นักเรียนต่อห้องในระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยของประเทศเท่ากับ 23.3 ต่อห้อง โดยภาคกลางมีอัตราส่วนสูงที่สุด คิดเป็นอัตราส่วน 28.8 ต่อห้อง ส่วนภาคอื่น ๆ มีอัตราส่วนใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประเทศ ภาคเหนือมีอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องต่ำที่สุด คือ 20.3 ต่อห้อง

### ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

อัตราส่วนนักเรียนต่อห้องในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าเฉลี่ยของประเทศเท่ากับ 36.3 คนต่อห้อง ซึ่งส่วนใหญ่มีอัตราส่วนใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยภาคกลางมีอัตราส่วนนักเรียนต่อห้องสูงที่สุด คิดเป็นอัตราส่วน 39.9 ต่อห้อง

## อัตราการเรียนต่อในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน

### ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

อัตราการเรียนต่อรายภาคของนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีอัตราส่วนใกล้เคียงค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 93) โดยที่ภาคกลางมีอัตราการเรียนต่อสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98 รองลงมาคือ ภาคตะวันออก ร้อยละ 94 ส่วนภาคเหนือ มีอัตราการเรียนต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91

### ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

อัตราการเรียนต่อรายภาคของนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 เข้าเรียนต่อในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทั้งสายสามัญฯ และอาชีวฯ (ปวช.1) ค่าเฉลี่ยอัตราการเรียนต่อของประเทศเท่ากับร้อยละ 85 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเรียนต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและเทียบเท่ารายภาคของนักเรียน พบว่า ภาคกลางมีอัตราการเรียนต่อสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98 โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเรียนต่อในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมเด็กไทยมีโอกาสดำเนินการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย ในอัตราส่วนที่สูง จัดได้ว่าเป็นผลสำเร็จของการจัดการศึกษา อย่างไรก็ตามอัตราการคงอยู่ของนักเรียน ตั้งแต่ ป.1 – ม.6 ซึ่งยังมีอัตราที่ต่ำ คือ ร้อยละ 33.72 ก็เป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องคำนึงถึง และหาแนวทางให้มีอัตราการคงอยู่ที่สูงขึ้นต่อไปในอนาคต

### ดัชนีเลือกสรร (Selectivity index)

ดัชนีเลือกสรร เป็นตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นมาบอกความเป็นธรรมชาติของการเข้าถึงการศึกษาของกลุ่มคนระดับต่างๆ ตารางที่ 3.23 แสดงสภาพที่ไม่เป็นธรรมชาติของการมีโอกาสเข้าเรียนชั้นอุดมศึกษาในประเทศไทย และเปรียบเทียบระหว่างการเข้าถึงสถานศึกษาของรัฐ ของเอกชน และมหาวิทยาลัยเปิด

ตารางที่ 3.23 ดัชนีเลือกสรร เพื่อแสดงโอกาสการอุดมศึกษาตามอาชีพ

|         | รัฐ  | เอกชน | ม.เปิด | รวม  |
|---------|------|-------|--------|------|
| วิชาชีพ | 54.1 | 51.8  | 10.7   | 27.0 |
| ธุรกิจ  | 30.9 | 37.9  | 4.8    | 7.0  |
| แรงงาน  | 5.0  | 4.2   | 3.3    | 6.0  |
| เกษตรกร | 1.0  | 1.0   | 1.0    | 1.0  |

ที่มา: Tan 1991

การคำนวณดัชนีเลือกสรร กำหนดให้โอกาสในการเข้าถึงการอุดมศึกษาของบุตรเกษตรกร เป็น 1 ตัวเลขจากตารางจะเห็นว่า มหาวิทยาลัยของรัฐ กับมหาวิทยาลัยของเอกชนมีลักษณะคล้ายกัน คือ ดัชนีเลือกสรร แสดงความไม่เป็นธรรมอย่างชัดเจน เช่น บุตรของผู้ที่อยู่ในกลุ่มนักวิชาชีพ มีโอกาสได้เรียนชั้นอุดมศึกษามากกว่ากลุ่มเกษตรกรถึง 54 เท่า การมีมหาวิทยาลัยเปิด (ในกรณีนี้ คือ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา) เป็นการเพิ่มโอกาสทางการศึกษาเป็นอย่างดี ดัชนีเลือกสรรจึงลดลงมาก แต่ยังสูงเป็น 11 เท่าของกลุ่มบุตรเกษตรกร

### สรุป

การลงทุนด้านการศึกษา มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การลงทุนที่เหมาะสม ทั้งในด้านปริมาณการลงทุน สัดส่วนการลงทุน และรูปแบบการลงทุนมีผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร

การจัดสรรทรัพยากรทางการศึกษาของประเทศไทย สำหรับสถานศึกษาภาครัฐ ปัจจุบันส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 99.4 มาจากรัฐบาลในส่วนกลาง และสัดส่วนการจัดการศึกษาในทุกระดับ รัฐก็รับภาระในการจัดการศึกษาเป็นสัดส่วนที่สูงกว่า เอกชน เช่นเดียวกัน

ทรัพยากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ รัฐจะเป็นผู้รับภาระจัดสรร แม้ว่าจะพยายามสนับสนุนให้เอกชน ชุมชน และท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมจัดการศึกษามากขึ้น แต่ผลจากการศึกษาฉบับใหม่ ซึ่งต้องมีการขยายการรับนักเรียนในทุกประเภททุกระดับ อาจนำมาซึ่งการผลักระยะในการจัดสรรงบประมาณให้กับรัฐมากขึ้น

งบประมาณของประเทศ โดยภาพรวมงบประมาณการศึกษาจะมีสัดส่วนสูงสุด เนื่องมาจากการคำนวณการให้บริการเป็นรายหัว ส่วนใหญ่เป็นงบดำเนินการ แต่มีแนวโน้มที่งบลงทุนจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

จากจำนวนนักเรียน นิสิต นักศึกษาในระบบโรงเรียนทั้งหมด พบว่า ประชากรอายุ 3 – 21 ปี มีจำนวน 21,262,000 คน มีนักเรียนทั้งหมด 13,879,200 คน เป็นระดับก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษาร้อยละ 91 ของประชากร และระดับอุดมศึกษาร้อยละ 19 ซึ่งมีสัดส่วนต่ำสุด เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร

การลงทุนทางการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบแต่ละประเภทและระดับจะพบว่า การลงทุนทางการศึกษาในระบบโรงเรียน สูงกว่านอกระบบถึง 4 – 18 เท่า และสำหรับการศึกษาในระบบ การลงทุนในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา ค่อนข้างมาก คือ 2 – 12 เท่า นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายรายหัวเมื่อเปรียบเทียบระหว่างมหาวิทยาลัยจำกัดรับจะสูงกว่ามหาวิทยาลัยไม่จำกัดรับถึง 34 เท่า และการลงทุนทางการศึกษาดังกล่าว การลงทุนสำหรับสาขาแพทยศาสตร์สูงสุดในขณะที่ต่ำสุด คือ สาขานิติศาสตร์

ผลตอบแทนจากการลงทุนทางการศึกษา พบว่า อัตราผลตอบแทนส่วนบุคคลสูงสุด คือ บัณฑิตแพทยศาสตร์ ขณะที่ต่ำสุด คือ นิติศาสตร์และศึกษาศาสตร์ ส่วนผลตอบแทนทางสังคม ในมิติด้านการเมืองศาสนาและสังคม พบว่า ผู้สำเร็จระดับอุดมศึกษา มีการตอบแทนทางสังคมสูงกว่าผู้สำเร็จระดับมัธยมศึกษาพอประมาณ โดยผู้สำเร็จสาขาเกษตรศาสตร์ให้ผลตอบแทนสูงสุด ขณะที่สาขาวิศวกรรมศาสตร์ให้ผลตอบแทนทางสังคมน้อยที่สุด

การว่างงานของผู้สำเร็จการศึกษา สูงสุดคือผู้จบระดับประถมศึกษา ในขณะที่จำนวนผู้มีการทำงานสูงสุด ได้แก่ ผู้จบระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกัน

อัตราการคงอยู่ของนักเรียนในแต่ละระดับมีอัตราสูงพอสมควร คือ ระดับประถมศึกษา อัตราคงอยู่ร้อยละ 80.69 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 94.10 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 82.50 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาถึงอัตราการคงอยู่ตั้งแต่ระดับ ป.1 – ม.6 พบว่า มีเพียงร้อยละ 33.72 เท่านั้น

ในด้านความเสมอภาคทางการศึกษา พบว่า ในระดับก่อนประถมและประถมศึกษา นักเรียนมีโอกาสเข้าเรียนถึงร้อยละ 91 ของประชากร มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 74 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 47 และอุดมศึกษา ร้อยละ 19 สำหรับความเสมอภาคในเรื่องเพศ ในระดับก่อนประถมและประถมศึกษาเพศชาย มีอัตราส่วนการเข้าศึกษาสูงกว่าหญิง ในขณะที่มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย และอุดมศึกษา เพศหญิงมีอัตราการเข้ารับการศึกษามากกว่า

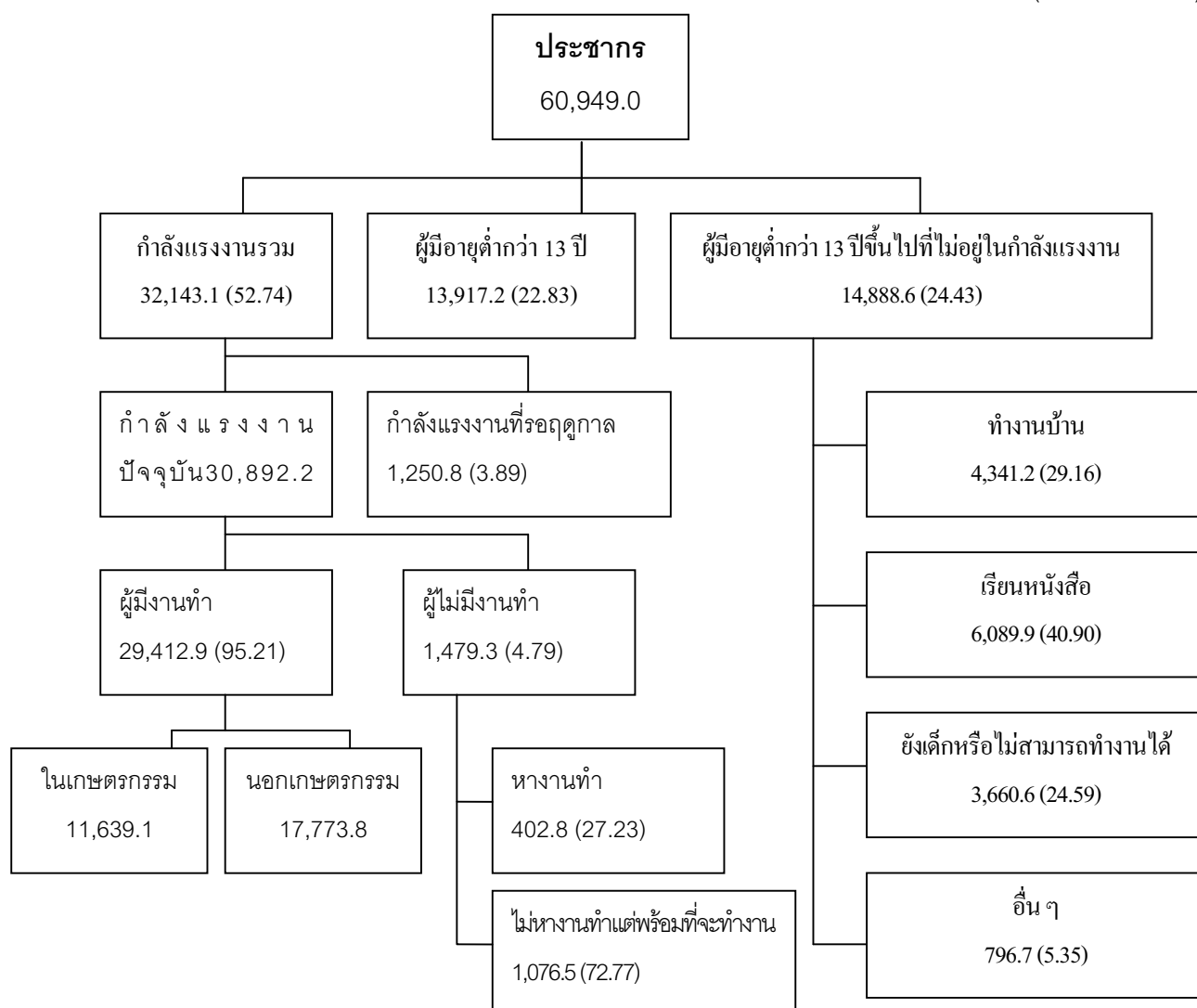
กล่าวโดยภาพรวม การลงทุนทางการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นภาระของภาครัฐ แม้จะมีความพยายาม ให้องค์กรภาคเอกชน ชุมชน และท้องถิ่นเข้ามามีส่วนในการจัดการศึกษาก็ยังทำได้ไม่มากนัก และยังมีแนวโน้มที่รัฐจะต้องจัดเองมากขึ้น อันเป็นผลมาจาก พรบ. การศึกษาฉบับใหม่ ทั้งนี้ หากมีการกำหนดให้ชัดเจนได้ว่า หน่วยงานใดควรรับภาระจัดการศึกษาระดับใด อาจทำให้ผลสำเร็จของการจัดการศึกษาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างสูงมากในระหว่างการลงทุนสำหรับการศึกษาในระบบและนอกระบบโรงเรียน ซึ่งการลงทุนที่ต่างกันแต่สามารถผลิตผู้จบการศึกษาที่มีระดับเดียวกัน ทำให้ต้องมีการศึกษาต่อไปว่า คุณภาพของผู้จบการศึกษาในแต่ละระบบนั้นมีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบการลงทุนที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

## เชิงอรรถ

<sup>1</sup> การศึกษาตัวเลขผู้ว่างงานและมืงานทำอาศัยกรอบแนวคิดของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ตามโครงสร้างกำลังแรงงานดังต่อไปนี้

### โครงสร้างกำลังแรงงานและการมีงานทำของประเทศไทย เดือนกุมภาพันธ์ 2541

(หน่วย : พันคน)



ที่มา : รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั้งราชอาณาจักร รอบที่ 1

กุมภาพันธ์ 2541 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## บทที่ 4

### การลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน

เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญเนื่องจากจะเติบโตเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ เป็นกำลังผลิตที่สำคัญในระบบเศรษฐกิจ การป้องกันประเทศชาติ และการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าด้านต่างๆของสังคม การพัฒนาเด็กและเยาวชนจึงนับเป็นภารกิจสำคัญที่สังคมต้องให้ความสำคัญ การที่เด็กและเยาวชนจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นการมีสุขภาพที่ดีนับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เอื้อและสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเหมาะสม หากเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพนั้นหมายความว่า จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพด้านอื่นๆไปด้วย รัฐบาลเองได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากงบประมาณด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดในระยะสิบปีที่ผ่านมา เพิ่งจะมามีปัญหาในช่วงระยะสองปีหลังเมื่อประเทศประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้งบประมาณด้านสาธารณสุขลดลงแต่ก็ลดน้อยกว่างบประมาณโดยรวมของรัฐบาล อย่างไรก็ตามการที่การลงทุนของรัฐที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นการลงทุนสำหรับเด็กและเยาวชนมากน้อยเท่าใด แนวโน้มเป็นอย่างไร และมีการกระจายอย่างไร นอกจากนั้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการลงทุนของทั้งภาครัฐและเอกชนมีประสิทธิผลเพียงใดก็ไม่มีข้อมูลชัดเจน ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อทราบขนาดของการลงทุนและสัมฤทธิ์ผลที่เกิดขึ้น เพื่อเสนอทางเลือกของการลงทุนด้านสุขภาพกับเด็กที่เหมาะสมในกรอบของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐบาล ครุ วรร เรือนและองค์กรชุมชน

#### คำถามการวิจัย

การลงทุนของภาครัฐ องค์กรท้องถิ่นและครัวเรือนด้านสุขภาพเพื่อเด็กและเยาวชน (อายุ 0-25 ปี) ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ มีขนาดและแนวโน้มอย่างไรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 - 8 (พ.ศ. 2530 - 2541) ตลอดจนการกระจายของการลงทุนระหว่างภูมิภาค รวมทั้งสัมฤทธิ์ผลของการลงทุนโดยรวมและสัมฤทธิ์ผลของโครงการต่างๆเพื่อการแก้ปัญหาที่สำคัญในแต่ละช่วงอายุ

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจที่ปรากฏอยู่แล้วโดยค้นหาขนาดของการลงทุนของภาครัฐ ครัวเรือน และชุมชนด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนและเปรียบเทียบกับ

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งจะพิจารณาในด้าน การเข้าถึงบริการ ปัจจัยหรือพฤติกรรมที่ขัดขวางหรือสนับสนุนการมีสุขภาพดีและการป่วยและตายของกลุ่มเด็กและเยาวชน

**ตารางที่ 4.1** งบประมาณรัฐบาลและงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลระหว่างปี 2525 – 2539 ราคา ณ ปีปัจจุบัน

|      | Government budget | %GDP | %annual increase | MOPH budget | Other M. budget | Health Budget | %annual increase |
|------|-------------------|------|------------------|-------------|-----------------|---------------|------------------|
| 2525 | 161,000           | 19.6 | na               | 6,641.44    | 1,026.60        | 7,668.05      | na               |
| 2526 | 177,000           | 19.4 | 8.4              | 7,918.65    | 140.99          | 8,059.64      | 4.86             |
| 2527 | 192,000           | 19.7 | 8.5              | 8,655.87    | 222.24          | 8,878.11      | 9.22             |
| 2528 | 209,000           | 20.6 | 8.8              | 9,452.43    | 524.08          | 9,976.51      | 11.01            |
| 2529 | 211,650           | 19.2 | 1.2              | 9,426.86    | 499.80          | 9,926.67      | - 1.50           |
| 2530 | 227,550           | 18.1 | 7.5              | 9,544.54    | 549.02          | 10,093.56     | 1.65             |
| 2531 | 243,500           | 16.1 | 7                | 10,372.51   | 586.98          | 10,959.49     | 7.90             |
| 2532 | 285,500           | 16.1 | 17.3             | 11,733.06   | 714.85          | 12,447.92     | 11.96            |
| 2533 | 335,000           | 16.3 | 17.3             | 16,225.05   | 1,821.77        | 18,046.82     | 31.02            |
| 2534 | 387,500           | 16.1 | 15.7             | 20,568.62   | 2,137.29        | 22,705.91     | 20.52            |
| 2535 | 460,400           | 16.7 | 18.8             | 24,462.40   | 2,775.83        | 27,238.23     | 16.64            |
| 2536 | 560,000           | 17.9 | 21.6             | 32,428.11   | 4,121.46        | 36,549.57     | 25.48            |
| 2537 | 625,000           | 17.6 | 11.6             | 38,773.18   | 5,561.78        | 44,334.96     | 17.56            |
| 2538 | 715,000           | 17.4 | 14.4             | 44,495.17   | 6,683.57        | 51,178.74     | 13.37            |
| 2539 | 843,000           | 18.1 | 17.9             | 56,454.88   | 7,945.02        | 64,490.89     | 20.64            |
| 2540 | 944,000           |      | 11.9             | 63,337.68   | 7,182.11        | 70,519.80     | 9.3              |
| 2541 | 823,000           |      | -12.8            | 60,715.31   | 5,739.85        | 66,455.16     | -5.7             |

ที่มา : สำนักงบประมาณ

#### ข้อมูลด้านการลงทุน

- การลงทุนภาครัฐ ใช้รายจ่ายด้านสุขภาพที่ลงไปในกลุ่มเด็กและเยาวชนสามส่วนหลักคือ
  - (1) งบประมาณด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ<sup>1</sup> โดยใช้ฐานข้อมูลจากเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีของสำนักงบประมาณ ในปี 2529, 2531, 2533, 2535, 2537, 2539 ตามแผนงานโครงการ

<sup>1</sup> รายจ่ายของกระทรวงอื่นนั้นจะนับเฉพาะแผนงาน โครงการที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อด้านสุขภาพและถูกจัดว่าเป็นงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยสำนักงบประมาณ

(2) รายจ่ายโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและบุคคลในครอบครัวจากกรมบัญชีกลาง และ

(3) รายจ่ายด้านสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมของโครงการประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน แรงงาน

- การลงทุนของชุมชน อาศัยข้อมูลรายจ่ายของรัฐบาลท้องถิ่นคือ กรุงเทพมหานคร เทศบาลและสุขาภิบาล จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537, 2538 และ 2540
- การลงทุนของครัวเรือน อาศัยข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2529, 2531, 2533, 2535, 2537 และ 2539 ในส่วนที่เป็นค่ารักษายาบาล (personal health care) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี

ข้อมูลด้านผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ใช้ฐานข้อมูลและรายงานของแหล่งข้อมูลต่อไปนี้

- ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ (Health and welfare survey) ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก 5 ปี (พ.ศ. 2529, 2534 และ 2539)
- รายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข, รายงานการตาย, สถิติสาธารณสุข และรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2529 - 2540
- สถิติชีพ ข้อมูลการเกิด ตาย และประชากรจากงานทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

การกระจายการลงทุนของภาครัฐและครัวเรือนไปยังประเภทบริการ กลุ่มอายุย่อย ภูมิภาค และเขตปกครอง ดังสรุปในตารางที่ 4.2 กระทำโดย

- ขั้นตอนที่หนึ่ง กระจายสู่ประเภทบริการก่อนโดยงบประมาณและรายจ่ายขององค์กรท้องถิ่นนั้นจะกระจายให้ตามแผนงานโครงการ รายจ่ายประกันสังคมในส่วนของคุณค่าคลอดบุตรจะกระจายให้งานส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่เหลืออื่นๆกระจายให้งานรักษายาบาลทั้งหมด รายจ่ายสวัสดิการข้าราชการและครอบครัวและรายจ่ายจากครัวเรือนก็กระจายให้บริการรักษายาบาลทั้งหมด
- ขั้นตอนที่สองกระจายสู่กลุ่มอายุย่อย โครงการที่เฉพาะกลุ่มเป้าหมายก็จะกระจายไปตามกลุ่มอายุเลย ส่วนรายจ่ายของด้านการรักษายาบาลจะกระจายตามความถี่ของการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มอายุ<sup>2</sup> ส่วนแผนงานที่ไม่เจาะจงกลุ่มอายุหรือสนับสนุนแก่ทุกกลุ่มอายุก็จะกระจายให้ตามสัดส่วนจำนวนประชากรในกลุ่มอายุนั้นๆ

<sup>2</sup> ค่าบริการทางการแพทย์ตามกลุ่มอายุใช้ข้อมูลจากรายงานการให้บริการและค่าใช้จ่ายโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล อัตราการใช้บริการใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติตามกลุ่มอายุและหลักประกันด้านสุขภาพ ปี 2529/34/39

- ขั้นตอนที่สามการกระจายตามภูมิภาคและเขตปกครอง ในส่วนของงบประมาณและงบองค์กรท้องถิ่นจะกระจายให้ตามการกระจายของงบประมาณ<sup>3</sup> ส่วนรายจ่ายของสำนักงานประกันสังคม ครุฑเรือน และสวัสดิการข้าราชการจะกระจายให้ตามการกระจายของประชากรที่มีสิทธินั้นๆ ถ่วงด้วยอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายไปยังสถานพยาบาลที่อยู่แต่ละระดับ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)

**ตารางที่ 4.2** การกระจายการลงทุนด้านสุขภาพไปสู่ประเภทบริการ กลุ่มอายุและภูมิภาค

| ประเภทการลงทุน                                      | ขั้นตอนที่ 1 ประเภทบริการ                                                                                                                                                                                                                                                           | ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มอายุย่อย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ขั้นตอนที่ 3 ภูมิภาคและเขตการปกครอง                                                                                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. งบประมาณด้านสาธารณสุข                            | กระจายให้ตามแผนงาน โครงการ                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในกลุ่มอายุดังกล่าวก็จะคิดเป็นการลงทุนของรัฐในกลุ่มนั้นๆเลย</li> <li>● รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะกระจายการลงทุนในลักษณะของความถี่ในการใช้ประโยชน์และต้นทุน</li> <li>● โครงการที่ไม่เฉพาะกลุ่มเป้าหมายเช่น รายจ่ายด้านการบริหารจัดการ แผนงานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม งานวิจัย ฯลฯ ที่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะจะกระจายให้ตามสัดส่วนประชากร</li> </ul> | กระจายโดยอาศัยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีประสบการณ์ด้านงบประมาณโดยตรง                                                |
| 2. รายจ่ายขององค์กรท้องถิ่น                         | กระจายให้ตามแผนงานโครงการ                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | กระจายให้ตามที่ตั้งของหน่วยงาน กทม. เทศบาล สุขาภิบาล                                                                        |
| 3. รายจ่ายสำนักงานประกันสังคม                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● รายจ่ายสำหรับการคลอดบุตร การทำหมันจะกระจายให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>● รายจ่ายให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก, เงินเพิ่มตามร้อยละการใช้บริการ, ค่ารักษาพยาบาลพิเศษ, ค่ารักษาพยาบาลของกองทุนทดแทนจะกระจายให้งานรักษาพยาบาล</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | กระจายให้ตามน้ำหนักสัดส่วนจำนวนผู้มีหลักประกันตามเขตการปกครองและภูมิภาค ถ่วงด้วย อัตราการใช้บริการ และค่าบริการตามกลุ่มอายุ |
| 4. รายจ่ายสวัสดิการข้าราชการการข้าราชการและครอบครัว | กระจายให้บริการด้านรักษาพยาบาลทั้งหมด                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ใช้หลักการเหมือนของประกันสังคม                                                                                              |
| 5. รายจ่ายครุฑเรือนด้านสุขภาพ                       | กระจายให้บริการด้านรักษาพยาบาลทั้งหมด                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | กระจายให้ตามสัดส่วนจำนวนเด็กที่ถ่วงด้วยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของครุฑเรือนตามภูมิภาคและเขตปกครอง                                   |

<sup>3</sup> อาศัยหลักเกณฑ์และสัดส่วนในการกระจายของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ เรื่อง แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5-6- 7 (พ.ศ. 2525 - 2539)

## ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์นั้นเป็นฐานข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่แล้ว ไม่ได้เก็บรวบรวมใหม่จึงมีข้อจำกัดในแง่ความสมบูรณ์ โดยเฉพาะข้อมูลด้านการลงทุนซึ่งสามารถรวบรวมได้จากหน่วยงานที่มีระบบรายงานและการสำรวจอยู่แล้วเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า

#### 1.1 การลงทุนด้านสุขภาพโดยรวมในกลุ่มเด็กและเยาวชน

สืบเนื่องจากประเทศไทยประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเกิดและอัตราการเพิ่มของประชากรลดลงมีผลให้สัดส่วนของกลุ่มเด็กมีสัดส่วนลดลงเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด จากตารางที่ 4.3 สัดส่วนของประชากรที่มีอายุระหว่างแรกเกิดจนถึง 24 ปีลดลงจากร้อยละ 57 เหลือเพียงร้อยละ 47 ของประชากรทั้งหมดในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา สำหรับการลงทุนของสังคมเพื่อสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 14,701 ล้านบาท ในปี 2529 เพิ่มขึ้นกว่า 50,000 ล้านบาทในปี 2539 ซึ่งเมื่อคิดเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) แล้วพบว่า สังคมไทยลงทุนกับเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพ 1.13% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในปี 2539 และเมื่อคิดเทียบการลงทุนต่อประชากรเด็กแล้วมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 487 บาทต่อคนในปี 2529 เป็น 1,862 บาทต่อคนในปี 2539 พบว่าอัตราการเพิ่มของการลงทุนในกลุ่มเด็กเพิ่มขึ้นปีละ 15-19% ตั้งแต่ปี 2531 เป็นต้นมา หรือมีอัตราการเพิ่มจริงเมื่อคิดเทียบราคาปี 2539 อยู่ระหว่างปีละ 7-14%

ตารางที่ 4.3\_รายจ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนระหว่างปี 2529 - 2539

| พ.ศ. | ประชากรอายุต่ำกว่า 25 ปี |              | รายจ่าย<br>(1,000 บาท) | GDP<br>(1,000 บาท) | % GDP | รายจ่ายต่อคน   |             |
|------|--------------------------|--------------|------------------------|--------------------|-------|----------------|-------------|
|      | จำนวนคน                  | % ของประชากร |                        |                    |       | ราคาปีปัจจุบัน | ราคาปี 2539 |
| 2529 | 30,181,000               | 57           | 14,701,243             |                    |       | 487            | 817         |
| 2531 | 30,434,000               | 56           | 15,990,890             |                    |       | 525            | 845         |
| 2533 | 28,313,900               | 51           | 20,730,810             | 2,183,544,954      | 0.95  | 732            | 1,028       |
| 2535 | 28,305,000               | 49           | 28,566,524             | 2,830,914,095      | 1.02  | 1,009          | 1,238       |
| 2537 | 28,192,000               | 48           | 38,969,058             | 3,630,803,922      | 1.07  | 1,382          | 1,451       |
| 2539 | 28,015,000               | 47           | 52,155,454             | 4,598,288,848      | 1.13  | 1,862          | 1,862       |

ที่มา: ข้อมูลประชากร มูลค่า GDP และอัตราเงินเฟ้อมาจากการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## 1.2 แหล่งที่มาของของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน

สำหรับแหล่งที่มาของรายจ่ายนั้น รายจ่ายจากเงินงบประมาณมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในขณะที่รายจ่ายจากครัวเรือนเองนั้นมีสัดส่วนลดลงเป็นลำดับ กล่าวคือในปี 2539 ประมาณครึ่งหนึ่งของรายจ่ายด้านสุขภาพนั้นมาจากเงินงบประมาณของรัฐบาลที่จัดให้โดยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนสำหรับด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนของการตรวจสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ และเมื่อรวมแหล่งเงินจากรายจ่ายจากสวัสดิการของข้าราชการและครอบครัวสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน และรายจ่ายจากโครงการประกันสังคม (ซึ่งรัฐบาลจ่ายสมทบ 1 ใน 3) จะเป็นรายจ่ายจากภาครัฐถึงประมาณร้อยละ 65 รองลงมาเป็นรายจ่ายจากครัวเรือน ประมาณร้อยละ 30 ส่วนองค์กรท้องถิ่นนั้นมีบทบาทค่อนข้างน้อย ทั้งนี้งบประมาณภาครัฐและรายจ่ายจากประกันสังคมมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 4.4

**ตารางที่ 4.4** จำนวนและร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนระหว่างปี 2529 – 2539 แยกตามแหล่งที่มา

| ปี   | รายจ่ายด้านสุขภาพ<br>(บาท) | ร้อยละ   |                |             |                    |           |
|------|----------------------------|----------|----------------|-------------|--------------------|-----------|
|      |                            | งบประมาณ | องค์กรท้องถิ่น | ประกันสังคม | สวัสดิการข้าราชการ | ครัวเรือน |
| 2529 | 14,701,242,839             | 36.6     |                | 0.5         | 6.3                | 56.7      |
| 2531 | 15,990,890,011             | 34.6     |                | 0.5         | 7.5                | 57.3      |
| 2533 | 20,730,809,802             | 40.7     |                | 0.6         | 7.1                | 51.6      |
| 2535 | 28,566,523,906             | 42.2     |                | 7.8         | 6.2                | 43.9      |
| 2537 | 38,969,057,592             | 47.1     | 2.9            | 8.4         | 6.9                | 34.8      |
| 2539 | 52,155,454,008             | 50.2     | 2.9            | 10.2        | 6.0                | 30.7      |

เมื่อพิจารณาเฉพาะเงินงบประมาณภาครัฐที่ลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน เทียบกับงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐทั้งหมดในตารางที่ 4.5 พบว่า สัดส่วนของการลงทุนในเด็กและเยาวชนลดลงเมื่อเทียบกับการลงทุนด้านสุขภาพทั้งหมด เฉลี่ยแล้วสัดส่วนลดลงปีละ 2.5% ซึ่งเมื่อเทียบกับการลดลงของประชากรของกลุ่มเด็กและเยาวชนพบว่า ลดลงเฉลี่ยเพียงปีละ 1.9% แสดงว่าถึงแม้รัฐบาลจะลงทุนเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนแต่ก็ยังเพิ่มน้อยกว่าการลงทุนภาครัฐในประชากรวัยผู้ใหญ่

**ตารางที่ 4.5** จำนวนและร้อยละการเปลี่ยนแปลงงบประมาณด้านสาธารณสุข และประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชน ปี2529-2539

| ปี   | งบประมาณ          |                                   |           |               | ประชากรเด็กและเยาวชน |           |               |
|------|-------------------|-----------------------------------|-----------|---------------|----------------------|-----------|---------------|
|      | ทั้งหมด(ล้านบาท)* | เฉพาะเด็กและเยาวชน**<br>(ล้านบาท) | %งบประมาณ | % เปลี่ยนแปลง | จำนวน***<br>(ล้านคน) | % ประชากร | % เปลี่ยนแปลง |
| 2529 | 9,926.67          | 5,380.64                          | 54        |               | 30.18                | 57        |               |
| 2531 | 10,959.49         | 5,538.04                          | 51        | -6.8          | 30.43                | 56        | -2.5          |
| 2533 | 18,046.82         | 8,429.80                          | 47        | -7.6          | 28.68                | 51        | -8.3          |
| 2535 | 27,238.23         | 12,042.34                         | 44        | -5.4          | 28.31                | 49        | -3.8          |
| 2537 | 44,334.96         | 18,347.98                         | 41        | -6.4          | 28.19                | 48        | -2.8          |
| 2539 | 64,490.89         | 26,175.04                         | 41        | -1.9          | 28.02                | 47        | -2.8          |

ที่มา : \* จากสำนักงานงบประมาณ

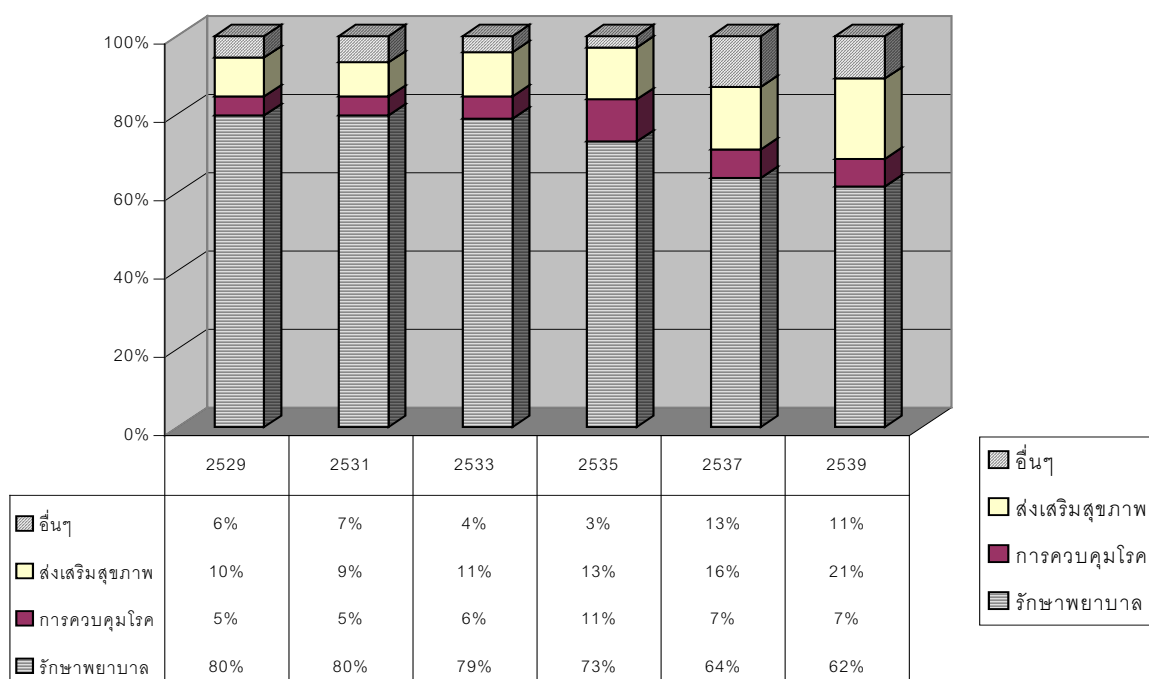
\*\* จากการศึกษา

\*\*\* จากการคาดการณ์ประชากร สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

### 1.3 ประเภทของการลงทุนด้านสุขภาพ

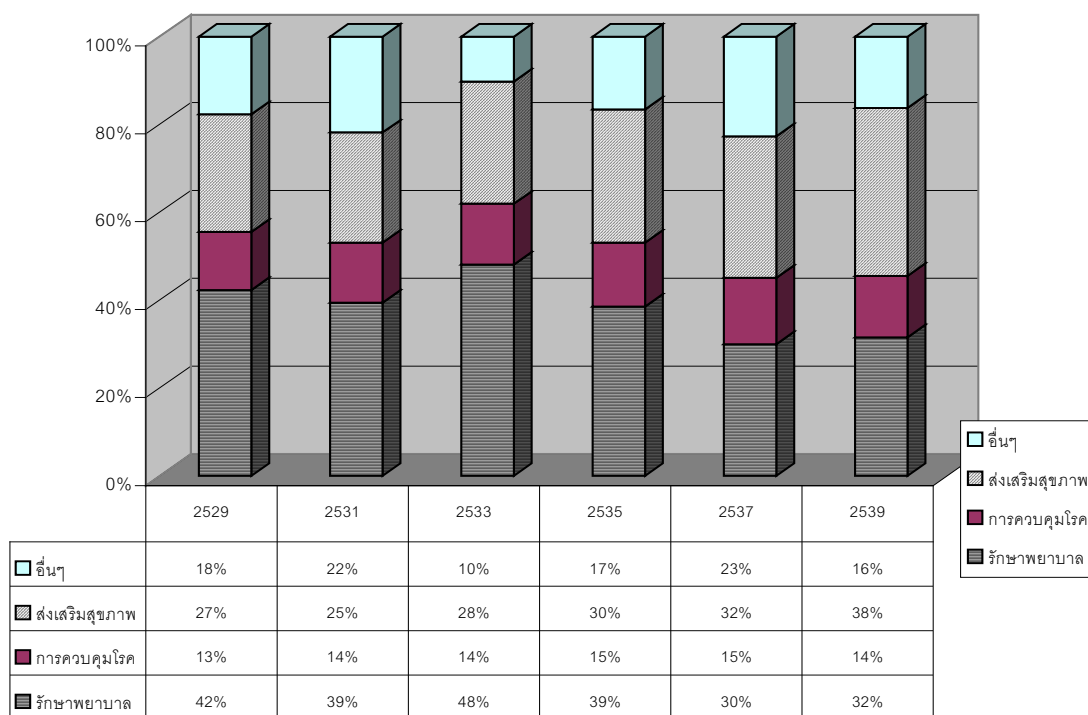
เมื่อพิจารณาประเภทของรายจ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนพบว่ารายจ่ายส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามสถิติพบว่าสัดส่วนของการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มนี้มีสัดส่วนลดลงเป็นลำดับในขณะที่สัดส่วนของการใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือสัดส่วนของรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 80 เหลือเพียงร้อยละ 62 ในปี 2539 ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจากเพียงร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 21 ในระยะสิบปีที่ผ่านมา ส่วนรายจ่ายเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคนั้นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-11 (รูปที่ 4.1)

รูปที่ 4.1 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน ปี 2529 -2539



เมื่อพิจารณาเฉพาะในส่วนของงบประมาณภาครัฐนั้นพบว่าสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการรักษายาบาลนั้นลดลงเป็นลำดับ กล่าวคือลดลงจากกว่าร้อยละ 40 เหลือเพียงประมาณร้อยละ 30 ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยงบประมาณเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 38 ซึ่งสูงกว่างบประมาณด้านการรักษายาบาล ในขณะที่งบประมาณด้านการควบคุมโรคนั้น เพิ่มขึ้นมากในปี 2535 และกลับมาอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่คือประมาณร้อยละ 15 ดังรูปที่ 4.2

รูปที่ 4.2 สัดส่วนของงบประมาณรัฐในบริการประเภทต่างๆ สำหรับเด็กและเยาวชน ปี 2529 -2539



**ตารางที่ 4.6** สัดส่วนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ราชแผนงานสำหรับเด็กและเยาวชน

| แผนงาน                         | 2529          | 2531          | 2533          | 2535          | 2537          | 2539          |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| งบควบคุมโรค                    | 706,510,731   | 760,373,659   | 1,168,308,573 | 1,748,371,494 | 2,786,111,079 | 3,999,598,327 |
| งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(%) | 24            | 27            | 34            | 36            | 43            | 41            |
| งานควบคุมโรคเอดส์ (%)          | 4             | 5             | 6             | 16            | 14            | 20            |
| งบส่งเสริมสุขภาพ               | 1,440,043,676 | 1,384,226,979 | 2,346,705,852 | 3,651,348,457 | 5,902,068,074 | 9,991,001,681 |
| งานอนามัยแม่และเด็ก (%)        | 57            | 61            | 57            | 52            | 52            | 42            |
| งานโภชนาการก่อนวัยเรียน(%)     | 13            | 12            | 14            | 12            | 14            | 21            |
| งานทันตสาธารณสุข (%)           | 11            | 12            | 10            | 9             | 8             | 7             |

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของแผนงานโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเล็กมากที่สุดโดยงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีสัดส่วนสูงที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด ในขณะที่งานควบคุมโรคเอดส์ก็มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันในระยะสิบปีเศษที่ผ่านมา สำหรับการลงทุนของรัฐด้านส่งเสริมสุขภาพนั้นพบว่างานอนามัยแม่และเด็กได้รับความสนใจมากที่สุดแต่มีสัดส่วนงบประมาณลดลง ในขณะที่งานโภชนาการได้มีบทบาทมากขึ้น รวมสองแผนงานแล้วมีสัดส่วนในงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพกว่าร้อยละ 60

#### 1.4 การกระจายของการลงทุนตามกลุ่มอายุในเด็กและเยาวชน

เมื่อพิจารณาการลงทุนด้านสุขภาพโดยรวมพบว่าสังคมไทยลงทุนด้านสุขภาพต่อคนต่อปีสูงในกลุ่มเด็กเล็กและกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายโดยมีการลงทุนต่ำที่สุดในกลุ่มเด็กช่วง 10-14 ปี แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะโครงการด้านสุขภาพของรัฐ พบว่ารัฐให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเล็กมากที่สุด โดยงบประมาณที่ลงไปในกลุ่มเด็ก 0-4 ปีนั้นสูงกว่ากลุ่มอื่นๆประมาณ 1-2 เท่า

ตารางที่ 4.7 จำนวนเงินลงทุนด้านสุขภาพต่อคนต่อปีในเด็กและเยาวชนด้านต่างๆ ตามกลุ่มอายุ ณ ราคาปี

2539

|                                                      | 2529  | 2531  | 2533  | 2535  | 2537  | 2539  |
|------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ทั้งภาครัฐ ชุมชน และครัวเรือน (บาทต่อคนต่อปี)        |       |       |       |       |       |       |
| 0- 4 ปี                                              | 1,315 | 1,406 | 1,837 | 2,004 | 2,246 | 2,498 |
| 5- 9 ปี                                              | 636   | 661   | 774   | 891   | 1,057 | 1,382 |
| 10-14 ปี                                             | 449   | 457   | 526   | 631   | 792   | 1,103 |
| 15-19 ปี                                             | 641   | 663   | 785   | 1,042 | 1,279 | 1,795 |
| 20-24 ปี                                             | 1,079 | 1,087 | 1,311 | 1,668 | 1,938 | 2,529 |
| งบประมาณรัฐบาลด้านสุขภาพ (บาทต่อคนต่อปี)             |       |       |       |       |       |       |
| 0- 4 ปี                                              | 569   | 578   | 890   | 1,081 | 1,404 | 1,780 |
| 5- 9 ปี                                              | 228   | 220   | 284   | 388   | 514   | 747   |
| 10-14 ปี                                             | 189   | 181   | 227   | 324   | 435   | 663   |
| 15-19 ปี                                             | 211   | 205   | 285   | 363   | 475   | 671   |
| 20-24 ปี                                             | 300   | 286   | 428   | 479   | 624   | 850   |
| งบประมาณรัฐบาลด้านรักษายาบาล (บาทต่อคนต่อปี)         |       |       |       |       |       |       |
| 0- 4 ปี                                              | 194   | 199   | 285   | 294   | 328   | 261   |
| 5- 9 ปี                                              | 107   | 106   | 147   | 163   | 213   | 252   |
| 10-14 ปี                                             | 68    | 66    | 90    | 100   | 134   | 167   |
| 15-19 ปี                                             | 110   | 108   | 147   | 167   | 236   | 316   |
| 20-24 ปี                                             | 200   | 189   | 260   | 290   | 386   | 480   |
| งบประมาณรัฐบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ(บาทต่อคนต่อปี)   |       |       |       |       |       |       |
| 0- 4 ปี                                              | 254   | 248   | 405   | 509   | 685   | 993   |
| 5- 9 ปี                                              | 45    | 38    | 58    | 90    | 141   | 274   |
| 10-14 ปี                                             | 45    | 38    | 58    | 90    | 141   | 274   |
| 15-19 ปี                                             | 25    | 21    | 40    | 61    | 78    | 134   |
| 20-24 ปี                                             | 25    | 21    | 30    | 56    | 78    | 145   |
| งบประมาณรัฐบาลด้านการควบคุมป้องกันโรค(บาทต่อคนต่อปี) |       |       |       |       |       |       |
| 0- 4 ปี                                              | 76    | 84    | 140   | 191   | 290   | 388   |
| 5- 9 ปี                                              | 30    | 29    | 19    | 49    | 59    | 84    |
| 10-14 ปี                                             | 30    | 29    | 19    | 49    | 59    | 84    |
| 15-19 ปี                                             | 30    | 29    | 38    | 49    | 59    | 84    |
| 20-24 ปี                                             | 29    | 29    | 79    | 47    | 59    | 86    |

ในปี 2539 รัฐลงทุนด้านสุขภาพเฉพาะในกลุ่มเด็ก 0-4 ปี (1,780 บาทต่อคน) สูงเกือบเท่ากับรายจ่ายเฉลี่ยของการลงทุนในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่รวมจากทุกแหล่ง (1,862 บาทต่อคน จากตารางที่ 4.3) เมื่อพิจารณางบประมาณด้านการรักษายาบาลนั้น พบว่า งบประมาณที่รัฐลงทุนต่อคนต่อปีนั้นไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละกลุ่มอายุ และในช่วง 4-5 ปีหลังรัฐจ่ายงบประมาณด้านการรักษายาบาลให้กับกลุ่มวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเด็ก ที่แตกต่างกันมากคือการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ในปี 2539 รัฐลงทุนด้าน

การส่งเสริมสุขภาพในเด็กเล็ก (อายุ 0-4 ปี) ถึงหัวละ 1,000 บาทและลงทุนด้านการควบคุมป้องกันโรคประมาณ 400 บาทต่อคน ขณะที่ลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่นเพียง 134-145 บาท และ 85 บาทต่อคนซึ่งต่ำกว่าการลงทุนในกลุ่มเด็กเล็กประมาณ 7 และ 5 เท่าตามลำดับ สำหรับในกลุ่มเด็ก 5-9 และ 10-14 ปีนั้นรัฐลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่ากันเนื่องจากเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียน ส่วนที่แตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มนี้คือรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลซึ่งรัฐจ่ายให้กลุ่ม 5-9 ปี มากกว่ากลุ่ม 10-14 ปี เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการลงทุนงบประมาณสาธารณสุขของรัฐตามประเภทบริการในกลุ่มอายุต่างๆ พบว่า ร้อยละ 77 ของการลงทุนของรัฐในเด็กเล็กเป็นการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ส่วนกลุ่มเด็กวัยเรียนสัดส่วนของการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคลดลงเหลือประมาณร้อยละ 50 และเหลือเพียงร้อยละ 25-30 ในกลุ่มวัยรุ่น

### 1.5 การกระจายของการลงทุนในเด็กตามพื้นที่

ในด้านการกระจายของการลงทุนในเด็กตามเขตพื้นที่การปกครอง ดังตารางที่ 4.8 นั้นพบว่ารายจ่ายส่วนใหญ่กระจายลงในเขตชนบท รองลงมาเป็นในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาล ส่วนเขตสุขภาพนั้นต่ำสุด กล่าวคือรายจ่ายในพื้นที่ชนบทคิดเป็นประมาณร้อยละ 35-45 โดยในช่วงระหว่างปี 2531-2535 สัดส่วนรายจ่ายในพื้นที่ชนบทสูงกว่าร้อยละ 40 ในขณะที่รายจ่ายในส่วนงบประมาณของรัฐซึ่งมีสัดส่วนและบทบาทในกลุ่มเด็กมากขึ้นนั้นก็มีการกระจายลงไปในพื้นที่ชนบทเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นในเขตเทศบาล สุขาภิบาล และ กรุงเทพฯ ตามลำดับ โดยในชนบทมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 34 – 37 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและเยาวชนที่กระจายตามพื้นที่ต่างๆ พบว่า สัดส่วนของเด็กที่อยู่ในชนบทนั้นมีแนวโน้มลดลงโดยตลอด ขณะที่ประชาชนที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครนั้นมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อพิจารณาการลงทุนโดยรวมและการลงทุนเฉพาะภาครัฐเทียบกับสัดส่วนประชากรพบว่า เฉพาะในเขตชนบทเท่านั้นที่มีสัดส่วนของการลงทุนโดยรวม ต่ำกว่าสัดส่วนของประชากรในขณะที่ในเขตพื้นที่อื่นๆ มีสัดส่วนการลงทุนสูงกว่าสัดส่วนประชากร สำหรับการลงทุนของภาครัฐก็เป็นไปในลักษณะเดียวกัน แต่พบว่าการลงทุนของภาครัฐนั้นเน้นไปที่ต่างจังหวัดมากกว่าในกรุงเทพมหานคร แต่ก็ยังค่อนข้างเอนเอียงไปในด้านตัวเมืองและชานเมืองมากกว่าชนบท

เมื่อพิจารณาแยกรายละเอียดงบประมาณแต่ละด้านของรัฐบาล พบว่า งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนลดลงเมื่อเทียบกับงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดของรัฐ ในขณะที่งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลนั้นมีการกระจายคล้ายคลึงกับงบประมาณด้านสุขภาพโดยรวม แต่เอนเอียงไปกับบริการด้านการรักษาพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ มากขึ้น สำหรับการลงทุนของรัฐในด้านการควบคุมและป้องกันโรคพบว่า มีสัดส่วนค่อนข้างคงที่ โดยมีสัดส่วนของการกระจายของงบ

ประมาณไปยังต่างจังหวัดและพื้นที่ชนบทมากขึ้นเป็นลำดับ ในขณะที่สัดส่วนงบประมาณด้านการควบคุมและป้องกันโรคที่ลงไปในเขตกรุงเทพฯ นั้นต่ำกว่าสัดส่วนประชากร อย่างไรก็ดี ในส่วนของกรุงเทพฯ ยังมีงบประมาณขององค์กรท้องถิ่น(งบประมาณของกรุงเทพมหานครแตกต่างหากจากงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ) การลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้นได้รับความสนใจจากภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็นลำดับโดยมีส่วนแบ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 38 ในปี 2539 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนด้านการรักษาพยาบาล ในด้านการกระจายพบว่ามีส่วนการลงทุนในเขตกรุงเทพมหานครน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการลงทุนด้านสุขภาพอื่นๆ การกระจายของงบส่งเสริมสุขภาพเอนเอียงไปยังพื้นที่ชนบท สุขาภิบาลและเทศบาล แต่ในเขตเทศบาลและสุขาภิบาลได้รับการจัดสรรงบมากกว่าในชนบทเมื่อเทียบกับงบด้านการควบคุมป้องกันโรค

ในเขตพื้นที่เทศบาลและสุขาภิบาลนั้นมีสัดส่วนของการลงทุนภาครัฐมากกว่าการลงทุนของครัวเรือนในระยะสิบปีที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของการกระจายการลงทุนในภาพรวมทั้งหมดกับงบประมาณสาธารณสุขของรัฐ อย่างไรก็ดีรัฐได้ลดบทบาทการลงทุนในกรุงเทพฯ และเทศบาล ลงตามลำดับ ขณะเดียวกันก็เพิ่มบทบาทการลงทุนในชนบทมากขึ้นเป็นลำดับทั้งในส่วนของงบด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค แต่ในภาพรวมของการลงทุนพบว่าสัดส่วนการลงทุนยังคงเอนเอียงไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล

ตารางที่ 4.8 การกระจายของงบประมาณภาครัฐด้านสุขภาพจำแนกตามประเภทบริการและพื้นที่ 2529 – 2539

|  | 2529 | 2531 | 2533 | 2535 | 2537 | 2539 |
|--|------|------|------|------|------|------|
|--|------|------|------|------|------|------|

|                                         |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>% การกระจายของประชากรวัย 0-24 ปี</b> |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 11                    | 14                    | 14                    | 15                    | 15                    | 16                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 9                     | 8                     | 8                     | 8                     | 8                     | 9                     |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 11                    | 11                    | 11                    | 12                    | 11                    | 12                    |
| - ในเขตชนบท                             | 69                    | 68                    | 67                    | 65                    | 67                    | 63                    |
| <b>รายจ่ายรวม</b>                       | <b>14,701,242,839</b> | <b>15,990,890,011</b> | <b>20,730,809,802</b> | <b>28,566,523,906</b> | <b>38,969,057,592</b> | <b>52,155,454,008</b> |
| <b>% การกระจายตามพื้นที่</b>            |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 20                    | 23                    | 28                    | 25                    | 22                    | 22                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 31                    | 18                    | 18                    | 21                    | 23                    | 23                    |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 17                    | 15                    | 14                    | 14                    | 18                    | 18                    |
| - ในเขตชนบท                             | 34                    | 45                    | 41                    | 40                    | 37                    | 37                    |
| <b>รายจ่ายงบประมาณ</b>                  | <b>5,380,637,122</b>  | <b>5,538,036,196</b>  | <b>8,429,795,616</b>  | <b>12,042,344,550</b> | <b>18,347,976,780</b> | <b>26,175,038,222</b> |
| <b>% ของการลงทุน</b>                    | <b>35.9</b>           | <b>34.1</b>           | <b>40.7</b>           | <b>42.6</b>           | <b>46.9</b>           | <b>50.2</b>           |
| <b>% การกระจายตามพื้นที่</b>            |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 23                    | 18                    | 19                    | 18                    | 19                    | 18                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 51                    | 24                    | 25                    | 28                    | 24                    | 25                    |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 20                    | 21                    | 20                    | 18                    | 22                    | 20                    |
| - ในเขตชนบท                             | 6                     | 36                    | 36                    | 36                    | 35                    | 36                    |
| <b>งบรักษาพยาบาล</b>                    | <b>2,280,565,730</b>  | <b>2,183,666,064</b>  | <b>4,052,975,141</b>  | <b>4,645,511,333</b>  | <b>5,499,219,473</b>  | <b>8,273,094,234</b>  |
| <b>% ของงบด้านสุขภาพ</b>                | <b>42</b>             | <b>39</b>             | <b>48</b>             | <b>39</b>             | <b>30</b>             | <b>32</b>             |
| <b>% การกระจายตามเขตพื้นที่</b>         |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 17                    | 10                    | 18                    | 16                    | 11                    | 24                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 58                    | 20                    | 22                    | 24                    | 21                    | 22                    |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 21                    | 22                    | 20                    | 21                    | 24                    | 17                    |
| - ในเขตชนบท                             | 3                     | 48                    | 40                    | 38                    | 44                    | 36                    |
| <b>งบควบคุมโรค</b>                      | <b>706,510,731</b>    | <b>760,373,659</b>    | <b>1,168,308,573</b>  | <b>1,748,371,494</b>  | <b>2,786,111,079</b>  | <b>3,999,598,327</b>  |
| <b>% ของงบด้านสุขภาพ</b>                | <b>13</b>             | <b>14</b>             | <b>14</b>             | <b>15</b>             | <b>15</b>             | <b>14</b>             |
| <b>% การกระจายตามเขตพื้นที่</b>         |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 11                    | 11                    | 8                     | 11                    | 12                    | 13                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 46                    | 34                    | 26                    | 29                    | 22                    | 28                    |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 30                    | 30                    | 21                    | 20                    | 26                    | 16                    |
| - ในเขตชนบท                             | 13                    | 26                    | 29                    | 39                    | 41                    | 53                    |
| <b>งบส่งเสริมสุขภาพ</b>                 | <b>1,440,043,676</b>  | <b>1,384,226,979</b>  | <b>2,346,705,852</b>  | <b>3,651,348,457</b>  | <b>5,902,068,074</b>  | <b>9,991,001,681</b>  |
| <b>% ของงบด้านสุขภาพ</b>                | <b>27</b>             | <b>25</b>             | <b>28</b>             | <b>30</b>             | <b>32</b>             | <b>38</b>             |
| <b>% การกระจายตามเขตพื้นที่</b>         |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
| - ในกรุงเทพฯ                            | 18                    | 18                    | 16                    | 17                    | 15                    | 11                    |
| - ในเขตเทศบาล                           | 50                    | 25                    | 23                    | 27                    | 23                    | 24                    |
| - ในเขตสุขาภิบาล                        | 23                    | 18                    | 16                    | 15                    | 23                    | 25                    |
| - ในเขตชนบท                             | 10                    | 39                    | 32                    | 43                    | 39                    | 40                    |

## 2. ข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

### 2.1 ดัชนีด้านสุขภาพ

#### 2.1.1 อัตราเกิดและตายตามกลุ่มอายุ

จากข้อมูลสถิติชีพพบว่าอัตราการเกิดต่อพันประชากรมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ในขณะที่อัตราทารกและมารดาตายต่อการเกิดมีชีพพันรายนั้นมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนโดยลดลงเกือบครึ่งในระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา สำหรับอัตราตายของประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยรวมนั้นพบว่าการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเหมือนจะเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการตายตามกลุ่มอายุในตารางที่ 4.9 พบว่าอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มอายุ 5-14 ปีซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 ปีขึ้นไปนั้นอัตราการตายเพิ่มขึ้นมากถึงเท่าตัวในระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา ส่งผลให้อัตราตายรวมของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยดังกล่าวข้างต้น เมื่อเทียบกับอัตราการตายรวมของประชากรทุกกลุ่มอายุก็พบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ตารางที่ 4.9 อัตราการเกิดและตายของเด็กและเยาวชนในช่วงระหว่างปี 2529 - 2539

| สถิติชีพ                         | 2529 | 2531 | 2533 | 2535 | 2537 | 2539 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| อัตราเกิดมีชีพ/1000 ประชากร      | 18   | 16   | 17   | 16.8 | 16.4 | 16.7 |
| อัตราทารกตาย/เกิดมีชีพ 1000 ราย  | 9.5  | 9.3  | 8    | 7.5  | 7.1  | 5.2  |
| อัตรามารดาตาย/เกิดมีชีพ 1000 ราย | 0.30 | 0.30 | 0.20 | 0.14 | 0.11 | 0.16 |
| อัตราตายต่อประชากรพันคน 0-24 ปี  | 1.2  | 1.2  | 1.2  | 1.2  | 1.4  | 1.3  |
| 0-4 ปี                           | 2.5  | 2.2  | 2.2  | 2.1  | 2    | 0.9  |
| 5-9 ปี                           | 0.7  | 0.6  | 0.6  | 0.5  | 0.5  | 0.5  |
| 10-14 ปี                         | 0.6  | 0.5  | 0.5  | 0.4  | 0.5  | 0.5  |
| 15-19 ปี                         | 0.9  | 1    | 1.2  | 1.2  | 1.5  | 1.7  |
| 20 - 24 ปี                       | 1.4  | 1.3  | 1.6  | 1.7  | 2.2  | 2.8  |
| อัตราตายรวมทุกกลุ่มอายุ          | 4.1  | 4.2  | 4.5  | 4.8  | 5.2  | 5.9  |

ที่มา: สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

### 2.1.2 อัตราการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุ

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนซึ่งดำเนินเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทุก 5 ปี มีการสอบถามเรื่องการเจ็บป่วยในรอบสองสัปดาห์<sup>4</sup> การบาดเจ็บ และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนที่ทำให้ต้องหยุดกิจวัตรประจำวันมากกว่า 24 ชั่วโมง ตามกลุ่มอายุนั้นมีลักษณะโค้งเป็นรูปตัวยู (U curve) กล่าวคืออัตราป่วยจะสูงในช่วงแรกของอายุหลังจากนั้นจะค่อยๆลดลงจนต่ำสุดในช่วงอายุ 15-19 ปี และจะเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆจนสูงสุดในช่วงสูงอายุ เมื่อพิจารณาในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเจ็บป่วยมีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุทั้งการเจ็บป่วยทั่วไปและการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องหยุดพักงานหรือกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามก็ดี ลักษณะการเพิ่มและลดลงในกลุ่มเด็กเล็กและเยาวชนมีความแตกต่างกัน ในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กวัยเรียนนั้นอัตราการป่วยมีแนวโน้มลดลงโดยตลอด ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นนั้นเพิ่มขึ้นจนถึงผู้สูงอายุ อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นก่อนในปี 2534 และลดลงอีกครั้งในปี 2539 สำหรับภาพรวมแล้วการรายงานว่าตนเองป่วยของประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นลดลงจาก 4.7 ครั้ง/คน/ปี เป็น 3.2 ครั้ง/คน/ปี ระหว่างปี 2534 – 2539 และอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องหยุดพักงานหรือกิจวัตรประจำวันนั้นก็ลดลงจาก 1.7 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.7 ครั้ง/คน/ปี ในระยะสิบปีที่ผ่านมา (รูปที่ 4.3)

สำหรับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>5</sup> นั้น พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นในภาพรวมของประชากรทั้งหมด รวมถึงกลุ่มเด็กและเยาวชนด้วย (ภาพที่ 4) คือ เพิ่มขึ้นจาก 4.7% เป็น 6% สำหรับประชาชนโดยรวมในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา และสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นก็เพิ่มขึ้นจาก 3% เป็น 4% แต่เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอายุย่อยพบว่ามีเพียงกลุ่มเด็ก 0-4 ปีเพียงกลุ่มเดียวที่มีอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง นอกนั้นเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ

<sup>4</sup> คำจำกัดความของการเจ็บป่วยที่ใช้ในปี 2529 ต่างจากในปี 2534 และ 2539 กล่าวคือ ในปี 2529 ใช้การเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องหยุดงานหรือกิจวัตรประจำวันมากกว่า 24 ชั่วโมง ส่วนในปี 2534 และ 2539 นั้นเป็นการรับรู้ของประชาชนว่าตนเองป่วยและมีคำถามเพิ่มในเรื่องของจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องหยุดพักงานหรือกิจวัตรประจำวัน

<sup>5</sup> ในการสำรวจปี 2534 ไม่ได้มีการถามข้อมูลการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

**ตารางที่ 4.10 อัตราป่วยของประชาชน(ครั้ง/คน/ปี) การเจ็บป่วยที่ต้องหยุดพักกิจวัตรประจำวัน (ครั้ง/คน/ปี) และร้อยละของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ปี 2529, 2534, 2539**

|                   | 2529*     |              | 2534      |                    | 2539      |                    |              |
|-------------------|-----------|--------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|--------------|
| กลุ่มอายุ         | อัตราป่วย | นอนในรพ. (%) | อัตราป่วย | ป่วยที่ต้องหยุดพัก | อัตราป่วย | ป่วยที่ต้องหยุดพัก | นอนในรพ. (%) |
| 0-4               | 3.41      | 5.7          | 8.4       | 3.1                | 6.2       | 1.4                | 4.8          |
| 5-9               | 2.13      | 2.8          | 5.2       | 2.1                | 3.5       | 0.9                | 3.4          |
| 10-14             | 1.36      | 2.0          | 3.7       | 1.3                | 2.4       | 0.5                | 2.8          |
| 15-19             | 0.94      | 2.4          | 3.2       | 1.0                | 1.9       | 0.4                | 4.0          |
| 20-24             | 1.01      | 5.4          | 3.8       | 1.2                | 2.2       | 0.5                | 6.2          |
| 25-44             | 1.24      | 5.0          | 5.3       | 1.5                | 3.0       | 0.6                | 6.1          |
| 45-59             | 1.74      | 6.0          | 8.0       | 2.3                | 5.3       | 1.0                | 6.9          |
| 60+               | 2.87      | 9.9          | 10.9      | 3.4                | 8.7       | 1.7                | 12.7         |
| ทุกกลุ่มอายุ      | 1.67      | 4.7          | 5.9       | 1.9                | 4.0       | 0.8                | 6.1          |
| กลุ่มอายุ 0-24 ปี | 1.70      | 3.0          | 4.7       | 1.7                | 3.2       | 0.7                | 4.0          |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อมูลการป่วยในปี 2529 เป็นการถามการป่วยที่ต้องหยุดพักงานหรือกิจวัตรประจำวันมากกว่า 24 ชั่วโมง

### 2.1.3 อัตราการได้รับบาดเจ็บ

อัตราการได้รับบาดเจ็บของประชาชนทุกกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กและเด็กประถมศึกษา จาก 334 และ 435 ครั้ง ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี เป็น 1,035 และ 1,085 ครั้ง ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี ตามลำดับ เพียงในช่วงระยะเวลา 5 ปี หรือเพิ่มถึงปีละ 42% และ 30% ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงปี 2539 พบว่าอัตราการได้รับบาดเจ็บของประชาชนทุกกลุ่มอายุเริ่มลดลงบ้าง โดยกลุ่มอายุ 20 - 24 ปีมีอัตราการลดมากที่สุด สำหรับอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยประถมและค่อยๆ ลดลงมาต่ำสุดในช่วงวัยทำงานและเพิ่มขึ้นอีกครั้งในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (รูปที่ 4.5)

ตารางที่ 4.11 อัตราการได้รับบาดเจ็บ (ครั้ง/พันประชากร/ปี) ของประชาชนตามกลุ่มอายุ ปี 2529, 2534 และ 2539

| กลุ่มอายุ         | 2529            | 2534            |                  | 2539            |                  |
|-------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|                   | อัตราการบาดเจ็บ | อัตราการบาดเจ็บ | อัตราเพิ่ม/ปี(%) | อัตราการบาดเจ็บ | อัตราเพิ่ม/ปี(%) |
| 0- 4              | 334             | 1,035           | 42               | 837             | -4               |
| 5- 9              | 435             | 1,085           | 30               | 936             | -3               |
| 10-14             | 389             | 809             | 22               | 705             | -3               |
| 15-19             | 371             | 702             | 18               | 615             | -3               |
| 20-24             | 313             | 760             | 29               | 483             | -7               |
| 25-44             | 312             | 642             | 21               | 518             | -4               |
| 45-59             | 362             | 651             | 16               | 591             | -2               |
| 60+               | 434             | 573             | 6                | 528             | -2               |
| รวม               | 359             | 745             | 22               | 615             | -3               |
| กลุ่มอายุ 0-24 ปี | 372             | 872             | 27               | 719             | -4               |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

#### 2.1.4 อัตราความพิการ

อัตราความพิการในแต่ละกลุ่มอายุต่อพันประชากรพบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยพบน้อยในกลุ่มเด็กวัยเรียนและมากขึ้นในกลุ่มเยาวชน อัตราความพิการในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงในระหว่างปี 2529 – 2534 และลดลงเล็กน้อยในระหว่างปี 2534 – 2539 ยกเว้นในกลุ่มอายุ 20-24 ปีที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด ทั้งนี้ความพิการที่เกิดขึ้นในกลุ่มเยาวชนนั้นเกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสำคัญ (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 อัตราพบความพิการของประชาชนตามกลุ่มอายุ /1,000 ประชากร ปี 2529, 2534, 2539

| กลุ่มอายุ         | 2529 | 2534 | อัตราเพิ่ม/ปี (%) | 2539 | อัตราเพิ่ม/ปี (%) |
|-------------------|------|------|-------------------|------|-------------------|
| 0-4               | 1.8  | 5.0  | 181               | 3.3  | -33               |
| 5-9               | 4.3  | 7.5  | 76                | 5.6  | -26               |
| 10-14             | 5.9  | 10.5 | 76                | 9.9  | -5                |
| 15-19             | 9.3  | 15.0 | 61                | 14.1 | -6                |
| 20-24             | 6.9  | 15.4 | 124               | 19.4 | 26                |
| 25-44             | 6.6  | 15.7 | 138               | 14.5 | -7                |
| 45-59             | 8.8  | 23.4 | 165               | 22.0 | -6                |
| 60+               | 20.7 | 59.0 | 186               | 54.6 | -7                |
| รวมทุกกลุ่มอายุ   | 7.6  | 18.2 | 140               | 18.0 | -1                |
| กลุ่มอายุ 0-24 ปี | 5.8  | 10.8 | 85                | 10.3 | -4                |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### 2.1.5 สาเหตุการตายด้วยกลุ่มโรคและอาการที่สำคัญ

จากฐานข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทยปี 2539<sup>6</sup> (ตารางที่ 4.13) พบว่าสาเหตุการตายของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีการผันแปรไปตามกลุ่มอายุต่างๆ อย่างไรก็ตามก็มีข้อจำกัดในสาเหตุการตายกล่าวคือ มีสัดส่วนของสาเหตุการตายด้วยกลุ่มอาการผิดปกติของการตรวจพบทางกายและผลการชันสูตร (R00 – R99)<sup>7</sup> ถึงร้อยละ 10 – 20 ในแต่ละกลุ่มอายุ และการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ระบุสาเหตุ (I509) ร้อยละ 5-8 ของการตายในแต่ละกลุ่มอายุ นั่นคือร้อยละ 20 – 30 ของสาเหตุการตายจะขาดความน่าเชื่อถือ พบว่าสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคติดเชื้อนั้นมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นแต่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี มีสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคติดเชื้อเริ่มเพิ่มขึ้นอีก โดยสาเหตุหลักคือ ภาวะโลหิตเป็นพิษ ตามด้วยวัณโรค และการติดเชื้อ HIV การติดเชื้อราและโปรโตซัว และยังพบว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนปลายมีสาเหตุการตายจากโรคของระบบเลือดและภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น (สาเหตุการตายหลักคือ Other immune deficiency) สำหรับสัดส่วนการตายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ลดลงในกลุ่มเด็กโตและเยาวชนเป็นผลเนื่องจากการตายด้วยโรคปอดบวม (Pneumonia) ลดลง หากไม่นับสาเหตุการตายด้วยกลุ่มอาการและสาเหตุผิดปกติที่ไม่ระบุชัดเจนแล้ว *อุบัติเหตุจะเป็นสาเหตุการตายหลักของทุกกลุ่มอายุที่ไม่รวมเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งขวบ* โดยอุบัติเหตุอื่นๆ จากสาเหตุภายนอกเป็นสาเหตุการตายหลักของเด็กต่ำกว่า 10 ปี ส่วนอุบัติเหตุจากรถนั้นเป็นสาเหตุการตายหลักของกลุ่มอายุสูงกว่า 10 ปี ในกลุ่มวัยรุ่นมีการตายจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 5-6 บ่งชี้ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น

<sup>6</sup> ฐานข้อมูลดังกล่าวไม่รวมการตายของกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ขวบ

<sup>7</sup> รหัสกลุ่มโรคตาม International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 4.13 สาเหตุการตายของเด็กและเยาวชน ในปี 2539

| สาเหตุการตาย                                            | 1-4 ปี |     | 5-9 ปี |     | 10-14 ปี |     | 15-19 ปี |     | 20-24 ปี |     |
|---------------------------------------------------------|--------|-----|--------|-----|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
|                                                         | จำนวน  | %   | จำนวน  | %   | จำนวน    | %   | จำนวน    | %   | จำนวน    | %   |
| Certain infectious and parasitic diseases               | 470    | 10  | 253    | 9   | 152      | 5   | 287      | 3   | 955      | 6   |
| Neoplasms                                               | 193    | 4   | 124    | 4   | 144      | 5   | 242      | 3   | 567      | 4   |
| Blood, blood forming organs and immune                  | 112    | 2   | 31     | 1   | 17       | 1   | 75       | 1   | 830      | 5   |
| Endocrine , nutritional, and metabolic diseases         | 43     | 1   | 9      | 0   | 8        | 0   | 19       | 0   | 48       | 0   |
| Mental and behavior disorders                           | 1      | 0   | 1      | 0   | 2        | 0   | 22       | 0   | 55       | 0   |
| Diseases of the nervous system                          | 232    | 5   | 167    | 6   | 149      | 5   | 363      | 4   | 590      | 4   |
| Diseases of the eye and adnexa                          | 1      | 0   |        |     |          |     | 2        | 0   |          |     |
| Diseases of the circulatory system                      | 715    | 15  | 273    | 10  | 367      | 12  | 1,105    | 11  | 2,049    | 13  |
| Diseases of the respiratory system                      | 660    | 14  | 168    | 6   | 121      | 4   | 257      | 3   | 872      | 6   |
| Diseases of the digestive system                        | 88     | 2   | 26     | 1   | 29       | 1   | 63       | 1   | 139      | 1   |
| Diseases of the skin and subcutaneous tissue            | 4      | 0   | 1      | 0   | 1        | 0   | 11       | 0   | 60       | 0   |
| Diseases of the musculoskeletal system                  |        |     | 3      | 0   | 4        | 0   | 7        | 0   | 11       | 0   |
| Diseases of the genitourinary system                    | 16     | 0   | 11     | 0   | 25       | 1   | 70       | 1   | 125      | 1   |
| Pregnancy, childbirth and the puerperium                |        |     |        |     |          |     | 8        | 0   | 16       | 0   |
| Congenital malformations                                | 71     | 1   | 13     | 0   | 7        | 0   | 6        | 0   | 4        | 0   |
| Symptoms, signs and abnormal clinical and Lab. findings | 1,039  | 22  | 450    | 16  | 398      | 13  | 681      | 7   | 1,661    | 11  |
| Transport accident                                      | 269    | 6   | 389    | 14  | 599      | 20  | 2,786    | 29  | 2,995    | 20  |
| Other external causes of accident                       | 767    | 16  | 824    | 29  | 823      | 27  | 2,461    | 25  | 2,612    | 17  |
| Intentional self harm                                   |        |     |        |     |          |     | 552      | 6   | 777      | 5   |
| Assult                                                  | 17     | 0   | 29     | 1   | 47       | 2   | 293      | 3   | 490      | 3   |
| Event of undetermined intent                            | 32     | 1   | 14     | 0   | 8        | 0   | 38       | 0   | 43       | 0   |
| Legal intervention and operation of war                 |        |     | 1      | 0   |          |     |          |     |          |     |
| Complication of medical and surgical care               |        |     |        |     |          |     |          |     | 2        | 0   |
| Sequelae of external causes                             | 62     | 1   | 69     | 2   | 96       | 3   | 327      | 3   | 302      | 2   |
| รวม                                                     | 4,792  | 100 | 2,856  | 100 | 2,997    | 100 | 9,675    | 100 | 15,203   | 100 |

ที่มา : วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายปี 2539 ของกระทรวงมหาดไทย

## 2.1.6 อัตราการป่วยและตายด้วยโรคสำคัญ

อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนนั้นมีแนวโน้มลดลงหลายโรคด้วยกันดังตารางที่ 4.14 โดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1ขวบ นั้น พบว่า คอตีบ ไอกรน หัด และบาดทะยัก ลดลงอย่างชัดเจน สำหรับวัณโรคและตับอักเสบบี พบว่าเพิ่มขึ้นในช่วงต้น แผน 6 และลดลงเป็นลำดับ แต่มาเพิ่มขึ้นอีกในช่วงปลายแผน 7 ทั้งสองโรค โรคที่เป็นปัญหาใหญ่ของประเทศคือ เอชไอวี ในระยะที่ผ่านมาเน้นหาพิจารณาในด้านการป่วย พบว่าอัตราและจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมี

ครรภ์ เด็กแรกเกิดและอัตราป่วยโดยรวมด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมายคือ สตรีมีครรภ์ ผู้บริจาคโลหิต และกลุ่มชายวัย 21 ปีที่ได้รับการคัดเลือกเป็นทหารเกณฑ์ ระหว่างปี 2532 –2540 พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและกลุ่มทหารเกณฑ์นั้นมีแนวโน้มลดลงในขณะที่กลุ่มสตรีมีครรภ์ก็มีแนวโน้มว่าจะชะลอตัวระหว่างปี 2539-40 (รูปที่ 4.6) สำหรับโรคติดต่ออื่นที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศคือไข้เลือดออกซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมและพบว่าในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้น

ในด้านอัตราตาย (ตารางที่ 4.15) อัตราตายจากโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลงชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ แสดงให้เห็นว่า แม้การควบคุมโรคจะไม่ได้ผลนัก แต่ในด้านการรักษาพยาบาลนั้นดีขึ้น นั่นคือเมื่อเป็นโรคแล้ว ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ อัตราการตายจึงลดลง สำหรับวัณโรคนั้นอัตราการตายไม่เปลี่ยนแปลงมากนักและดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 15 -19 ปี สาเหตุการตายที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือการตายจากอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น

**ตารางที่ 4.14** อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ปี 2529 -2539

| อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญ                                           | 2529   | 2531   | 2533    | 2535   | 2537   | 2539   |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| อัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก <1 ปี ต่อแสน ประชากร |        |        |         |        |        |        |
| วัณโรค                                                                | 11.38  | 16.05  | 9       | 9.03   | 9.4    | 12.24  |
| คอตีบ                                                                 | 0.89   | 0.59   | 0.09    | 0.09   | 0      | 0.09   |
| ไอกรน                                                                 | 23.57  | 28.64  | 11.64   | 10.22  | 3.13   | 1.67   |
| บาดทะยัก                                                              | 43.31  | 35.47  | 19.65   | 11.95  | 6.72   | 3.15   |
| หัด                                                                   | 206.08 | 296.77 | 230.76  | 84.12  | 241.43 | 81.73  |
| ตับอักเสบบี                                                           | 0.98   | 2.18   | 1.64    | 0.55   | 1.01   | 1.21   |
| จำนวนทารกติดเชื้อเอดส์จากมารดา                                        | 19     |        |         | 139    | 777    | 1119   |
| อัตราความชุกการติดเชื้อเอดส์ในหญิงมีครรภ์(Median)                     |        |        | 0       | 1      | 1.78   | 1.82   |
| อัตราความชุกการติดเชื้อเอดส์ในชายอายุ 21ปี(Median)                    |        |        | 1.6     | 0.6    | 3.4    | 2.2    |
| อัตราป่วยโรคเอดส์ ต่อ แสนประชากร                                      |        |        |         | 2.9    | 22.78  | 36.42  |
| อัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออก ต่อ แสนประชากร                            | 90.35  | 86.35  | 390.79  | 140.88 | 168.82 | 130.79 |
| 0-4 ปี                                                                | 105.54 | 102.58 | 278.73  | 124.07 | 137.29 | 129.91 |
| 5-9 ปี                                                                | 208.79 | 202.35 | 1151.67 | 338.97 | 379.18 | 30.7   |
| 10-14 ปี                                                              | 101.78 | 99.41  | 413.44  | 203.7  | 263.74 | 191.91 |
| 15-24 ปี                                                              | 119.28 | 10.94  | 57.98   | 19.8   | 35.97  | 18.97  |

ที่มา : ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.15 อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในเด็กและเยาวชน ปี 2529 - 2539

| อัตราการตายด้วยโรคสำคัญ (ต่อ แสนประชากร) | 2529 | 2531 | 2533 | 2535 | 2537 | 2539 |
|------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| อัตราการตายด้วยไข้เลือดออก *             | 0.77 | 0.56 | 1.37 | 0.47 | 0.5  | 0.38 |
| 0- 4 ปี                                  | 1.12 | 0.55 | 1.62 | 0.69 | 0.55 | 0.46 |
| 5- 9 ปี                                  | 1.87 | 1.35 | 3.8  | 1.23 | 1.15 | 1    |
| 10-14 ปี                                 | 0.71 | 0.75 | 1.06 | 0.33 | 0.52 | 0.41 |
| 15-24 ปี                                 | 0.03 | 0.05 | 0.22 | 0.05 | 0.08 | 0.04 |
| อัตราตายด้วยโรควัณโรค *                  | 0.12 | 0.08 | 0.08 | 0.07 | 0.08 | 0.13 |
| 0- 4 ปี                                  | 0.1  | 0.2  | 0.15 | 0.11 | 0.09 | 0.09 |
| 5 - 9 ปี                                 | 0.1  | 0.03 | 0.03 | 0.02 | 0    | 0.09 |
| 10-14 ปี                                 | 0.1  | 0.02 | 0.05 | 0    | 0.02 | 0    |
| 15-24 ปี                                 | 0.15 | 0.07 | 0.09 | 0.11 | 0.15 | 0.22 |
| อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางบก **      | 8    | 10   | 14.8 | 19.2 | 22.8 | 28.4 |
| 0- 4 ปี                                  | 2.7  | 2.1  | 1.4  | 1.3  | 1.4  | 1.3  |
| 5- 9 ปี                                  | 3.8  | 3.5  | 2.2  | 2    | 1.7  | 1.8  |
| 10-14 ปี                                 | 3.9  | 3.1  | 2.8  | 2.8  | 3    | 3.2  |
| 15-19 ปี                                 | 10.9 | 12.7 | 14   | 15.3 | 16.5 | 16.8 |
| 20-24 ปี                                 | 17.3 | 16.9 | 18.2 | 19   | 17.7 | 18.2 |

ที่มา : \* ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

\*\* สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละของจำนวนตายจากรายงาน E810-E819

## 2.1.7 ภาวะโภชนาการของกลุ่มเด็กและมารดา

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน มีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนั้น ร้อยละของเด็กที่ขาดอาหารระดับ 1, และ 2+3 ลดลงเป็นลำดับและลดมากกว่าครึ่งในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา ที่ยังอาจมีปัญหาอยู่คือกลุ่มเด็กนักเรียนซึ่งพบมีสัดส่วนของเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มมากขึ้น ภาวะการขาดสารไอโอดีนของเด็กนักเรียนมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างมากในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ส่วนภาวะโลหิตจางในเด็กนักเรียนมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ขณะที่สตรีมีครรภ์มีภาวะโลหิตจางลดลงเป็นอันมาก

ตารางที่ 4.16 ภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน และมารดา ปี 2529 - 2539

| ภาวะโภชนาการ                       | 2529  | 2531  | 2533  | 2535  | 2536  | 2537  | 2538  | 2539  |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| % เด็ก 0-5 ปีขาดสารอาหาร           |       |       |       |       |       |       |       |       |
| ระดับ 1                            | 21.84 | 19.99 | 18.06 | 16.23 |       | 11.52 | 10.93 | 9.69  |
| ระดับ 2 และ 3                      | 3.25  | 2.01  | 7.45  | 0.87  |       | 0.743 | 0.72  | 0.63  |
| % นักเรียนประถม น้หนักต่ำกว่าเกณฑ์ |       |       |       | 1.39  | 2.58  | 2.81  |       |       |
| % นักเรียนประถมขาดสารไอโอดีน       |       |       |       |       | 9.77  | 7.79  |       | 4.24  |
| % นักเรียนประถมโลหิตจาง            |       |       |       |       | 17.15 | 17.79 |       | 13.74 |
| % หญิงมีครรภ์โลหิตจาง              |       | 27.68 | 18.77 | 16.11 | 14.5  | 14.08 |       | 12.88 |

ที่มา : 1. สถิติประชากรและการอนามัยครอบครัว เล่ม 1 (พ.ศ.. 2532), เล่ม 2 (พ.ศ.2534) และเล่ม 3 (พ.ศ. 2535)

2. รายงานประจำปี 2536, 2537, 2538 และ 2539 กรมอนามัย

### 2.1.8 สุขภาพช่องปากของเด็กและเยาวชน

โรคฟันผุและเหงือกอักเสบเป็นโรคที่มีความชุกสูงในเด็กและเยาวชน จากตารางที่ 4.17 ในภาพรวมระดับประเทศ สัดส่วนผู้เป็นโรคฟันผุมีมากขึ้น ทั้งในกลุ่มอายุ 12 และ 17-18 ปี ในกลุ่มอายุ 17-18 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ควรฟันขึ้นครบ 28 ซี่ พบว่า สัดส่วนผู้มีฟันครบ 28 ซี่ ลดลงจากร้อยละ 79 ในปี 2532 เป็น 66.5 ในปี 2537 บ่งบอกถึงการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควรและอาจก่อให้เกิดปัญหาการบดเคี้ยวในอนาคต ดัชนีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด (DMFT) บ่งบอกถึงประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุในระดับบุคคล ซึ่งพบว่า สถานการณ์ความรุนแรงของโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 12 ปีค่อนข้างคงที่อยู่ในระดับต่ำ (1.5 ซี่ต่อคน) และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 1.6 ซี่ต่อคนในปี 2537 สำหรับกลุ่มอายุ 17-18 ปีมีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด ลดลงจาก 3 ซี่ต่อคนในปี 2527 เป็น 2.7 ในปี 2532 และ 2.4 ในปี 2537 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากดัชนีดังกล่าว ได้รวม การเป็นโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษา (Decay) และการได้รับการรักษา คือ ถอน(Missing) และ อุด (Filling) เข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ภาพสถานการณ์ของโรคฟันผุไม่ชัดเจนนัก

ดัชนีที่ใช้ในการสำรวจสถานะปริทันต์คือ Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) โดย การมีเลือดออกและหินน้ำลายบ่งบอกภาวะเหงือกอักเสบ ส่วนการมีร่องปริทันต์ลึกบ่งบอกการเป็นโรคปริทันต์ซึ่งปกติจะไม่พบในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากตารางที่ 4.18 พบว่า ทั้งกลุ่มอายุ 12 และ 17-18 ปี มีปัญหาโรคเหงือกอักเสบมากขึ้นทั้งในแง่ความชุก (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยของส่วนในช่องปากซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงในระดับบุคคล

**ตารางที่ 4.17** สถานการณ์การเป็นโรคฟันผุของเด็กและเยาวชน ปี 2527, 2532 และ 2537

| กลุ่มอายุ (ปี) | ปี   | % ผู้มีฟันครบ 28 ซี่ | %ผู้มีฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ | ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด(ซี่/คน) |
|----------------|------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 12             | 2527 |                      | 45.8                     | 1.5                             |
|                | 2532 |                      | 49.2                     | 1.5                             |
|                | 2537 |                      | 53.9                     | 1.6                             |
| 17-18          | 2527 | 65.0                 | 63.1                     | 3                               |
|                | 2532 | 79.0                 | 63.3                     | 2.7                             |
|                | 2537 | 66.5                 | 63.7                     | 2.4                             |

ที่มา : รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 3 และ 4 ประเทศไทย ปี 2527, 2532 และ 2537  
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

**ตารางที่ 4.18** สภาวะปริทันต์ของเด็กและเยาวชน ปี 2527, 2532 และ 2537

| กลุ่มอายุ (ปี) | ปี   | ปกติ   |                         | เลือดออก |                        | หินน้ำลาย |                        | ร่องปริทันต์ลึก |                        |
|----------------|------|--------|-------------------------|----------|------------------------|-----------|------------------------|-----------------|------------------------|
|                |      | ร้อยละ | จำนวนส่วน<br>ในช่องปาก* | ร้อยละ   | จำนวนส่วน<br>ในช่องปาก | ร้อยละ    | จำนวนส่วน<br>ในช่องปาก | ร้อยละ          | จำนวนส่วน<br>ในช่องปาก |
| 12             | 2527 | 5.9    | 1.5                     | 2.2      | 0.4                    | 84.4      | 3.6                    |                 |                        |
|                | 2532 | 6.2    | 1.4                     | 4.6      | 0.8                    | 89.1      | 3.6                    |                 |                        |
|                | 2537 | 2.3    | 1.4                     | 9.8      | 1.1                    | 87.5      | 3.5                    |                 |                        |
| 17-18          | 2527 | 16.2   | 0.9                     | 3.2      | 0.2                    | 75.8      | 4.6                    | 0.3             | 0                      |
|                | 2532 | 3.4    | 1.3                     | 2.6      | 0.5                    | 87.3      | 4                      | 0               | 0                      |
|                | 2537 | 2.4    | 1.1                     | 3.2      | 0.5                    | 88.2      | 4.3                    | 6.2             | 0.1                    |

\* ใช้ฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยเป็นจุดแบ่ง แบ่งช่องปากได้ 6 ส่วน (sextant)

ที่มา : รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 3 และ 4 ประเทศไทย ปี 2527, 2532 และ 2537  
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เมื่อพิจารณาตามเขตพื้นที่ สถานการณ์ของโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น (ตารางที่ 4.19) นั่นคือ ความรุนแรงของโรคในระดับบุคคลลดลงและผู้เป็นโรคเข้าถึงบริการมากขึ้นในทุกพื้นที่ ยกเว้น กลุ่มอายุ 12 ปีในกรุงเทพมหานคร ที่ยังคงเป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษาสูงอยู่ กลุ่มอายุ 12 ปีในเขต ชนบทเป็นโรคเฉลี่ย (ซี่ต่อคน) น้อยกว่าในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 17-18 ปี ในเขตชนบทเป็นโรคมากกว่าเขตเมืองเล็กน้อย

**ตารางที่ 4.19** การเป็นโรคฟันผุยังไม่ได้รักษา (ค่าเฉลี่ยฟันผุ ซี/คน) ของเด็กและเยาวชน ปี2527,2532 และ 2537 จำแนกตามพื้นที่

| กลุ่มอายุ (ปี) | ปี   | ทั่วประเทศ | กรุงเทพฯ | เมือง | ชนบท |
|----------------|------|------------|----------|-------|------|
| 12             | 2527 | 1.4        | 2.2      | 2.4   | 1.3  |
|                | 2532 | 1.3        | 1.9      | 2.1   | 1.1  |
|                | 2537 | 1.2        | 2.1      | 1.3   | 1    |
| 17-18          | 2527 | 2.3        | 2.3      | 3.4   | 2.2  |
|                | 2532 | 1.9        | 2.5      | 2.4   | 1.7  |
|                | 2537 | 1.4        | 1.7      | 1.4   | 1.5  |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากรายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 3 และ 4 ประเทศไทย ปี2527, 2532 และ 2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

จากตารางที่ 4.20 จะพบว่าทั้งกลุ่มอายุ 12 และ 17-18 ปี ในกรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการมากกว่าเขตเมืองและชนบทตั้งแต่ปี 2527 แต่จากปี 2532-2537 สัดส่วนการได้รับบริการทันตกรรมในเขตชนบทและเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งได้รับบริการอุดฟันเพิ่มขึ้นเท่าตัวในเขตชนบทและมากกว่าเท่าตัวในเขตเมืองจากปี 2532 ขณะที่ร้อยละค่าเฉลี่ยฟันผุยังคงที่ในเขตชนบทและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเขตเมือง ซึ่งเป็นผลจากการมีทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาเข้าสู่ระบบราชการและการเพิ่มกรอบเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2531 มีความครอบคลุมมากขึ้น (กองทันตสาธารณสุข 2541) ในกลุ่มอายุ 17-18 ปี พบว่า ร้อยละค่าเฉลี่ยฟันผุเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ซึ่งคนกลุ่มนี้อาจประสบปัญหาการสบฟันในอนาคตหากไม่ได้รับบริการใส่ฟันปลอมทดแทน สอดคล้องกับตารางที่ 4.17 ว่า ร้อยละของผู้มีฟันถาวรครบ 28 ซี่ ลดลงจากปี 2532

**ตารางที่ 4.20** การได้รับบริการทันตกรรม (ร้อยละของค่าเฉลี่ย ฟันถอนและฟันอุด ต่อ ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด)  
จำแนกตามพื้นที่

| กลุ่มอายุ<br>(ปี) | ปี   | ร้อยละของค่าเฉลี่ยฟันถอน (%MT) |          |       |      | ร้อยละของค่าเฉลี่ยฟันอุด (%FT) |          |       |      |
|-------------------|------|--------------------------------|----------|-------|------|--------------------------------|----------|-------|------|
|                   |      | ทั่วประเทศ                     | กรุงเทพฯ | เมือง | ชนบท | ทั่วประเทศ                     | กรุงเทพฯ | เมือง | ชนบท |
| 12                | 2527 | 0                              | 6.7      | 3.8   | 0    | 6.7                            | 20.0     | 3.8   | 0    |
|                   | 2532 | 6.7                            | 6.7      | 8.0   | 7.7  | 6.7                            | 30.0     | 8.0   | 7.7  |
|                   | 2537 | 6.2                            | 6.9      | 10.5  | 7.7  | 18.8                           | 20.0     | 21.0  | 15.4 |
| 17-18             | 2527 | 10.0                           | 18.9     | 16.7  | 8.0  | 13.3                           | 3.8      | 12.5  | 4.0  |
|                   | 2532 | 11.1                           | 8.7      | 11.9  | 13.0 | 18.5                           | 40.0     | 30.9  | 13.0 |
|                   | 2537 | 16.7                           | 11.6     | 16.7  | 14.3 | 25.0                           | 48.9     | 36.7  | 14.3 |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากรายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 3 และ 4 ประเทศไทย ปี2527, 2532 และ 2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

### 2.1.9 พฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้น พิจารณาจากอัตราการสูบบุหรี่ (ตารางที่ 4.21), การดื่มสุรา (ตารางที่ 4.22) และความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ (ตารางที่ 4.23) อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทยในทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลงจากปี 2534-2539 ทั้งเพศชายและหญิง อย่างไรก็ตามพบว่า อายุที่เริ่มมีการสูบบุหรี่ลดต่ำลง ช่วงอายุที่สูบบุหรี่กันมากคืออายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงหลายสิบเท่า อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมในเพศชายลดลงจากร้อยละ 48 เหลือประมาณร้อยละ 44 ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ของเพศหญิงลดลงจากร้อยละ 4 เหลือร้อยละ 2.5

สำหรับการดื่มสุรานั้นพบว่า แนวโน้มของผู้ดื่มสุราเป็นประจำไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง กล่าวคือในเพศหญิงมีอัตราการดื่มสุราลดลงในขณะที่ของเพศชายเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยทำงาน

สำหรับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะนั้น แม้ว่าอัตราการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์และรถยนต์จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นก็ตามแต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนประชากรที่ขับขีรถจักรยานยนต์และรถยนต์เป็นประจำระหว่างปี 2534-2539 เพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าตัวซึ่งคงเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว และมีการเติบโตของอุตสาหกรรมด้านยานพาหนะและ การคมนาคม และอำนาจซื้อของประชา

ชนเพิ่มมากขึ้น ในช่วงระหว่างเวลาดังกล่าวถึงแม้อัตราการสมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยจะเพิ่มสูงขึ้นมากก็ตาม (จาก 5% เป็น 28% สำหรับหมวกนิรภัย และ จาก 3% เป็น 34% สำหรับการคาดเข็มขัดนิรภัย) แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อย (ตารางที่ 4.23)

**ตารางที่ 4.21** อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 10 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศและปีที่สำรวจ

| กลุ่มอายุ (ปี) | 2529 |      | 2534 |      | 2539 |      |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
|                | ชาย  | หญิง | ชาย  | หญิง | ชาย  | หญิง |
| 10-14          | 0.7  | 0.3  | 0.8  | 0.1  | 0.5  | 0.1  |
| 15-19          | 23.6 | 0.8  | 23.4 | 0.7  | 18.3 | 0.3  |
| 20-24          | 54.2 | 1.7  | 54.3 | 1.3  | 47.7 | 1.1  |
| 25-29          | 65.3 | 3.0  | 62.6 | 2.5  | 54.4 | 1.5  |
| 30-34          | 66.6 | 4.0  | 64.0 | 3.4  | 55.9 | 2.4  |
| 35-39          | 69.6 | 5.8  | 63.7 | 5.6  | 58.3 | 2.6  |
| 40-49          | 71.7 | 8.8  | 65.2 | 7.5  | 56.4 | 3.8  |
| 50-59          | 75.5 | 10.5 | 64.8 | 9.0  | 57.9 | 5.9  |
| 60+            | 67.3 | 8.7  | 56.7 | 8.2  | 48.7 | 4.8  |
| รวมทั้งประเทศ  | 48.8 | 4.1  | 44.8 | 3.4  | 44.6 | 2.5  |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**ตารางที่ 4.22** อัตราต่อร้อยละประชากร ของการดื่มสุร่าจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ ปี 2534 2539

| กลุ่มอายุ (ปี) | 2534       |     |      | 3539       |     |      |
|----------------|------------|-----|------|------------|-----|------|
|                | ประชากรรวม | ชาย | หญิง | ประชากรรวม | ชาย | หญิง |
| 14-19          | 12         | 22  | 2    | 11         | 20  | 1    |
| 20-24          | 33         | 59  | 5    | 31         | 56  | 6    |
| 25-29          | 38         | 67  | 9    | 38         | 68  | 7    |
| 30-34          | 40         | 69  | 12   | 39         | 68  | 10   |
| 35-39          | 41         | 66  | 15   | 41         | 69  | 12   |
| 40-49          | 40         | 65  | 16   | 39         | 66  | 13   |
| 50-59          | 34         | 56  | 14   | 34         | 60  | 10   |
| 60+            | 22         | 38  | 9    | 20         | 37  | 6    |
| รวม            | 31         | 54  | 10   | 31         | 55  | 8    |

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**ตารางที่ 4.23** จำนวนผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และรถยนต์ และร้อยละของผู้ที่สวมหมวกนิรภัยและรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขยับขี่

| กลุ่มอายุ<br>(ปี) | 2534                   |                     |                  |                                | 2539                   |                     |                  |                                |
|-------------------|------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------|
|                   | การขับขี่รถจักรยานยนต์ |                     | การขับขี่รถยนต์  |                                | การขับขี่รถจักรยานยนต์ |                     | การขับขี่รถยนต์  |                                |
|                   | จำนวน<br>(พันคน)       | % สวมหมวก<br>นิรภัย | จำนวน<br>(พันคน) | % รัดเข็มขัด<br>นิรภัยทุกครั้ง | จำนวน<br>(พันคน)       | % สวม<br>หมวกนิรภัย | จำนวน<br>(พันคน) | % รัดเข็มขัด<br>นิรภัยทุกครั้ง |
| 14-19             | 456.90                 | 2                   | 13.80            | 0                              | 3,703.90               | 17                  | 923.10           | 5                              |
| 20-24             | 425.60                 | 3                   | 41.50            | 0                              | 3,197.70               | 29                  | 735.50           | 18                             |
| 25-29             | 375.10                 | 7                   | 57.80            | 8                              | 2,929.30               | 32                  | 674.90           | 38                             |
| 30-34             | 274.80                 | 7                   | 67.80            | 2                              | 2,611.20               | 33                  | 619.70           | 48                             |
| 35-39             | 213.70                 | 7                   | 45.90            | 5                              | 2,200.40               | 31                  | 539.20           | 74                             |
| 40-49             | 260.80                 | 10                  | 66.60            | 2                              | 2,900.00               | 30                  | 832.50           | 55                             |
| 50-59             | 125.60                 | 7                   | 22.80            | 4                              | 1,272.00               | 27                  | 529.60           | 37                             |
| 60+               | 38.10                  | 6                   | 8.70             | 3                              | 418.80                 | 28                  | 628.80           | 9                              |
| รวม               | 2,170.60               | 5                   | 324.90           | 3                              | 19,233.30              | 28                  | 5,483.30         | 34                             |

ที่มา : ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## 2.2 ดัชนีด้านการเข้าถึงบริการ

### 2.2.1 การมีหลักประกันด้านสุขภาพ

การมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยดีขึ้นเป็นลำดับ จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนในตารางที่ 4.24 การมีหลักประกันด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 46 ระหว่างปี 2534-2539 แต่กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานประกันสุขภาพพยายามขยายการมีหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี และผู้สูงอายุทุกคนซึ่งหากดำเนินการได้ครบถ้วนจะทำให้หลักประกันสุขภาพในภาพรวมเพิ่มเป็นร้อยละ 63 โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุดรองลงมาเป็นกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจ กลุ่มเด็กเล็กมีหลักประกันน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่าการมีหลักประกันสุขภาพนั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 39 ในปี 2539 แต่หากนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพของรัฐบาลมีประสิทธิผลจะเพิ่มความครอบคลุมการมีหลักประกันในกลุ่มนี้เป็นร้อยละ 72

สำหรับประเภทของหลักประกันสุขภาพนั้นพบว่า ในปี 2534 สวัสดิการข้าราชการและครอบครัวเป็นหลักประกันสุขภาพที่มีสัดส่วนมากที่สุดประมาณร้อยละ 13 รองลงมาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลร้อยละ 12 ส่วนกลุ่มอื่นๆนั้นมีบทบาทเพียงเล็กน้อย สำหรับในปี 2539 นั้นจากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า บัตรประกันสุขภาพมีสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 13 รองลงมาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และสวัสดิการข้าราชการ และโครงการประกันสังคม ร้อยละ 12, 11 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งโครงการเหล่านี้ล้วนแต่เป็นการดำเนินงานของภาครัฐทั้งสิ้น จึงกล่าวได้ว่าการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยนั้นส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายของภาครัฐเป็นหลัก

**ตารางที่ 4.24** ร้อยละการมีหลักประกันด้านสุขภาพของคนไทยตามกลุ่มอายุ ปี 2534 และ 2539

| กลุ่มอายุ (ปี) | 2534                        | 2539                        |                  |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
|                | การสำรวจอนามัยและสวัสดิการฯ | การสำรวจอนามัยและสวัสดิการฯ | กระทรวงสาธารณสุข |
| 0-4            | 28                          | 36                          | 100              |
| 5-9            | 32                          | 41                          | 100              |
| 10-14          | 31                          | 41                          | 75               |
| 15-19          | 28                          | 38                          | 38               |
| 20-24          | 26                          | 41                          | 41               |
| 25-44          | 36                          | 47                          | 47               |
| 45-59          | 38                          | 49                          | 49               |
| 60+            | 44                          | 67                          | 100              |
| รวม            | 34                          | 46                          | 63               |
| เฉพาะ 0-24 ปี  | 29                          | 39                          | 72               |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2534 และ 2539

## 2.2.2 การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล

การใช้บริการของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยในระยะสิบปีที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น กล่าวคือสัดส่วนของประชาชนที่ไม่ได้รับการรักษาเมื่อรู้สึกว่ตนเองป่วยนั้นลดลงเป็นลำดับทั้งในภาพรวมและเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ขณะเดียวกันสัดส่วนของการซื้อยากินเองก็ลดลง แต่มีสัดส่วนของการใช้บริการของสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนของการใช้บริการที่สถานอนามัยและบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นเพิ่มขึ้นประมาณเท่าตัวและการใช้บริการกับสถานพยาบาลที่มีแพทย์ประจำก็เพิ่มขึ้นเป็นครึ่งหนึ่งของการเจ็บป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 4.25)

**ตารางที่ 4.25** ร้อยละการให้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนทั่วไปและในกลุ่มเด็กและเยาวชนปี 2529, 2534 และ 2539

| การให้บริการ                    | ประชาชนทุกกลุ่มอายุ |      |      | ประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชน |      |      |
|---------------------------------|---------------------|------|------|---------------------------|------|------|
|                                 | 2529                | 2534 | 2539 | 2529                      | 2534 | 2539 |
| ไม่รักษา                        | 11                  | 6    | 3    | 12                        | 5    | 2    |
| ซื้อยากินเอง                    | 47                  | 39   | 28   | 45                        | 37   | 26   |
| การแพทย์พื้นบ้าน, สมุนไพร       | 0                   | 3    | 3    | 0                         | 2    | 2    |
| สถานีนอนมัย, อาสาสมัครสาธารณสุข | 8                   | 13   | 16   | 10                        | 17   | 20   |
| สถานพยาบาลที่มีแพทย์            | 34                  | 39   | 50   | 33                        | 39   | 50   |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลด้านการเจ็บป่วยจะเห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนโดยรวมมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 4.10) แต่เมื่อพิจารณาด้านการให้บริการแล้วพบว่าการให้บริการในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าอัตราการให้บริการรวมของประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มจาก 0.7 ครั้ง/คน/ปี เป็น 2.6 ครั้ง/คน/ปี และในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นก็เพิ่มจากฐานเดียวกันเป็น 2.2 ครั้ง/คน/ปี ในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการให้บริการสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มเด็กเล็ก ทั้งนี้การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก (ตารางที่ 4.26)

**ตารางที่ 4.26** อัตราการให้บริการของประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ ปี 2529, 2534 และ 2539

| กลุ่มอายุ (ปี)  | การให้บริการ(ครั้ง/คน/ปี) |      |      | การให้บริการภาครัฐ(ครั้ง/คน/ปี) |      |      |
|-----------------|---------------------------|------|------|---------------------------------|------|------|
|                 | 2529                      | 2534 | 2539 | 2529                            | 2534 | 2539 |
| 0-4             | 2.1                       | 5.9  | 5.0  | 1.0                             | 3.2  | 2.8  |
| 5-9             | 1.0                       | 3.0  | 2.5  | 0.4                             | 1.7  | 1.5  |
| 10-14           | 0.5                       | 1.9  | 1.5  | 0.2                             | 1.1  | 0.9  |
| 15-19           | 0.3                       | 1.3  | 1.0  | 0.1                             | 0.7  | 0.6  |
| 20-24           | 0.4                       | 1.7  | 1.2  | 0.2                             | 0.9  | 0.8  |
| 25-44           | 0.5                       | 2.4  | 1.7  | 0.2                             | 1.3  | 1.1  |
| 45-59           | 0.7                       | 4.2  | 3.4  | 0.3                             | 2.6  | 2.3  |
| 60+             | 1.3                       | 6.0  | 5.8  | 0.6                             | 4.1  | 4.4  |
| รวมทุกกลุ่มอายุ | 0.7                       | 3.1  | 2.6  | 0.3                             | 1.8  | 1.7  |
| 0-24            | 0.7                       | 2.7  | 2.2  | 0.3                             | 1.4  | 1.3  |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### 2.2.3 การได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐาน

จากข้อมูลการสำรวจและรายงานของกรมอนามัยพบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานทั้งในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและอนามัยแม่และเด็กของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้พบว่าในปัจจุบันความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปี มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 สตรีมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก และได้รับการดูแลระหว่างคลอดจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ตารางที่ 4.27 ความครอบคลุมการได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับเด็กและมารดา

ปี 2529 - 2539

| การได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐาน | 2529 | 2531  | 2533  | 2535  | 2537  | 2539  |
|---------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| การได้ BCG ในเด็ก < 1 ปี        | 92.6 | 91    | 100   |       |       | 98.44 |
| การได้ DPT3 ในเด็ก < 1 ปี       | 69.4 | 79.7  | 85.19 |       |       | 94.31 |
| การได้ OPV3 ในเด็ก < 1 ปี       | 68.6 | 79.6  | 85.64 |       |       | 94.31 |
| การได้ M ในเด็ก < 1 ปี          | 52.3 | 62.9  | 69.89 |       |       | 90.76 |
| การได้ T ในหญิงมีครรภ์          | 43.8 | 61    | 75.55 |       |       | 82.49 |
| การฝากครรภ์ครบ                  |      | 62.08 | 65.2  | 68.06 | 71.63 | 83.8  |
| การคลอดกับบุคลากรทางการแพทย์    |      | 67.9  | 84.8  | 87.4  | 89.59 | 95    |

ที่มา : สถิติสาธารณสุข และรายงานประจำปี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

## 2.3 ดัชนีด้านการกระจาย

### 2.3.1 การเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ และการพิการ ของเด็กและเยาวชน

จากตารางที่ 4.28 เมื่อพิจารณาอัตราการป่วยพบว่าเด็กและเยาวชนในแต่ละภาคและเขตปกครองมีแนวโน้มป่วยลดลงในทุกพื้นที่ โดยกรุงเทพมหานคร มีอัตราการป่วยต่ำที่สุด ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มการลดลงน้อยที่สุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการป่วยสูงที่สุด ในขณะที่ภาคใต้มีอัตราการลดลงของการป่วยสูงที่สุดคือลดลงเท่าตัวในทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า อัตราการป่วยสูงที่สุดในเขตชนบทและลดน้อยลงตามลำดับในเขตสุขาภิบาล, เทศบาล และกรุงเทพมหานคร กล่าวโดยสรุป แม้แนวโน้มสุขภาพของประชาชนจะดีขึ้นในทุกเขตแต่ก็ยังไม่เท่าเทียมกันในภาวะสุขภาพของประชาชนตามภูมิภาคและเขตการปกครอง

ตารางที่ 4.28 แสดงการกระจายของอัตราการป่วย การได้รับบาดเจ็บและการพิการตามภาคและเขตปกครอง

|                                                             | 2529         | 2534        | 2539        |
|-------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| <b>อัตราการป่วยที่ต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน (ครั้ง/คน/ปี)</b> | <b>1.7</b>   | <b>1.7</b>  | <b>1.3</b>  |
| ภาคเหนือ                                                    | 1.2          | 1.9         | 1.2         |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                       | 2.0          | 2.1         | 1.6         |
| ภาคใต้                                                      | 2.2          | 1.4         | 1.1         |
| ภาคกลาง                                                     | 1.8          | 1.7         | 1.2         |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล                                          | 1.0          | 1.0         | 0.9         |
| เทศบาลและเขตเมือง                                           | 1.4          | 1.2         | 1.0         |
| เขตสุขาภิบาลและชานเมือง                                     | 1.7          | 1.6         | 1.2         |
| เขตชนบท                                                     | 2.0          | 2.1         | 1.5         |
| <b>อัตราการได้รับบาดเจ็บ (ราย/พันประชากร/ปี)</b>            | <b>372</b>   | <b>872</b>  | <b>719</b>  |
| ภาคเหนือ                                                    | 495          | 884         | 770         |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                       | 407          | 770         | 799         |
| ภาคใต้                                                      | 238          | 771         | 600         |
| ภาคกลาง                                                     | 367          | 887         | 780         |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล                                          | 302          | 1129        | 361         |
| เทศบาลและเขตเมือง                                           | 339          | 1002        | 642         |
| เขตสุขาภิบาลและชานเมือง                                     | 343          | 812         | 762         |
| เขตชนบท                                                     | 414          | 802         | 741         |
| <b>อัตราความพิการ (ร้อยละ)</b>                              | <b>0.58%</b> | <b>1.1%</b> | <b>1.0%</b> |
| ภาคเหนือ                                                    | 0.69%        | 1.2%        | 1.1%        |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                       | 0.51%        | 1.3%        | 1.2%        |
| ภาคใต้                                                      | 0.57%        | 1.0%        | 1.1%        |
| ภาคกลาง                                                     | 0.69%        | 1.1%        | 1.0%        |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล                                          | 0.47%        | 0.6%        | 0.2%        |
| เทศบาลและเขตเมือง                                           | 0.45%        | 0.7%        | 0.6%        |
| เขตสุขาภิบาลและชานเมือง                                     | 0.60%        | 1.2%        | 1.1%        |
| เขตชนบท                                                     | 0.68%        | 1.4%        | 1.2%        |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับอัตราการได้รับบาดเจ็บนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับช่วงต้นของแผนฯ 6 แม้จะมีแนวโน้มลดลงในช่วงหลังก็ตาม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีอัตราการได้รับบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนสูงที่สุด และต่ำสุดในเขตกรุงเทพมหานคร และเมื่อเทียบเขตการปกครองก็พบว่า มีลักษณะเหมือนกับอัตราการป่วย คือ สูงสุดในเขตชนบท รองลงมาคือเขตสุขาภิบาล เทศบาล และกรุงเทพมหานคร

อัตราความพิการมีลักษณะการกระจายคล้ายกับการได้รับบาดเจ็บ กล่าวคือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแทบทุกภาคยกเว้นกรุงเทพมหานคร โดยมีอัตราการเพิ่มสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนในเขตชนบทและ

เขตสุขภาพมีอัตราความพิการใกล้เคียงกัน และในเขตเทศบาลพบน้อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่ง โดยในกรุงเทพมหานครยังคงพบต่ำที่สุด

### 2.3.2 การมีหลักประกันสุขภาพ

การมีหลักประกันด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไป สัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่มีหลักประกันด้านสุขภาพนั้นเพิ่มขึ้น โดยลักษณะของการกระจายของการมีหลักประกันด้านสุขภาพต่างจากการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือเด็กและเยาวชนที่อยู่ในภูมิภาคและชนบทมีหลักประกันสุขภาพมากกว่าเด็กที่อยู่ในเมืองและกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้มีหลักประกันสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ในขณะที่ภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของผู้มีหลักประกันสุขภาพใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาการกระจายตามเขตปกครองก็พบว่าประชาชนในเขตชนบทและสุขภาพมีหลักประกันสุขภาพมากกว่าในเขตเมือง ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากบทบาทของภาครัฐในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล, โครงการประกันสุขภาพนักเรียนและโครงการบัตรสุขภาพมีบทบาทในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนในภูมิภาคเป็นอย่างมาก (ตารางที่ 4.29)

**ตารางที่ 4.29** ร้อยละการมีหลักประกันด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนปี 2534 และ 2539 จำแนกตามภูมิภาคและเขตปกครอง

| การมีหลักประกันด้านสุขภาพ | 2534 | 2539 | 2539(2) |
|---------------------------|------|------|---------|
| รวมทั่วประเทศ             | 29   | 39   | 72      |
| ภาคเหนือ                  | 36   | 49   | 77      |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ     | 35   | 44   | 76      |
| ภาคใต้                    | 27   | 42   | 71      |
| ภาคกลาง                   | 23   | 29   | 66      |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล        | 22   | 28   | 59      |
| เทศบาลและเขตเมือง         | 27   | 36   | 66      |
| เขตสุขภาพและชนเมือง       | 30   | 40   | 72      |
| เขตชนบท                   | 30   | 41   | 75      |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### 2.3.3 การใช้บริการด้านการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

ในด้านการเข้าถึงบริการของประชาชนนั้น จากตารางที่ 4.30 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งในการใช้บริการผู้ป่วยนอกและบริการที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สัดส่วนของเด็กที่ได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ขณะเดียวกันก็มีความถี่ในการใช้บริการเพิ่มขึ้นด้วย เมื่อพิจารณาการกระจายการใช้บริการของเด็กในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากในเขตชนบท สุขาภิบาล และตามภูมิภาค โดยภาคเหนือมีสัดส่วนของเด็กป่วยที่เข้าถึงบริการมากที่สุด ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเพิ่มของการใช้บริการสูงที่สุดมากกว่าเท่าตัวในทศวรรษที่ผ่านมา ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครองพบว่า เขตชนบทที่มีอัตราการเพิ่มของการเข้าถึงบริการสูงที่สุด เช่นเดียวกัน รองลงมาเป็นเขตสุขาภิบาล

สำหรับอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยรวมพบว่าเพิ่มขึ้น มีเพียงเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้นที่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ภาคกลางและพื้นที่เขตเมืองค่อนข้างจะคงที่ ส่วนภูมิภาคอื่นเพิ่มขึ้น รวมถึงในพื้นที่เขตชนบทและสุขาภิบาล การที่อัตราการเข้ารับการรักษาดังกล่าวเพิ่มขึ้นนั้นอาจเกิดจากการที่สามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น จากการมีหลักประกันสุขภาพและการกระจายของบริการไปยังในชนบทและภูมิภาคดีขึ้น รวมทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากขึ้น สำหรับในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาดังกล่าวนั้นน่าจะสะท้อนถึงภาวะการมีสุขภาพที่ดีขึ้นหรือการได้รับการดูแลขั้นปฐมภูมิดีขึ้นทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาดังกล่าว ทั้งที่มีอุปทานของเตียงโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครมากกว่าอุปสงค์ของบริการ

### 2.3.4 การเจ็บป่วยและการใช้บริการตามการมีหลักประกันสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยของเด็กและเยาวชนตามการมีหลักประกันสุขภาพพบว่าทุกกลุ่มมีภาวะสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ จำนวนครั้ง/คน/ปี ของการรายงานว่าตนเองป่วยและการเจ็บป่วยที่ต้องหยุดพักกิจวัตรประจำวันและต้องนอนพักมากกว่า 24 ชั่วโมงลดลงในทุกกลุ่ม ระหว่างปี 2534-2539 เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มย่อยพบว่า เด็กที่มีสิทธิรักษาพยาบาลของการประกันสุขภาพอื่นๆ, สปร.<sup>8</sup> (บัตรสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจนกว่า) และบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการเจ็บป่วยลดลงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่ยังคงมีอัตราการป่วยสูงกว่าเด็กที่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆ เมื่อ

<sup>8</sup> โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย 6 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้มีรายได้ต่ำและผู้ยากจน เด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้พิการ และนักบวช

พิจารณาอัตราการเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลของเด็กและเยาวชน พบว่า กลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพอื่นๆและประกันเอกชนมีอัตราการเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลสูงสุด รองลงมาเป็นคนที่มีสิทธิสปร.และบัตรประกันสุขภาพ การที่กลุ่ม สปร.เข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลสูงน่าจะมาจากการมีภาวะสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มอื่น ส่วนประกันสุขภาพเอกชนและบัตรประกันสุขภาพนั้นอาจสืบเนื่องจากการที่เป็นการประกันแบบสมัครใจทำให้การกระจายความเสี่ยงไม่ดี นอกจากนั้นประกันเอกชนนั้นส่วนใหญ่จะให้สิทธิประโยชน์เฉพาะการเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาล จึงอาจมีการเข้ารับการรักษาดูในโรงพยาบาลที่เกินจำเป็นเพื่อให้สามารถเบิกจากประกันได้ (ตารางที่ 4.31 และ 4.32)

**ตารางที่ 4.30** การใช้บริการด้านการแพทย์ของเด็ก ปี 2529, 2534 และ 2539 จำแนกตามภูมิภาคและเขตการปกครอง

| การใช้บริการด้านการแพทย์                                                     |  | 2529       | 2534      | 2539       |
|------------------------------------------------------------------------------|--|------------|-----------|------------|
| <b>การใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ)</b> |  | <b>42</b>  | <b>53</b> | <b>69</b>  |
| ภาคเหนือ                                                                     |  | 40         | 53        | 72         |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                                        |  | 32         | 52        | 70         |
| ภาคใต้                                                                       |  | 41         | 57        | 68         |
| ภาคกลาง                                                                      |  | 42         | 54        | 68         |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล                                                           |  | 61         | 53        | 64         |
| เทศบาลและเขตเมือง                                                            |  | 55         | 53        | 66         |
| เขตสุขาภิบาลและชานเมือง                                                      |  | 38         | 54        | 70         |
| เขตชนบท                                                                      |  | 33         | 53        | 70         |
| <b>อัตราการนอนรักษาดูในโรงพยาบาล (ต่อ 100 ประชากร)</b>                       |  | <b>3.5</b> |           | <b>4.1</b> |
| ภาคเหนือ                                                                     |  | 4.2        |           | 5.1        |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                                        |  | 3.6        |           | 4.3        |
| ภาคใต้                                                                       |  | 2.9        |           | 4.2        |
| ภาคกลาง                                                                      |  | 3.7        |           | 3.9        |
| กรุงเทพฯและปริมณฑล                                                           |  | 2.5        |           | 2.2        |
| เทศบาลและเขตเมือง                                                            |  | 3.2        |           | 3.3        |
| เขตสุขาภิบาลและชานเมือง                                                      |  | 3.9        |           | 4.2        |
| เขตชนบท                                                                      |  | 3.4        |           | 4.5        |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.31 การเจ็บป่วยและการใช้บริการของเด็กและเยาวชนตามการมีหลักประกันสุขภาพ ปี 2534

| การมีหลักประกันสุขภาพ | การเจ็บป่วย (ครั้ง/คน/ปี) |                   | ไม่รักษา (%) | พ้นบ้าน (%) | ซื้อยากินเอง (%) | การใช้บริการทางการแพทย์ (%) |     |       |             |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|--------------|-------------|------------------|-----------------------------|-----|-------|-------------|
|                       | ป่วย                      | ป่วยจนต้องหยุดพัก |              |             |                  | สถานพยาบาล                  | รัฐ | เอกชน | สถานีนอามัย |
| สวัสดิการข้าราชการ    | 4.5                       | 1.4               | 5            | 1           | 27               | 65                          | 31  | 33    | 6           |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ    | 4.6                       | 0.9               | 8            | 0           | 32               | 60                          | 22  | 37    | 4           |
| บริษัทเอกชน           | 4.3                       | 1.5               | 4            | 1           | 35               | 60                          | 8   | 40    | 2           |
| ทหารผ่านศึก           | 5.2                       | 2.2               | 0            | 0           | 57               | 43                          | 36  | 7     | 7           |
| บัตรสุขภาพ            | 5.1                       | 1.7               | 5            | 1           | 33               | 62                          | 43  | 16    | 25          |
| บัตรรายได้น้อย        | 5.2                       | 2.2               | 5            | 2           | 36               | 57                          | 46  | 9     | 28          |
| อื่นๆ                 | 7.0                       | 2.6               | 5            | 2           | 33               | 60                          | 43  | 13    | 23          |
| ไม่มีหลักประกัน       | 4.7                       | 1.7               | 5            | 2           | 40               | 53                          | 28  | 23    | 16          |
| รวม                   | 4.7                       | 1.7               | 5            | 2           | 38               | 53                          | 30  | 23    | 16          |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.32 การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการแสวงหาบริการของเด็กและเยาวชน ปี 2539

| การมีหลักประกันสุขภาพ | การเจ็บป่วย (ครั้ง/คน/ปี) |                             |               | ไม่ได้รักษา (%) | รักษาแบบพ้นบ้าน (%) | ซื้อยา (%) | การใช้บริการทางการแพทย์ (%) |     |       |             |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------|---------------------|------------|-----------------------------|-----|-------|-------------|
|                       | ป่วย (ครั้ง/คน/ปี)        | ป่วยจนต้องพัก (ครั้ง/คน/ปี) | นอนใน รพ. (%) |                 |                     |            | สถานพยาบาล                  | รัฐ | เอกชน | สถานีนอามัย |
| ไม่มีหลักประกัน       | 3.2                       | 1.3                         | 3.3           | 2               | 2                   | 28         | 67                          | 37  | 30    | 19          |
| สวัสดิการข้าราชการ    | 2.8                       | 1.0                         | 3.8           | 3               | 1                   | 21         | 72                          | 31  | 42    | 9           |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ    | 3.6                       | 1.5                         | 3.8           | 2               | 0                   | 28         | 68                          | 13  | 55    | 2           |
| ประกันสังคม           | 2.6                       | 1.2                         | 4.6           | 2               | 2                   | 33         | 60                          | 25  | 35    | 7           |
| สปร.                  | 3.7                       | 1.7                         | 6.2           | 3               | 1                   | 20         | 74                          | 60  | 14    | 33          |
| บัตรสุขภาพ            | 3.4                       | 1.4                         | 5.6           | 1               | 3                   | 22         | 73                          | 54  | 19    | 27          |
| ประกันเอกชน           | 3.5                       | 1.3                         | 9.3           | 0               | 0                   | 21         | 77                          | 15  | 62    | 8           |
| อื่นๆ                 | 4.2                       | 1.5                         | 9.9           | 9               | 2                   | 20         | 67                          | 47  | 21    | 27          |
| รวม                   | 3.5                       | 1.3                         | 4.1           | 2               | 2                   | 26         | 69                          | 41  | 29    | 20          |

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### 3. บทสรุป

สังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนโดยมีการลงทุนเพิ่มขึ้นมาตลอด อัตราการเพิ่มจริงของการลงทุนด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นปีละ 7-14% ในปี 2539 ใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนตกประมาณเกือบสองพันบาทต่อคน โดยภาพรวมแล้วรัฐมีบทบาทในการลงทุนมากกว่าเอกชนและเพิ่มการลงทุนมากขึ้นตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของการลงทุนที่มาจากภาครัฐเวลานั้นมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับจนเหลือเพียงร้อยละ 30 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มนี้มาก โดยร้อยละ 50 ของการลงทุนด้านสุขภาพในกลุ่มนี้มาจากเงินงบประมาณของรัฐบาลด้านสาธารณสุข ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มอายุย่อย พบว่ารัฐได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเล็กมากที่สุด โดยงบประมาณด้านสาธารณสุขที่ลงทุนในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 70 ของรายจ่ายทั้งหมด และลดลงอย่างช้าๆ เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น ในช่วงเด็กวัยเรียน งบประมาณด้านสาธารณสุขมีบทบาทด้านการลงทุนเหลือประมาณร้อยละ 54-60 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดและลดเหลือเพียงร้อยละ 35 ในกลุ่มวัยรุ่น

การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนภาครัฐนั้น สัดส่วนของงบประมาณรัฐบาลด้านการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ ในขณะที่ได้ให้ความสำคัญมากขึ้นสำหรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จนกระทั่งในปัจจุบัน มีสัดส่วนมากกว่างบประมาณด้านการรักษาพยาบาล (เฉพาะแหล่งเงินจากงบประมาณ) โดยภาครัฐเป็นผู้ลงทุนหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน เกือบร้อยละ 80 ของการลงทุนภาครัฐในกลุ่มเด็ก 0-4 ปี เป็นการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค หรือประมาณ 1,400 บาท/คน/ปี และลดความสำคัญลงในกลุ่มเด็กที่โตขึ้นซึ่งในกลุ่มเด็กวัยรุ่นนั้นมีการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคน้อยที่สุด เพียง 225 บาท/คน/ปี หรือประมาณร้อยละ 10-12 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การลงทุนด้านการส่งเสริมป้องกันนั้นมุ่งเน้นในกลุ่มเด็กเล็กในเรื่องอนามัยมารดาและเด็ก, โภชนาการและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนโครงการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ก็ได้รับความสำคัญมากขึ้นดังจะเห็นจากสัดส่วนของเงินเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามการการลงทุนด้านความปลอดภัยในสุขภาพและชีวิตนั้นพบว่ามีน้อยมาก หากพิจารณาจากแผนงานโครงการด้านงบประมาณสาธารณสุขแล้วพบว่ามีเพียงในปี 2539 เท่านั้นที่เริ่มมีการตั้งงบประมาณการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจากคาร์บอน ในวงเงิน 42 ล้านบาทหรือ 0.06% ของงบประมาณสาธารณสุขของรัฐ

ในด้านการกระจายของการลงทุนนั้นพบว่าการกระจายของงบประมาณภาครัฐส่วนใหญ่ลงสู่พื้นที่ในชนบทและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ก็ยังพบความไม่เป็นธรรมในการกระจายระหว่างเขตเมืองและชนบท และระหว่างภูมิภาคเมื่อเทียบสัดส่วนของประชากรและสัดส่วนของงบประมาณที่ลงไปในแต่ละพื้นที่ โดยงบ

ประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีสัดส่วนของการกระจายไปสู่ชนบทมากกว่างบประมาณด้านการรักษาพยาบาล

จำนวนเด็กและเยาวชนนั้นมีแนวโน้มลดลงอันสืบเนื่องจากความสำเร็จของการคุมกำเนิดทำให้มีอัตราเกิดลดลง ในด้านผลลัพธ์สุขภาพ เมื่อพิจารณาจากอัตราการป่วยและตายในระยะสิบปีที่ผ่านมาสรุปได้ว่าในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งหมด นั้น กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยเรียนได้ประโยชน์จากการลงทุนด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มวัยก่อนเรียนได้รับการลงทุนจากภาครัฐสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ประมาณ 1-2 เท่ามีผลให้อัตราการป่วยและตายของเด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากอัตราป่วยและอัตราตาย (โดยเฉพาะอัตราทารกและมารดาตาย) ลดลงเป็นอันมาก และอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลลดลงเป็นลำดับ (กลุ่มอายุ 0-4 ปีเป็นกลุ่มเดียวที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลลดลง ในขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆ เพิ่มขึ้น) ภาวะโภชนาการดีขึ้น สำหรับสุขภาพช่องปากแม้ว่า ความรุนแรงของโรคฟันผุในฟันถาวรและการเข้าถึงบริการจะดีขึ้น แต่สัดส่วนผู้เป็นโรคมีมากขึ้น อีกทั้งปัญหาโรคเหงือกอักเสบและการมีหินน้ำลายมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นซึ่งเป็นผลจากการมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากไม่เหมาะสม สำหรับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนนั้นพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น คือมีอัตราการได้รับอุบัติเหตุ การพิการ และการตายเพิ่มขึ้น เติบโตกับปัญหาโรคเอดส์ รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นจากการขับขี่ยานพาหนะและการดื่มสุรา ซึ่งก็สอดคล้องกับการที่รัฐลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มนี้ต่ำมาก

สำหรับปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ พบว่าอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงเป็นอันมาก แต่โรคดูเหมือนจะเริ่มมีปัญหามากขึ้นอีกครั้ง สำหรับโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยก่อนเรียนเนื่องจากอัตราป่วยยังคงสูงแต่อัตราตายลดลงเป็นอันมากแสดงถึงการเข้าถึงบริการและคุณภาพในการดูแลรักษาดีขึ้น โรคติดต่อที่ยังคงมีปัญหามากคือโรคเอดส์ซึ่งพบว่าการแพร่ระบาดมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการติดเชื้อใหม่เริ่มลดลง ปัญหาของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญและเป็นปัญหามากขึ้นคืออุบัติเหตุ ทั้งอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุภายนอกอื่นๆ โดยกลุ่มเด็กเล็กมีปัญหามากขึ้นคืออุบัติเหตุ เพิ่มขึ้นในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นมีปัญหาจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มมากขึ้นทำให้มีอัตราการได้รับบาดเจ็บและความพิการเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นก็พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากการมีสัดส่วนการตายของวัยรุ่นที่มีสาเหตุมาจากการฆ่าตัวตายมากขึ้น

การเข้าถึงบริการของประชาชนโดยรวมดีขึ้นมาก ประชาชนลดการพึ่งพิงตนเองและแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วย มีการใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากในขณะที่อัตราป่วยลดลง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นดีขึ้นมาก

ในด้านการกระจายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปยังภูมิภาคและเขตการปกครองพบว่ารัฐมีบทบาทสำคัญในการกระจายบริการไปยังพื้นที่ชนบทและภูมิภาค อัตราการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนในเขตชนบทและภูมิภาคต่างๆ ดีกว่าในเมืองและกรุงเทพมหานคร ทำให้อัตราการได้รับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่อยู่ในภูมิภาคและชนบทดีขึ้นมากและอยู่ในระดับที่อาจดีกว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในเมืองในแง่ปริมาณ อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่า การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นมากของเด็กและเยาวชนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาไม่ได้ทำให้เด็กและเยาวชนที่อาศัยในชนบทและภูมิภาคมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่าเด็กในเมืองและกรุงเทพมหานคร เด็กและเยาวชนที่อยู่ในเมืองและกรุงเทพมหานครยังคงมีสุขภาพดีกว่าเด็กและเยาวชนที่อยู่ตามภูมิภาคและเขตชนบท ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพนั้นนอกจากบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ และอาจสำคัญกว่าปัจจัยภายนอกระบบสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุปในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียนแต่การลงทุนภาครัฐด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นนั้นยังขาดประสิทธิภาพและไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียทั้งทรัพย์สินและชีวิต ในด้านการกระจายบริการและความเป็นธรรมในการลงทุนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า รัฐมีบทบาทสำคัญยิ่งในการกระจายบริการและงบประมาณไปสู่ภูมิภาคและชนบท อย่างไรก็ตามก็ยังพบมีความเอนเอียงของการกระจายอยู่บ้าง นโยบายการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนในชนบทโดยเฉพาะโครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพ ทำให้เด็กและเยาวชนที่อยู่ในชนบทมีหลักประกันด้านสุขภาพดีกว่าเด็กและเยาวชนที่อยู่ในเมืองซึ่งส่งผลให้การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยดีขึ้นเป็นลำดับและอาจดีกว่ากลุ่มที่อยู่ในเมือง อย่างไรก็ตามก็สุขภาพของเด็กที่อยู่ในเมืองและกรุงเทพมหานครยังดีกว่าเด็กที่อยู่ในชนบท การที่จะให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศชาติได้รับการพัฒนาเติบโตต่อไปอย่างมีคุณภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐยังคงต้องสนับสนุนการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและต้องมีการลงทุนเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากที่ผ่านมาการลงทุนด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มนี้น้อยมากในขณะที่มีปัญหามากขึ้น

### 3. สมรรถนะของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน

จากการทบทวนการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนและผลลัพธ์ที่ติดตามได้ (ตารางที่ 33) พบว่า สมรรถนะของการลงทุนต่อสุขภาพที่ได้ประสบความสำเร็จมากที่สุด ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (0-4 ปี) กล่าวคือ การป่วย การตาย ภาวะโภชนาการ ตลอดจนการเข้าถึงและการกระจายของบริการดีขึ้น แสดงว่าประสิทธิผลของการจัดบริการสำหรับเด็กกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ดี การลงทุนของรัฐด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคที่สูงในกลุ่มนี้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของเด็กเมื่อพิจารณาในแต่ละปัญหาสุขภาพ แต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการลงทุนที่ผ่านมานั้นมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับใด รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการลงทุนของรัฐในการจัดบริการด้านสุขภาพมากน้อยเท่าใด ปัญหาสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้คือ ปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่างซึ่งไม่มีบริการที่สามารถป้องกันได้อย่างเบ็ดเสร็จ เช่น อุบัติเหตุ อุจจาระร่วง ตลอดจนพฤติกรรมที่สืบเนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กโดยรวม เช่น เมื่อแม่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านการทำงานอาชีพ ประกอบกับสังคมยอมรับการเลี้ยงลูกด้วยนมกระป๋องทำให้จำนวนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงตามลำดับ เด็กทารกจึงขาดภูมิคุ้มกันที่ควรจะมีตามธรรมชาติหากถูกเลี้ยงด้วยนมแม่ ส่งผลให้ความต้านทานโรคติดเชื้อต่างๆ ลด (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2540)

สำหรับกลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร อัตราตายรวมยังไม่ลดลงมากนัก ถึงแม้้อัตราตายจากโรคติดเชื้อจะลดลงแต่การตายจากอุบัติเหตุก็เพิ่มมากขึ้น ความถี่ในการป่วยของเด็กลดลง แต่การต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าลักษณะของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงแต่โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างและการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมยังไม่ดีขึ้น ภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนดีขึ้น การเข้าถึงบริการและการกระจายบริการดีขึ้นในระยะที่ผ่านมาโดยเฉพาะบริการพื้นฐาน อย่างไรก็ตามก็ดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนที่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า ผลลัพธ์ที่ได้เกิดจากประสิทธิผลของการลงทุนด้านสุขภาพหรือด้านอื่นๆ เท่าใด ดูเหมือนการแก้ปัญหาด้านสุขภาพในเด็กกลุ่มนี้ที่ประสบความสำเร็จได้แก่ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้อย่างเบ็ดเสร็จด้วยบริการเช่น โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเป็นต้น ส่วนปัญหาที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและปัญหาสืบเนื่องจากพฤติกรรมยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรและขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ได้ผลเช่น ไข่เลือดออก อุจจาระร่วงสุขภาพจิต ฯ รวมทั้งไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอในการติดตาม

วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบด้านลบมากที่สุดในการพัฒนาประเทศด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา กล่าวคือมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะการตายจากอุบัติเหตุอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ รวมทั้งมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาอื่นสืบเนื่องจากพฤติกรรม และปัญหาสังคม

มากขึ้น เช่น ปัญหาโรคเอดส์ ยาเสพติด การฆ่าตัวตาย ในด้านการเข้าถึงบริการนั้นสถานการณ์ดีขึ้น เฉพาะด้านบริการรักษาพยาบาล ส่วนการลงทุนในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำและไม่มีรูปแบบและช่องทางการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ ในด้านพฤติกรรมนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปการลงทุนด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนในช่วงที่ผ่านมาประสบความสำเร็จชัดเจนในกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี ในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโรคติดต่อที่สามารถแก้ไขและป้องกันด้วยบริการสาธารณสุขที่เบ็ดเสร็จ เช่นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำหรับโรคติดต่อที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมและที่มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องยังไม่สามารถแก้ไขได้ ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้นและเป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนคือปัญหาจากอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุอื่นๆ โดยการแก้ไขและป้องกันปัญหาดังกล่าวที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบที่ได้ผลชัดเจน จึงควรมีการพัฒนาหารูปแบบในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ตลอดจนการพัฒนากระบวนการติดตามและเฝ้าระวังด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน ได้แก่ ตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

ตารางที่ 4.33 สัมฤทธิ์ผลของการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

| ประเด็น                                                                                   | เด็กวัยก่อนเรียน (0-4 ปี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | เด็กวัยเรียน (5-14 ปี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | วัยรุ่น (15-24 ปี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ</b>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการตายลดลง (อัตราตายโดยรวม มารดาและทารกตาย ตายจากโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและอาหาร) ที่ไม่ลดคือการตายจากอุบัติเหตุชนิดต่างๆ</li> <li>อัตราป่วยลดลง (จำนวนครั้งของการป่วย การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและโรคติดเชื้อ) ยกเว้นวัณโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง ส่วนไข้เลือดออกและอุจจาระร่วงไม่ลด</li> <li>ภาวะโภชนาการดีขึ้น</li> <li>ขาดข้อมูลด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการของสมองและร่างกาย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการตายไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (ตายจากโรคติดเชื้อลดลง แต่ตายจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น)</li> <li>จำนวนความถี่ในการป่วยโดยรวมลด แต่การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น และไข้เลือดออก/อุจจาระร่วงไม่ลด การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น</li> <li>ภาวะโภชนาการดีขึ้น ไม่มีข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและภาวะสุขภาพจิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการตายเพิ่มขึ้น ทั้งอัตราตายรวม และตายจากอุบัติเหตุทุกชนิด การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 5-6</li> <li>จำนวนความถี่ในการป่วยรวมลดลง แต่การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น</li> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในเพศชายลดลง แต่ในหญิงมีครรภ์ยังทรงตัว</li> <li>ไม่มีข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและภาวะสุขภาพจิต</li> </ul> |
| <b>การเข้าถึงบริการ</b><br>ด้านรักษาพยาบาล<br>ด้านส่งเสริมสุขภาพ<br><br>ด้านการป้องกันโรค | <ul style="list-style-type: none"> <li>ดีขึ้น</li> <li>ดีขึ้น</li> <li>การได้รับวัคซีนดีขึ้น</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ดีขึ้น</li> <li>ดีขึ้นในบริการพื้นฐาน แต่ไม่สามารถประเมินบริการเชิงคุณภาพ</li> <li>การได้รับวัคซีนดีขึ้น</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>ดีขึ้น</li> <li>ควรพัฒนากลวิธีและช่องทางที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>การกระจายบริการ</b>                                                                    | ดีขึ้นระหว่างเขตเมือง ชนบท และภูมิภาค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ดีขึ้นระหว่างเขตเมือง ชนบท และภูมิภาค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ดีขึ้นสำหรับบริการด้านการรักษาพยาบาล แต่ขาดข้อมูลที่จะประเมินด้านอื่นๆ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม/สิ่งแวดล้อม</b>                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>การเลี้ยงดูบุตร / การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง</li> <li>ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>จิตสำนึกและพฤติกรรมด้านความปลอดภัย?</li> <li>พฤติกรรมนิยมความรุนแรง?</li> <li>สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>การสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัยดีขึ้น แต่ยังอยู่ในระดับต่ำมาก</li> <li>อัตราการสูบบุหรี่ลดลง</li> <li>พฤติกรรมก้าวร้าว?</li> <li>การเสพยาเสพติด?</li> <li>เพศสัมพันธ์?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |

| ประเด็น                   | เด็กวัยก่อนเรียน (0-4 ปี) | เด็กวัยเรียน (5-14 ปี) | วัยรุ่น ( 15-24 ปี) |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>การลงทุนด้านสุขภาพ</b> |                           |                        |                     |
| บริการรักษาพยาบาล         | +++                       | +++++                  | ++++++              |
| บริการส่งเสริมสุขภาพ      | ++++                      | ++-                    | +                   |
| บริการป้องกันโรค          | ++                        | +                      | +                   |
| บริการด้านสุขภาพจิต       | ?                         | ?                      | +                   |
| การปรับพฤติกรรมสุขภาพ     | ?                         | ?                      | ?                   |

#### 4. บทสรุป

สังคมไทยได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนโดยมีการลงทุนเพิ่มขึ้นมาตลอด อัตราการเพิ่มจริงของการลงทุนด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนระหว่างปี 2529-2539 เพิ่มขึ้น 7-14% โดยประมาณ ในปี 2539 รายจ่ายด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนประมาณเกือบสองพันบาทต่อคน โดยภาพรวมแล้วรัฐมีบทบาทในการลงทุนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีบทบาทมากกว่าเอกชน สัดส่วนของการลงทุนที่มาจากภาครัฐเวลานั้นมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับจนเหลือเพียงร้อยละ 30 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มนี้มากโดยร้อยละ 50 ของการลงทุนดังกล่าวมาจากเงินงบประมาณของรัฐบาลด้านสาธารณสุข เมื่อพิจารณากลุ่มย่อยพบว่า รัฐได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กเล็กมากที่สุดโดยจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขให้กลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 70 ของรายจ่ายทั้งหมดและค่อยๆ ลดลงในกลุ่มเด็กที่มีอายุมากขึ้นโดยในช่วงเด็กวัยเรียนงบประมาณด้านสาธารณสุขมีบทบาทด้านการลงทุนเหลือประมาณร้อยละ 54-60 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดและลดเหลือเพียงร้อยละ 35 ในกลุ่มวัยรุ่น

การจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนภาครัฐนั้น สัดส่วนของงบประมาณรัฐบาลด้านการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับในขณะที่ได้ให้ความสำคัญมากขึ้นในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในปัจจุบัน งบประมาณภาครัฐด้านการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนมากกว่าด้านการรักษาพยาบาล ภาครัฐเป็นผู้ลงทุนหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน การลงทุนภาครัฐในกลุ่มเด็ก 0-4 ปี เกือบร้อยละ 80 เป็นการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค หรือประมาณ 1,400 บาท/คน/ปี และค่อยๆ ลดสัดส่วนความสำคัญลงในกลุ่มเด็กที่โตขึ้น ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นนั้นมีการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคน้อยที่สุด เพียง 225 บาท/คน/ปี หรือประมาณร้อยละ 10-12 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การลงทุนด้านการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กเล็กเน้นหนักที่งานอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ได้รับความสำคัญมากขึ้นดังจะเห็นจากสัดส่วนของเงินเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามการการลงทุนด้านความปลอดภัยในสุขภาพและชีวิตมีน้อยมาก หากพิจารณาจากแผนงานโครงการด้านสาธารณสุข

สุขมีเพียงปี 2539 เท่านั้นที่เริ่มมีการตั้งงบประมาณการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจากการคมนาคม ในวงเงิน 42 ล้านบาทหรือ 0.06% ของงบประมาณสาธารณสุขของรัฐ

การกระจายการลงทุนของภาครัฐส่วนใหญ่มุ่งสู่พื้นที่ในชนบทและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ก็ยังพบความไม่เป็นธรรมในการกระจายระหว่างเขตเมืองและชนบทและระหว่างภูมิภาคเมื่อเทียบสัดส่วนของประชากรและงบประมาณที่ลงไปในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้โดยงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีสัดส่วนของการกระจายไปสู่ชนบทมากกว่างบประมาณด้านการรักษาพยาบาล

จำนวนเด็กและเยาวชนนั้นมีแนวโน้มลดลงอันสืบเนื่องจากความสำเร็จของการคุมกำเนิด มีอัตราเกิดลดลง ในด้านผลลัพธ์ด้านสุขภาพนั้นเมื่อพิจารณาจากอัตราการป่วยและตายในระยะสิบปีที่ผ่านมาสรุปได้ว่าในกลุ่มเด็กและเยาวชนทั้งหมดนั้น กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียนได้ประโยชน์จากการลงทุนด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มวัยก่อนเรียนซึ่งได้รับการลงทุนจากภาครัฐสูงกว่ากลุ่มอื่นๆประมาณ 1-2 เท่า ซึ่งก็มีผลทำให้อัตราการป่วยและตายของเด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลงชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากมีอัตราป่วย อัตราตาย โดยเฉพาะอัตราทารกและมารดาตายลดลงเป็นอันมาก และอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลลดลงเป็นลำดับ (กลุ่มเด็ก 0-4 ปีเป็นกลุ่มเดียวที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลลดลงในขณะที่กลุ่มอื่นๆเพิ่มขึ้น) ภาวะโภชนาการและสุขภาพของช่องปากก็ดีขึ้นสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนนั้นพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาจากพฤติกรรมที่เสี่ยงและขาดจิตสำนึกของความปลอดภัย ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพจิต กล่าวคือมีอัตราการได้รับอุบัติเหตุ พิกار และตายเพิ่มขึ้นจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ การดื่มสุรา และการเสพสิ่งเสพติด ซึ่งเมื่อพิจารณาจากลักษณะปัญหาดังกล่าวพบว่ามาตรการในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่จะอยู่นอกบริบทของระบบสาธารณสุขและที่ผ่านมาก็ไม่ได้มีมาตรการหรือการลงทุนที่เป็นกิจลักษณะนอกจากปัญหาเรื่องโรคเอดส์

ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญพบว่าอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงเป็นอันมาก แต่โรคดูเหมือนจะเริ่มมีปัญหาเพิ่มขึ้นอีกครั้ง สำหรับโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยก่อนเรียนเนื่องจากอัตราป่วยยังคงสูงแต่อัตราตายลดลงเป็นอันมากแสดงถึงการเข้าถึงบริการและคุณภาพในการดูแลรักษาดีขึ้น โรคติดต่อที่ยังคงมีปัญหามากคือโรคเอดส์ซึ่งพบว่าการแพร่ระบาดมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่าอัตราการติดเชื้อใหม่เริ่มลดลง ปัญหาของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญและสร้างปัญหามากขึ้นคือ อุบัติเหตุ ทั้งอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุภายนอกอื่นๆ โดยกลุ่มเด็กเล็กมีปัญหาอุบัติเหตุอื่นๆมากขึ้นในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นมีปัญหาจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มมากขึ้นทำให้มีอัตราการได้รับบาดเจ็บและความพิการเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นก็พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมการตายของวัยรุ่นจากการฆ่าตัวตายมากขึ้น

ด้านการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยรวมดีขึ้นมาก ประชาชนมีการลดการพึ่งพิงตนเองในการแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วย มีการใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมากในขณะที่อัตราป่วยลดลง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นดีขึ้นมาก

ในด้านการกระจายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปยังภูมิภาคและเขตการปกครองพบว่า รัฐมีบทบาทสำคัญในการกระจายบริการไปยังพื้นที่ชนบทและภูมิภาค อัตราการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนในเขตชนบทและภูมิภาคต่างๆดีกว่าในเมืองและกรุงเทพมหานคร ทำให้อัตราการได้รับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของประชาชนที่อยู่ในภูมิภาคและชนบทดีขึ้นมากและอยู่ในระดับที่อาจดีกว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในเมืองในเชิงของปริมาณ อย่างไรก็ตามพบว่าการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นไม่ได้ทำให้เด็กและเยาวชนที่อาศัยในชนบทและภูมิภาคมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าเด็กในเมืองและกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้อธิบายได้จากปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพนั้นมีมากกว่าบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และอาจมีสำคัญกว่าระบบบริการด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยเสี่ยง การเลี้ยงดู พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม

กล่าวโดยสรุปในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนในกลุ่มเด็กวัยเรียนยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นนั้นมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น การลงทุนของภาครัฐด้านสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนส่วนในกลุ่มวัยรุ่นนั้นมีน้อยโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียทั้งทรัพย์สินและชีวิต ปัญหาสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขคือปัญหาที่สามารถจัดการแก้ไขได้เบ็ดเสร็จด้วยบริการสาธารณสุข ส่วนปัญหาที่มีปัจจัยแวดล้อมอื่นๆมาเกี่ยวข้องนั้นไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการ อย่างไรก็ตามความสำเร็จที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากระบบบริการสุขภาพมากนักและไม่สามารถสรุปได้ว่าระบบการจัดบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากนักเพียงใด สิ่งที่มีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาคือรูปแบบและการจัดการกับปัญหาที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมและวิถีความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ตลอดจนระบบข้อมูลในการติดตามปัญหาดังกล่าว รัฐควรต้องให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น ในด้านการกระจายบริการและความเป็นธรรมในการลงทุนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่ารัฐมีบทบาทสำคัญยิ่งในการกระจายบริการและงบประมาณไปสู่ภูมิภาคและชนบท อย่างไรก็ตามก็ยังคงพบมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายอยู่บ้าง นโยบายด้านการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนในชนบทโดยเฉพาะโครงการสปร. และบัตรประกันสุขภาพ ทำให้เด็กและเยาวชนที่อยู่ในชนบทได้รับหลักประกันด้านสุขภาพดีกว่าเด็กและเยาวชนที่อยู่ในเมืองซึ่งก็ส่งผลให้การเข้าถึงบริการเมื่อเจ็บป่วยดีขึ้นเป็นลำดับและอาจดีกว่ากลุ่มที่อยู่ในเมือง อย่างไรก็ตามสุขภาพของเด็กที่อยู่ในเมืองและกรุงเทพมหานครก็ยังคงดีกว่าเด็กที่อยู่ในชนบท การที่จะให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศชาติได้รับการพัฒนาเติบโตต่อไปอย่างมี

คุณภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐยังคงต้องสนับสนุนการลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและต้องมีการลงทุนเพิ่มขึ้นสำหรับกลุ่มวัยรุ่นทั้งนี้เนื่องจากที่ผ่านมาการลงทุนด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มนี้น้อยมากในขณะที่ปัญหาเพิ่มมากขึ้นมาก

## บทที่ 5

### การลงทุนด้านบริการสังคมในเด็กและเยาวชน

ในการประชุม World Summit for Social Development กำหนดให้ประเทศต่างๆ ลงทุนด้านบริการสังคมพื้นฐานไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ของงบประมาณรัฐเพื่อสร้างสวัสดิการพื้นฐานแก่สังคม สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2541) ให้ความหมายว่า บริการสังคมพื้นฐาน หมายถึง คือการศึกษาขั้นพื้นฐาน และการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเท่านั้น โดยไม่รวมบริการสังคมอื่นๆ ส่วนการลงทุนในเด็ก ที่เสนอในปี 2541 นั้น (ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญและจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2541) ได้เพิ่มเติมหมวดการลงทุนด้านบริการสังคมว่าหมายถึง การพัฒนาและส่งเสริม ตลอดจนการสงเคราะห์เด็กและเยาวชน ที่ทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนมีส่วนในการดำเนินการ ถ้ายึดตามกรอบการประเมินข้างต้น การลงทุนด้านบริการสังคมที่จะเน้นในบทนี้ จึงพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับเด็กทุกๆ อย่าง โดยยกเว้นการลงทุนด้านการศึกษา และด้านสุขภาพ (ซึ่งกล่าวโดยละเอียดในบทที่ 3 และ 4) แล้ว

การลงทุนด้านบริการสังคม เริ่มจากสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ตัวเด็กที่สุดคือ การลงทุนจากครอบครัว ไปจนถึงชุมชน และการลงทุนจากรัฐ

ครอบครัวเป็นพื้นฐานของการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ การเลี้ยงดูเด็กที่ดี มีความอบอุ่นในครอบครัว จะทำให้เด็กมีความเชื่อมั่น มีความพร้อมในการรับความรู้ที่จะพัฒนาสังคม แต่ถ้าครอบครัวล่มสลาย ครอบครัวจะมีความสุข เด็กในครัวเรือนที่ไม่มีความสุข จะกลายเป็นเด็กที่เป็นปัญหาในสังคม เช่น เป็นเด็กถูกทอดทิ้ง เด็กกำพร้า เด็กถูกทารุณ แรงงานเด็ก เด็กเร่ร่อน หนีออกจากบ้าน โสเภณีเด็ก ฯลฯ

ชุมชนแวดล้อมตัวเด็ก มีส่วนปกป้องคุ้มครองเด็กได้เป็นระดับที่สอง รองจากครอบครัว กรณีเด็กถูกทารุณจะลดน้อยลง หากชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน และยับยั้งการทารุณภายในครัวเรือน กรณีเด็กสาวถูกบังคับขืนใจไปข่มขืนจากการเป็นผู้โดยสารบนรถเมย์ในกรุงเทพมหานคร จะไม่เกิดขึ้น ถ้าสังคมช่วยกันสอดส่องเหตุร้าย และเอื้ออาทรช่วยเหลือกัน

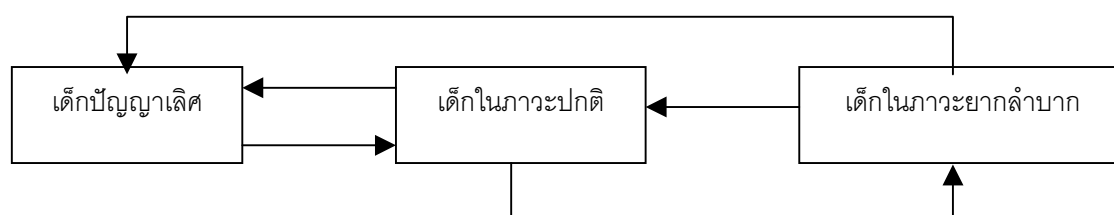
รัฐ เป็นกลไกระดับที่สาม ในการปกป้องส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รัฐได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) เพื่อวางแผนนโยบาย ประสาน และติดตามประเมินผล กิจกรรมพัฒนาเด็กและเยาวชน จากหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชน เมื่อเปรียบกับการลงทุนในเด็กด้านการศึกษาที่กระทรวงศึกษาธิการ เป็นองค์กรหลักของรัฐ และการลงทุนด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลัก ดังนั้น สยช.จึงเปรียบเป็นองค์กรหลักในการติดตามการลงทุนในเด็กด้านบริการสังคมในส่วนที่เหลือทั้งหมด

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อค้นหาโครงการและงบประมาณของรัฐด้านบริการสังคมสำหรับเด็กและเยาวชน รวมถึงสัมฤทธิ์ผลของโครงการต่างๆ เพื่อการแก้ปัญหาที่สำคัญในแต่ละช่วงอายุ ในระหว่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 (พ.ศ.2535 - 2544)
2. เพื่อหาขนาดและแนวโน้มของการลงทุนสำหรับเด็กและเยาวชนด้านบริการสังคม และครัวเรือนและชุมชน รวมทั้งสัมฤทธิ์ผลที่เกิดขึ้นโดยรวม
3. เพื่อเสนอทางเลือกของการลงทุนกับเด็กที่เหมาะสมในกรอบของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐบาล ครัวเรือน และองค์กรเอกชน

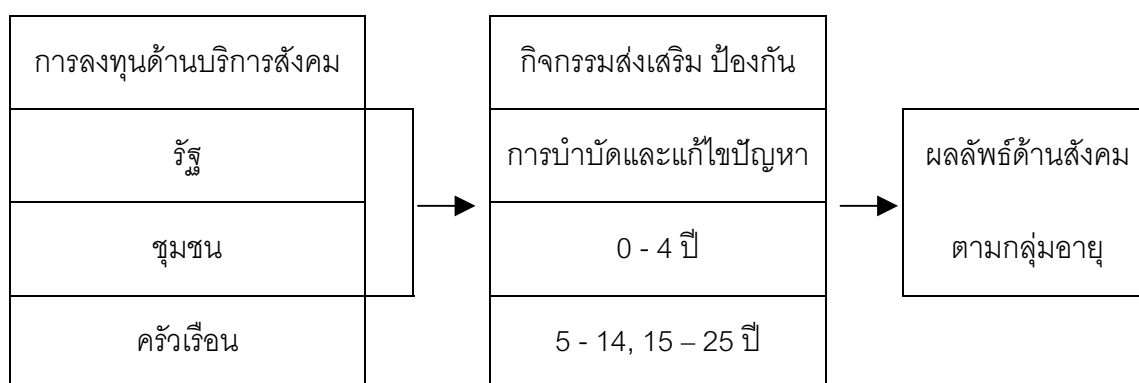
## กรอบแนวคิดการศึกษา

การลงทุนด้านบริการสังคมสำหรับเด็กในภาวะปกติ เป็นกิจกรรมพื้นฐานสำหรับครัวเรือนชุมชน และรัฐ เพื่อส่งเสริมให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่วนหนึ่งที่เป็นเด็กปัญญาเลิศ ก็ควรได้รับการกระตุ้นและจัดสถานะให้เป็นเด็กปัญญาเลิศ เพื่อหวังผลของการพัฒนาสังคมในอนาคต การที่สภาพแวดล้อมของครอบครัวและสังคม ไม่เหมาะสมกับเด็ก จะมีส่วนผลักดันให้เด็กปกติ เปลี่ยนสถานะเป็นเด็กในภาวะยากลำบาก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมในอนาคต และเมื่อเด็กตกอยู่ในภาวะยากลำบาก จำเป็นต้องมีกิจกรรมบำบัด แก้ไขปัญหา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เด็กยากลำบาก กลับเข้าสู่สภาวะปกติโดยเร็ว และอย่างยั่งยืน หรือบางส่วนอาจพัฒนาขึ้นเป็นเด็กปัญญาเลิศ หรือเด็กที่มีความสามารถพิเศษได้ด้วย (ดูรูปที่ 5.1)



รูปที่ 5.1 วงจรของการพัฒนาเด็กระหว่าง ภาวะปกติ ปัญญาเลิศ และยากลำบาก

ในรูปที่ 5.2 แสดงแหล่งที่มาของการลงทุนในเด็กที่มาจากภาครัฐ ชุมชน และครัวเรือน การลงทุนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้เด็กพัฒนาตนได้เต็มศักยภาพ และป้องกันไม่ให้ตกอยู่ในภาวะยากลำบาก การลงทุนส่วนหนึ่งเพื่อบำบัดและแก้ไข้ปัญหา และสามารถพิจารณาขนาดของการลงทุนได้ตามกลุ่มอายุต่างๆ การศึกษานี้ จะพยายามรวบรวมขนาดของการลงทุนเหล่านี้ โดยเทียบกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง



รูปที่ 5.2 กรอบแนวคิดในการประเมินการลงทุนในเด็ก

### คำจำกัดความและขอบเขตของการวิจัย

การลงทุนในด้านสังคม หมายถึง การใช้ทรัพยากรภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการพัฒนาทางจิตสังคมของเด็กและเยาวชน

เด็กหมายถึง เด็กตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก คือ บุคคลอายุตั้งแต่ 18 ปีลงมา

เยาวชนหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 25 ปีลงมาตาม พ.ร.บ. สยช.

เด็กและเยาวชนภาวะยากลำบากหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 25 ปีลงมา ประสบปัญหาต่าง ๆ หรือตกอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ทำให้ความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเต็มที่จำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากสังคมอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เด็กเหล่านี้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

เด็กเร่ร่อนหมายถึง เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งแน่นอน อยู่ในที่สาธารณะต่าง ๆ ยังชีพให้อยู่รอดในแต่ละวันด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ขอดทาน รับจ้าง ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาและเสี่ยงต่อการกระทำความผิด

เด็กถูกทอดทิ้งและกำพร้า หมายถึงเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง หรือละเลยต่อเด็กอย่างต่อเนื่องหรือรุนแรงอันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ การเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็กอย่างรุนแรง

เด็กสลัม/ชุมชนแออัด หมายถึงเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ในชุมชนเคหะสถานหรือบริเวณที่พักอาศัยในเมืองที่ประกอบด้วยอาคารเก่าแก่ ขรุขระทรุดโทรมมีบริเวณที่สกปรกรุงรัง ประชาชนอยู่กันอย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ที่อยู่อาศัย และเป็นชุมชนที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

เด็กถูกทารุณ หมายถึง เด็กทั้งหญิงและชายที่มีอายุ 18 ปีหรือน้อยกว่า ซึ่งถูกทำอันตราย คุกคามต่อสุขภาพ สุขภาพจิต หรือสวัสดิภาพ โดยบุคคลอื่นด้วยการทำให้บาดเจ็บทางด้านร่างกาย และจิตใจ

โสเภณีเด็ก หมายถึง เด็กชายหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีหรือน้อยกว่า หารายได้จากการขายบริการทางเพศ

โสเภณีเด็กต่างชาติ หมายถึง เด็กอายุ 18 ปีหรือน้อยกว่าเป็นเด็กต่างชาติ หารายได้จาก การขายบริการทางเพศ

แรงงานเด็ก หมายถึง เด็กหญิงหรือเด็กชายที่มีอายุ 15 ปีหรือน้อยกว่า ซึ่งทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ก็ตามในภาคเกษตรกรรมอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม บริการและขนส่ง

เด็กถูกข่มขืน หมายถึง เด็กหญิงหรือเด็กชายที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ถูกระทำอาชญากรรมที่ กระตุ้นพฤติกรรมทางเพศหรือมีแนวโน้มไปในเรื่องเพศซึ่งผู้กระทำได้กระทำอย่างบังคับขู่เข็ญเพื่อให้ สละความต้องการของตนเองโดยเด็กไม่ยินยอม

เด็กติดสารเสพติด หมายถึง เด็กที่อายุ 18 ปี หรือน้อยกว่า ที่เสพสารเคมี หรือวัตถุชนิดใด ซึ่ง เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ ทำให้เกิดผลเสียต่อ ร่างกายและจิตใจ

เด็กในสถานพินิจ หมายถึง เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ที่กระทำความผิดกฎหมายและถูกตัดสินลงโทษให้อยู่ในสถานพินิจ

เด็กอาชญากรรมและต้องคดี หมายถึง เด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี กระทำความผิดเข้าข่ายตาม กำหนดกฎหมายต่าง ๆ รวมถึงเด็กที่กระทำความผิดแต่อยู่ระหว่างการสอบสวนตามกฎหมาย

เด็กตั้งครภันนอกสมรส หมายถึง เด็กหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และตั้งครภันในขณะที่ไม่พร้อมจะมีบุตร

เด็กพิการทางด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง เด็กที่สูญเสีย ผิดปกติ บกพร่องอวัยวะส่วนใด ส่วนหนึ่ง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนอย่างคนปกติรวมทั้งเด็กที่หูหนวก ตึง บกพร่องทางการพูดได้ ยินสื่อความหมายกับผู้อื่น เด็กตาบอดเห็นเลือนลางเรียนโดยใช้อักษรเบรลล์ เด็กที่เรียนช้าหรือปัญญา อ่อน เด็กที่พฤติกรรมผิดปกติเป็นอย่างมาก

เด็กยากจน หมายถึง เด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี ซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท ต่อปี

เด็กชนกลุ่มน้อย หมายถึง เด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี เป็นเด็กชาวเขาเผ่าต่าง ๆ เช่น เผ่าเย้า เผ่ามู ชู เผ่ากะเหรี่ยง เผ่าอีเก้อ เป็นต้น ซึ่งอาศัยอยู่ตามที่สูงมีสภาวะวัฒนธรรมและวิถีการทำมาหากินต่าง จากคนพื้นราบ

เด็กอพยพจากอินโดจีน หมายถึง เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่อพยพหรือหนีเข้าเมืองมาจาก ประเทศในแถบอินโดจีน เช่น พม่า เขมร ลาว เวียดนาม จีน เป็นต้น

เด็กถูกรกรรกรก่อสร้าง หมายถึง เด็กหญิงหรือเด็กชายที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี เป็นลูกกรรกรกร ก่อสร้าง ที่ติดตามพ่อแม่ไปตามแหล่งก่อสร้างโดยมีการดำเนินชีวิต กิน นอน เล่น ในบริเวณก่อสร้าง อาคาร บ้าน โรงงาน หรือถนนหนทางที่แวดล้อมด้วยเครื่องจักร ของมีคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหา ต่อสุขภาพ

เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ หมายถึง เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์หรือมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์

### วิธีการศึกษาและแหล่งข้อมูล

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และฐานข้อมูลการสำรวจที่มีอยู่ เพื่อหาขนาดและแนวโน้มของการลงทุนด้านบริการสังคม ทั้งที่มาจากรัฐ (จากเอกสารงบประมาณ) จากชุมชน เช่น องค์กรเอกชน (รายงานการศึกษาของ สยช. การประชุมกลุ่ม/สัมภาษณ์บุคคล. เรื่องความคาดหวังจากการลงทุนในเด็ก) และจากครัวเรือน (การประชุมกลุ่มของครัวเรือน เรื่องความคาดหวังจากการลงทุนในเด็ก)

รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับเด็ก-เยาวชน จากหน่วยงานราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การมีงานทำและมีรายได้ของเยาวชน อาชญากรรมที่เด็กเป็นผู้กระทำ โสเภณีเด็ก ฯลฯ เพื่อดูแนวโน้มสถานการณ์และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการลงทุน

### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาทุติยภูมิ จึงมีความจำกัดด้านความตรงของข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจะแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ การประเมินขนาดการลงทุนด้านบริการสังคม การประเมินผลสำเร็จตามแผน การแก้ไขปัญหาเด็กในภาวะยากลำบาก และ การพัฒนาสติปัญญาของเด็ก ตั้งแต่เริ่มแรก

### การประเมินขนาดการลงทุนด้านบริการสังคม

ในเอกสารงบประมาณของสำนักงบประมาณ พบว่า การลงทุนของรัฐต่อเด็กในด้านสังคม ปรากฏอยู่ในแผนงานเด็กและเยาวชน และการสงเคราะห์เด็กและเยาวชน ระหว่างปี 2535-2540 มีอัตราเพิ่มรวดเร็วมาก โดยเฉพาะจากปี 2535-2536 ในแผนงานรองพัฒนาเด็ก และระหว่างปี 2538-2539 ในแผนงานบริหารงานด้านพัฒนาเด็กและเยาวชน (เป็นกองทุนส่งเสริมการผลิตสื่อสำหรับเด็ก 70 ล้านบาท) หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการหลักของงบประมาณทั้งหมด มีอยู่ 4 หน่วยงาน ได้แก่

หน่วยงานแรก สยช. ได้รับงบประมาณในแผนงานบริหารงานด้านพัฒนาเด็กและเยาวชน แผนงานรองนโยบายและแผนเยาวชน ส่งเสริมพัฒนาเยาวชน ประสานงานเยาวชน และโครงการวิจัย มีงบประมาณรวม ประมาณ 14% ของงบประมาณรัฐด้านสังคมทั้งหมดในปี 2535 ลดลงเหลือ 4% ของงบประมาณรัฐด้านสังคมทั้งหมดในปี 2540 (ดูตารางที่ 5.1)

หน่วยงานที่ 2 คือ กรมการพัฒนาชุมชน ได้รับงบประมาณในแผนงานรองพัฒนาเด็ก แผนงานรองพัฒนาเยาวชน และโครงการพัฒนาครอบครัว งบประมาณที่ผ่านกรมการพัฒนาชุมชน เป็นประมาณ 28% ของงบประมาณรัฐด้านสังคมทั้งหมดในปี 2535 เพิ่มขึ้น 72% ในปี 2540 หน่วยงานที่ 3 คือสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท (รพช.) ได้รับงบประมาณในแผนงานเด็กและเยาวชน โดยมีสัดส่วนงบประมาณเป็น 2.5% ของงบประมาณรัฐด้านสังคมทั้งหมดในปี 2535 เป็น 1.3% ในปี 2540

**ตารางที่ 5.1** งบประมาณของรัฐด้านสังคม จากปี 2535-2541

|                                 | 2535        | 2536        | 2537        | 2538          | 2539          | 2540          |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| บริหารงานด้านพัฒนาเด็กและเยาวชน | 30,591,600  | 25,543,600  | 19,657,000  | 20,275,000    | 89,906,100    | 21,494,300    |
| นโยบายและแผนเยาวชน              | 5,646,300   | 6,290,100   | 7,726,000   | 8,170,000     | 9,562,800     | 9,489,200     |
| ส่งเสริม/พัฒนาเยาวชน            | 14,940,500  | 26,824,300  | 43,037,000  | 44,901,000    | 45,031,800    | 44,469,200    |
| ประสานงานเยาวชน                 | 12,758,800  | 16,017,000  | 19,364,000  | 21,032,000    | 21,410,000    | 20,508,200    |
| โครงการวิจัย                    | 400,000     | 400,000     | 1,292,000   | -             | 4,294,800     | -             |
| พัฒนาเด็ก                       | 78,028,000  | 279,311,500 | 304,085,300 | 460,261,700   | 1,053,049,200 | 1,381,185,100 |
| พัฒนาเยาวชน                     | 53,003,000  | 166,414,000 | 222,906,600 | 269,141,000   | 258,863,400   | 160,860,500   |
| โครงการพัฒนาครอบครัว            | -           | -           | -           | -             | 19,826,600    | 25,730,000    |
| พัฒนาเยาวชนชนบท                 | 11,758,200  | 13,395,300  | 20,827,500  | 23,290,000    | 25,656,000    | 27,356,800    |
| สงเคราะห์เด็ก-เยาวชน            | 256,911,000 | 316,853,000 | 307,810,000 | 339,025,000   | 378,034,000   | 494,250,000   |
| แผนงานเด็กและเยาวชน             | 464,037,400 | 851,048,800 | 946,705,400 | 1,186,095,700 | 1,905,634,700 | 2,185,343,300 |
| อัตราเพิ่มจากปีก่อน %           | 0           | 83.40       | 11.24       | 25.29         | 60.66         | 14.68         |
| % สยข. ต่อแผนงาน                | 13.86       | 8.82        | 9.62        | 7.96          | 8.93          | 4.39          |
| % พัฒนาชุมชน                    | 28.24       | 52.37       | 55.67       | 61.50         | 69.88         | 71.74         |
| % รพช.                          | 2.53        | 1.57        | 2.20        | 1.96          | 1.35          | 1.25          |
| % สงเคราะห์                     | 55.36       | 37.23       | 32.51       | 28.58         | 19.84         | 22.62         |
| % ของงบประมาณประเทศ             | 0.10        | 0.15        | 0.15        | 0.17          | 0.23          | 0.22          |
| % ของ GDP                       | 0.02        | 0.03        | 0.03        | 0.03          | 0.04          | 0.04          |

ที่มา: สำนักงบประมาณ

หน่วยงานสุดท้าย คือ กรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านการบำบัดแก้ไข ในปี 2535 มีสัดส่วนงบประมาณสูงที่สุด คือ 55% ของงบประมาณรัฐด้านสังคมทั้งหมด แต่ต่อมามีสัดส่วนลดลง โดยในปี 2540 มีสัดส่วนเพียง 23% นั้นแสดงว่า ทิศทางการใช้งบประมาณด้านบริการสังคมเพื่อเด็ก ในช่วงต้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 แตกต่างจากในช่วงต้นของแผนฉบับที่ 7 เป็นอย่างมาก โดยเงินส่วนใหญ่ ไปได้ในกิจกรรมของการส่งเสริมการพัฒนาคู่ และพัฒนาครอบครัว รวมงบประมาณรัฐในแผนงานเด็กและเยาวชนด้านบริการสังคมมีไม่เกิน 0.2% ของงบประมาณประเทศ หรือ 0.04% ของ %GDP

งบประมาณการลงทุนจากรัฐอีกแผนงานหนึ่ง ที่สามารถกล่าวได้ว่า มีส่วนต่อการพัฒนาเด็ก และเยาวชนด้านสังคม ได้แก่ การกีฬาและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ แต่ไม่สามารถแบ่งแยกได้ว่า เป็นไป เพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนเท่าใด ตารางที่ 5.2 จึงแสดงแนวโน้มการลงทุนของรัฐในส่วนนี้ทั้งหมด ว่า มีอัตราเพิ่มที่รวดเร็วมาก หมวดที่เพิ่มมากที่สุดคือการกีฬาเพื่อการแข่งขันในปี 2540 และ 2541 ซึ่งเป็นการ แข่งขันกีฬาเอเชียนเกมส์ รัฐลงทุนถึง 8 พันกว่าล้านบาท แต่อาจเกิดคำถามว่า ได้ก่อประโยชน์ในการ พัฒนาเด็กและเยาวชนมากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 5.2 งบประมาณของรัฐด้านการกีฬาและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ จากปี 2535-2541

|                                          | 2535        | 2536        | 2537          | 2538          | 2539          | 2540          | 2541          |
|------------------------------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| แผนงานรองส่งเสริม กีฬาขั้นพื้นฐาน        | 286,114,200 | 438,805,800 | 889,457,200   | 1,408,751,600 | 1,181,599,000 | 1,366,469,300 | 1,438,517,200 |
| งานพัฒนากีฬา                             | 32,689,800  | 46,650,600  | 65,822,100    | 142,885,200   | 144,150,900   | 109,460,300   | 119,106,400   |
| งานพัฒนาสถานที่ กีฬา                     | 140,368,800 | 227,981,300 | 318,319,800   | 351,334,500   | 717,412,100   | 858,069,200   | 928,013,100   |
| โครงการก่อสร้าง สนามกีฬากลาง             | 71,055,600  | 2,422,600   | 3,194,300     | 112,391,000   | 154,000,000   | 240,645,800   | 183,012,900   |
| โครงการก่อสร้าง สนามกีฬา                 | 40,000,000  | 151,751,300 | 490,000,000   | 798,640,900   | 160,000,000   | 150,450,000   | 196,063,400   |
| โครงการพิพิธ ภัณฑ์การกีฬา                | 2,000,000   | 10,000,000  | 12,121,000    | 3,500,000     | 6,036,000     | 7,844,000     | 12,321,400    |
| แผนงานรองส่งเสริม กีฬาเพื่อสุขภาพ        | 12,952,400  | 32,581,700  | 25,160,900    | 28,512,500    | 17,124,100    | 11,152,100    | 14,102,500    |
| แผนงานรองส่งเสริม กีฬาเพื่อการแข่งขัน    | 65,677,500  | 102,419,900 | 118,069,800   | 152,555,000   | 1,135,637,000 | 3,759,634,700 | 4,403,786,700 |
| แผนงานรองส่งเสริม สถานที่พักผ่อน หย่อนใจ | 31,346,000  | 59,739,500  | 389,656,600   | 925,547,000   | 364,240,500   | 425,014,700   | 382,537,200   |
| รวม                                      | 396,090,100 | 633,546,900 | 1,422,344,500 | 2,515,366,100 | 2,698,600,600 | 5,562,270,800 | 6,238,943,600 |
| %เพิ่มจากปีก่อน                          | 0           | 59.95       | 124.51        | 76.85         | 7.28          | 106.12        | 12.17         |

ที่มา: สำนักงบประมาณ

การลงทุนด้านการกีฬาจากภาครัฐที่อาจเกิดประโยชน์กับเด็กในระยะยาว คือการส่งเสริมให้ เด็กและเยาวชนใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการเล่นกีฬานั้น ข้อมูลของการกีฬาแห่งประเทศไทย (กกท.) พบว่า ภายใต้การกำกับดูแลของ กกท. ได้มีการจัดสร้างสนามกีฬาประจำจังหวัดครบทุก จังหวัด นอกจากนี้มีการจัดสร้างสนามกีฬาระดับอำเภอและตำบล โดยมีเป้าหมายที่จะจัดสร้างใน อำเภอที่ยังไม่เคยมีการจัดสร้างสนามกีฬามาก่อน จะสร้างปีละ 20 แห่ง ให้มีการกระจายไปทุกภาค

ของประเทศ ระหว่างปี 2536-2540 จำนวนสนามกีฬาระดับอำเภอและตำบลสร้างรวม 218 แห่ง นับว่ายังกระจายไม่ทั่วถึงดังกัง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2542 สนามกีฬาระดับตำบลจึงได้ปรับเปลี่ยนจากสนามกีฬาเป็น “ลานกีฬาอเนกประสงค์”<sup>1</sup> ได้ตั้งเป้าหมายว่าจะให้มีการจัดสร้าง 700 แห่งทั่วประเทศ โดย กกท. ให้การสนับสนุนผ่านจังหวัดต่างๆ ด้วยการจัดเป็นงบอุดหนุนการจัดสร้างแห่งละ 200,000 บาท รวมเป็นเงิน 140 ล้านบาท

แหล่งข้อมูลเพื่อการประเมินขนาดการลงทุนด้านบริการสังคมที่ครอบคลุมทั้งการลงทุนจากภาครัฐและภาคเอกชนอีกแหล่งหนึ่ง คือ สยช. โดย ภิรมย์ จันถาวร และคณะ (2541) เป็นผู้รวบรวม ตั้งแต่การลงทุนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ถึงปี 2540 ของแผน 8

การรวบรวมขนาดของการลงทุนเพื่อเด็กจากเอกสารแผน ได้จากหน่วยงานรัฐ 13 หน่วยงาน และหน่วยงานเอกชน 85 หน่วยงาน เป้าหมายงานที่ระบุในแผน 7 และแผน 8 มีความแตกต่างกัน คือ เป้าหมายที่ระบุในแผน 7 มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านโภชนาการ ด้านสติปัญญาและความสามารถพื้นฐาน ด้านการเตรียมเพื่ออาชีพและการมีงานทำ ด้านสังคม วัฒนธรรม จริยธรรมและการเมืองการปกครอง และกลุ่มเด็กเยาวชนเป้าหมายพิเศษ ส่วนในแผน 8 ระบุยุทธศาสตร์ของการพัฒนาเด็ก เป็น 3 ด้านคือ การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์<sup>2</sup> การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน และ การพัฒนาระบบบริหารและการจัดการ ดังนั้นการเปรียบเทียบงบประมาณการลงทุนในเด็กในภาพรวมระหว่าง 2 ช่วงแผน จึงมีความเหลื่อมล้ำกันมาก และโดยเฉพาะในที่นี้ ต้องการประเมินงบประมาณการลงทุนด้านบริการสังคม

<sup>1</sup> ลักษณะโดยสังเขปของลานกีฬาอเนกประสงค์นั้น จะต้องเป็นลานกลางแจ้งที่อยู่ไม่ไกลจากชุมชนของตำบล ปรับพื้นที่เป็นดินเรียบ หรือซีเมนต์หรือแอสฟัลต์ ขนาดและรูปร่างของพื้นที่ไม่มีข้อกำหนดตายตัว แต่ต้องสามารถให้เยาวชนและประชาชนใช้เล่นกีฬาและออกกำลังกายอย่างปลอดภัยในคราวเดียวกันไม่ต่ำกว่า 20 คน อาจมีอุปกรณ์กลางที่ทำขึ้นอย่างง่าย เช่น ประตูฟุตบอลขนาดเล็ก เป้น บาสเกตบอล ฯลฯ อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

<sup>2</sup> คุณลักษณะของเด็กไทยที่พึงประสงค์ ที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8

1. มีสายใยผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว
2. มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ เจริญเติบโตสมวัย มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม
3. มีวัฒนธรรมที่ดีงาม เข้าใจหลักการที่ถูกต้องของศาสนา สาระแก่นแท้ของชีวิตและคุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่น
4. มีความสามารถในการสื่อสารมากกว่าหนึ่งภาษา รู้จักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และเข้าใจถึงสาระประโยชน์เพื่อนำมาประยุกต์ใช้อย่างกลมกลืนกับวัฒนธรรมไทย
5. เสริมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข
6. เข้าใจสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน
7. รู้จักคิด ไม่มั่งมาย และรู้จักใช้เทคโนโลยีเพื่อการพึ่งตนเอง
8. มีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย เป็นผู้ผลิตที่รับผิดชอบต่อสังคม รู้จักสร้างงานและอาชีพอิสระ
9. รับผิดชอบในการรักษาและพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
10. รู้จักปรับเปลี่ยนแนวคิด และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

จากการประเมินของกรมฯ จันถาวร และคณะ (2541) ในแผน 7 มีงบประมาณที่ลงทุนในภาครัฐ สำหรับเป้าหมายด้านสังคม วัฒนธรรม จริยธรรมและการเมืองการปกครอง เป็นเงินรวม 5 ปี 4,205 ล้านบาท เป็นงบในภาคเอกชน 217 ล้านบาท และเพื่อกลุ่มเด็กเยาวชนเป้าหมายพิเศษ เป็นงบประมาณภาครัฐ 5,245 ล้านบาทใน 5 ปี และภาคเอกชน 248 ล้านบาทใน 5 ปี รวมเป็นงบภาครัฐ ด้านบริการสังคมทั้ง 2 ด้านเป็นเงิน 1,890 ล้านบาทต่อปี ใกล้เคียงกับงบประมาณลงทุนในเด็กปี 2539 ที่แสดงในตารางที่ 1 และภาคเอกชนลงทุน 93 ล้านบาทต่อปี โดยเฉลี่ยภาคเอกชนลงทุนด้านบริการสังคมประมาณ 5% ของการลงทุนด้านบริการสังคมทั้งหมด (ดูตารางที่ 5.3)

**ตารางที่ 5.3** การลงทุนในเด็กด้านบริการสังคมจากเอกสารในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (ล้านบาท)

| เป้าหมาย                                  | รัฐ      | เอกชน  | %เอกชน |
|-------------------------------------------|----------|--------|--------|
| สังคมวัฒนธรรม จริยธรรม การเมือง การปกครอง | 4,204.99 | 216.90 | 4.91   |
| กลุ่มเด็ก/เยาวชนเป้าหมายพิเศษ             | 5,245.38 | 248.42 | 4.52   |
| รวม                                       | 9,450.37 | 465.32 | 4.69   |

ที่มา: กรมฯ จันถาวร และคณะ (2541)

ในแผนที่ 8 งบการลงทุนในเด็กด้านบริการสังคม จัดอยู่ภายใต้ 1 ยุทธศาสตร์เท่านั้น คือ การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน มีงบประมาณจากภาครัฐ ในปี 2540 2,157 ล้านบาท ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยต่อปีของแผน 7 แต่งบประมาณจากภาคเอกชน 2.36 ล้านบาท ต่ำกว่าที่ประเมินในแผน 7 อย่างมาก ทั้งนี้เพราะงบประมาณทำงานของภาคเอกชนไปมุ่งที่การพัฒนาระบบบริหารและการจัดการในสัดส่วนที่สูง

**ตารางที่ 5.4** การลงทุนในเด็กในทุกด้านจากเอกสารในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 (ล้านบาท)

| เป้าหมาย/ยุทธศาสตร์                           | รัฐ       | เอกชน  | %เอกชน |
|-----------------------------------------------|-----------|--------|--------|
| พัฒนาศักยภาพเด็กให้มีลักษณะที่พึงประสงค์      | 18,448.49 | 231.23 | 1.24   |
| การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน | 2,155.67  | 2.36   | 0.11   |
| การพัฒนาระบบบริหารและการจัดการ                | 76.85     | 65.50  | 46.01  |
| รวม                                           | 20,681.01 | 299.09 | 1.43   |

ที่มา: กรมฯ จันถาวร และคณะ (2541)

ดังนั้น การประเมินขนาดของการลงทุน โดยวิธีทั้ง 2 มีความเหลื่อมล้ำกันเล็กน้อย แต่การประเมินในปี 2540 ต้นแผน 8 น่าจะมีความคลาดเคลื่อนสูง อาจเนื่องจาก เป็นปีแรกของแผน จึงทำให้ไม่สามารถเขียนโครงการแผนงานได้ทัน และการจัดกลุ่มของเป้าหมาย/ยุทธศาสตร์ใหม่ ทำให้การจัดงบประมาณลงกลุ่มยุทธศาสตร์เกิดการคลาดเคลื่อน

อย่างไรก็ตาม การทบทวนข้อมูลแหล่งนี้ ทำให้ทราบว่า การลงทุนจากภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรเอกชนที่เรียกว่า NGO (Non-governmental organisation) มีสัดส่วนประมาณ 5% ของการลงทุนด้านสังคมทั้งหมด ขนาดของการลงทุนที่ประเมินในภาคเอกชนนี้อาจเป็นส่วนที่นับซ้ำในภาครัฐแล้วก็ได้ เพราะองค์กรเอกชนเหล่านี้ ได้รับเงินอุดหนุนให้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ จากงบประมาณของหน่วยราชการต่างๆ

### ผลสำเร็จของการพัฒนาเด็กตามแผนงานของรัฐ

ในส่วนนี้ จะทบทวนถึงนโยบายการพัฒนาเด็ก ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 1 เป็นต้นมา และนำเสนอผลสำเร็จของการพัฒนาตามที่ได้มีผู้ประเมินไว้ โดยเฉพาะการประเมินตามแผน 7 และบางตอนจะได้เสนอข้อมูลจากแหล่งอื่น เพื่อให้เห็นผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาเด็กไทย

ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 3 นโยบายการพัฒนาเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่จะรวมอยู่ในนโยบายสาธารณสุขและการศึกษา กลุ่มเด็กและเยาวชนได้เป็นกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ได้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดนโยบายและการวางแผนเด็กระยะยาวขึ้น รวมทั้งได้กำหนดแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติขึ้น โดยเน้นที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโภชนาการ สุขภาพ สุภาพจิต สติปัญญา และความสามารถพื้นฐาน สังคม จริยธรรม วัฒนธรรม และการเตรียมเยาวชนให้มีอาชีพ

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 กำหนดแผนในกลุ่มอายุต่างๆ ชัดเจนขึ้น ลดความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบท กำหนดกลไกการพัฒนาที่ชัดเจนในการเพิ่มความสำคัญของบทบาทครอบครัวและภาคเอกชนมากขึ้น

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 เน้นภาวะความจำเป็นพื้นฐานและบริการของเด็ก รวมทั้งแก้ไขปัญหาของเด็กและเยาวชนที่เกิดจากผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายที่การเพิ่มศักยภาพของคนและการพัฒนาสังคม จึงส่งผลให้กิจกรรมการพัฒนาเด็กและเยาวชนซึ่งมีอยู่ทุกกระทรวงให้มีทิศทางที่สอดคล้องกันมากขึ้น โดย

- (1) กำหนดแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนไว้อย่างชัดเจน ทั้งในกลุ่มเด็กที่มีภาวะยากลำบาก กลุ่มเด็กทั่วไป และกลุ่มปัญญาเลิศ
- (2) กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนไทย
- (3) พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน
- (4) เน้นระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

จากรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาเด็กและเยาวชนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-2539) ของกองนโยบายและแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2541) พบว่าในส่วนของการพัฒนาเด็กและเยาวชนด้านสังคม วัฒนธรรม จริยธรรม และการเมืองการปกครองนั้น ได้ตั้งเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ 7 ประการ ดังต่อไปนี้

เป้าหมายที่ 1 ให้เด็กและเยาวชนร้อยละ 90 มีลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รักเหตุผล มีระเบียบวินัย และรู้จักสามัคคี รู้จักประหยัด อดออม อดทน และอดกลั้น มีความตั้งใจและเอาใจใส่ในการทำงาน

เป้าหมายที่ 2 ให้เด็กและเยาวชนร้อยละ 90 รู้จักใช้เวลาให้เหมาะสมเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติ และมีจิตสำนึกในการสงวนรักษาสาธารณสมบัติ

เป้าหมายที่ 3 ให้เด็กและเยาวชนร้อยละ 90 รู้จักใช้และอนุรักษ์ รวมทั้งพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายที่ 4 ให้เด็กและเยาวชนร้อยละ 90 มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และพัฒนาศิลปวัฒนธรรม

เป้าหมายที่ 5 ให้เด็กและเยาวชนร้อยละ 90 มีคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมโดยมีพฤติกรรมตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์อย่างเด่นชัดในเรื่องการรักความจริง การไม่เบียดเบียนกัน ความละเอียดความรู้จักพอ ความมีน้ำใจ และความสามารถในการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข

เป้าหมายที่ 6 ให้เด็กและเยาวชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ความเข้าใจค่านิยมและอุดมการณ์ในเรื่องการเมืองการปกครองตามระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

เป้าหมายที่ 7 ให้เด็กและเยาวชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 มีจิตวิญญาณของความเป็นผู้นำ ความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความศรัทธาในชาติ ตลอดจนมีจิตสำนึกชาตินิยม

สำหรับการประเมินว่าบรรลุเป้าหมายต่างๆ ข้างต้นหรือไม่ ทำได้เพียงการประเมินในด้านปริมาณ คือจำนวนเด็กและเยาวชนที่เข้าร่วม/รับประโยชน์จากโครงการ/กิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับเป้าหมายที่ 1 - เป้าหมายที่ 7 ปี 2535-2539

เมื่อวิเคราะห์จากจำนวนเด็กที่เข้าร่วมโครงการ/รับประโยชน์ต่อจำนวนเด็ก และเยาวชนอายุ 6-25 ปีนั้น พบว่ามีเพียงเป้าหมายที่ 6 ที่อัตราเด็กเข้าร่วมโครงการสูงกว่าร้อยละ 80 ในแต่ละปี ส่วนการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ 1-5 และเป้าหมายที่ 7 นั้น ยังไม่สามารถจะบรรลุเป้าหมาย เพราะมีอัตราการเข้าร่วมน้อยกว่าอัตราที่ตั้งไว้

-เป้าหมายที่ 1 ส่วนใหญ่ของกิจกรรมจะอยู่ในหลักสูตรของการเรียนในระดับประถมศึกษา - มัธยมศึกษาปีที่ 3 เช่นกิจกรรมลูกเสือ เนตรนารี ผู้นำเพื่อประโยชน์ ส่วนเยาวชนที่เรียนระดับอุดมศึกษา จะเข้าร่วมกิจกรรมน้อยมาก และเยาวชนส่วนหนึ่งได้เริ่มทำงาน ดังนั้นเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้ง

ไว้ รัฐควรส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดกิจกรรม/โครงการ โดยมีเยาวชนนอกกระบบโรงเรียนและระดับอุดมศึกษาให้มากขึ้น

- เป้าหมายที่ 2 ก็เป็นไปทำนองเดียวกับเป้าหมายที่ 1 คือส่วนใหญ่ของกิจกรรมจัดให้กับเด็กนักเรียนในระดับประถมและมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนเยาวชนที่อยู่นอกกระบบโรงเรียนและระดับอุดมศึกษาจะเข้าร่วมกิจกรรมน้อย จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีกิจกรรมมากขึ้นสำหรับเยาวชน 2 กลุ่มดังกล่าว

-เป้าหมายที่ 3 ที่มีจุดมุ่งหมายให้เยาวชนรู้จักใช้และอนุรักษ์ และพัฒนาทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมนั้น การดำเนินงานของภาครัฐ ยังไม่สามารถบรรลุเป้าได้ แต่ภาคเอกชนได้มีส่วนช่วย โดยการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในหลายรูปแบบ เพื่อให้ตระหนักในปัญหาด้านทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสร้างจิตสำนึกไม่เฉพาะกับเด็กและเยาวชน แต่รวมประชาชนทุกเพศทุกวัย ความร่วมมือจากภาคเอกชน จะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้เร็วขึ้นในอนาคต

-เป้าหมายที่ 4 ให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และพัฒนาศิลปวัฒนธรรมนั้น พบว่ามีอัตราการเข้าร่วมในแต่ละปีน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำมาก แสดงว่าการดำเนินงาน/จัดกิจกรรมต่างๆ ภาครัฐเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรที่จะมีการร่วมมือเพิ่มมากขึ้นระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสถาบันทางสังคมต่างๆ เช่น สถาบันสื่อสารมวลชน ช่วยผลิตรายการที่จะให้ทุกคนในชาติร่วมกันอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม

-เป้าหมายที่ 5 เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการโดยรัฐนั้น มุ่งไปในกลุ่มเด็กที่อยู่ในระบบการศึกษา ส่วนเด็กและเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษา จะมีโอกาสน้อยมากที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ควรให้ความสนใจที่จะจัดกิจกรรมให้เด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าว เช่นการสอดแทรกเนื้อหาด้านจริยธรรม คุณธรรม ผ่านสื่อต่างๆ

-เป้าหมายที่ 6 แม้ว่าอัตราการเข้าร่วมกิจกรรมของเด็กจะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ถ้าพิจารณาจากกิจกรรม/โครงการต่างๆ จะพบว่าเป็นโครงการ/กิจกรรมสำหรับเด็กระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา สำหรับกิจกรรมในระดับอุดมศึกษามีน้อยกว่า และจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็น้อยมาก สำหรับเด็กและเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษานั้นก็มีโครงการ/กิจกรรมให้ร่วมทำน้อยมาก เพราะฉะนั้นหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชนควรสนับสนุนให้มีโครงการ/กิจกรรมให้กับเด็กและเยาวชนนอกกระบบโรงเรียนเพิ่มมากขึ้น

-เป้าหมายที่ 7 ส่วนใหญ่ของกิจกรรมจะมุ่งไปที่เด็กในระบบโรงเรียน เช่น กิจกรรมลูกเสือ เนตรนารี ผู้นำพิณประโยชน์ เมื่อเยาวชนออกจากระบบโรงเรียนจึงไม่มีโอกาสได้รับการพัฒนาในด้านนี้ รัฐและภาคเอกชนควรเพิ่มกิจกรรม/โครงการสำหรับเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ให้มากขึ้น

การประเมินตามแผนข้างต้น จึงเป็นการประเมินเพียงกระบวนการของการพัฒนาโดยไม่ทราบถึงผลสัมฤทธิ์ที่แท้จริง สมควรที่จะพัฒนาการวิจัยเชิงประเมินผลตามแผนให้สามารถตอบคำถามเชิง

ผลสัมฤทธิ์ให้ได้ โดยเฉพาะเป้าหมายในแผน 8 ที่กำหนดลักษณะเด็กที่พึงประสงค์ไว้ 10 ประการ ซึ่งมีความเป็นนามธรรมมากขึ้น

อัตราการฆ่าตัวตายของเด็กและเยาวชน อาจเป็นตัวชี้วัดสัมฤทธิ์ผลของการไม่บรรลุเป้าหมาย เด็กที่พึงประสงค์ได้ส่วนหนึ่ง จากสถิติปี 2539 และ 2540 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่าง เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 0.53 และ 0.22 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ ส่วน ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงมากถึง 11.55 และ 9.44 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ 2541) แม้เอกสารนี้ จะยังไม่มีข้อมูลในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่ก็ชี้แนวโน้มระหว่างอายุว่า กลุ่มเยาวชน มีอัตราการฆ่าตัวตาย สูง รองจากกลุ่มวัยทำงาน (อายุระหว่าง 25-34 ปี) ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 13.04 และ 11.99 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและ ชุมชนให้มีความเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมใจกันปกป้องลูกหลานจากอิทธิพลของค่านิยมที่ไม่เหมาะสม พัฒนาโรงเรียนให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพกายและใจ ช่วยสร้างสังคมให้สมาชิกไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือ แยกแยก ให้ทุกคนได้ร่วมสร้างคุณค่าให้กับชุมชน จะเป็นเกราะป้องกันที่ดีของการฆ่าตัวตาย (ประ เวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ 2541)

## การพัฒนาแก้ปัญหาเด็กในภาวะยากลำบาก

ในสังคมไทยปัจจุบันยังมีปัญหาในโครงสร้างที่สำคัญหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ระบบการ ศึกษา ระบบการเรียนรู้ ที่ยังไม่เหมาะสม ระบบการบริการขั้นพื้นฐานด้านสังคมที่ยังขาดคุณภาพและ ประสิทธิภาพ ระบบโครงสร้างทางเศรษฐกิจขาดรากฐานที่มั่นคงยั่งยืน สถาบันครอบครัว ชุมชน และ สังคมอ่อนแอลง นอกจากนั้นจากการที่ประเทศประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้สถานการณ์ ทางด้านสังคมเลวร้ายลงไปอีก ปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนเป็นลูกโซ่ โดยเฉพาะเยาวชนที่เป็นกลุ่มเด็กภาวะยากลำบากซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โอกาสของเด็กกลุ่มนี้ ในการพัฒนาที่มีน้อยอยู่กลับน้อยลงไปอีกทำให้เด็กกลุ่มนี้ประสบปัญหาไม่ได้รับการพัฒนาในเรื่อง ของการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากสังคมเป็น พิเศษอย่างมากเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติ เช่น กลุ่มเด็กถูกปล่อยปละละเลย ได้ แก่ เด็กเร่ร่อน เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กกำพร้าและเด็กในสลัม กลุ่มเด็กถูกละเมิดสิทธิ ได้แก่ เด็กถูกทารุณ เด็กถูกข่มขืน แรงงานเด็ก และโสเภณีเด็ก กลุ่มเด็กพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ เด็กติดยาเสพติดและ สารระเหย เด็กตั้งครุณนอกสมรส เด็กในสถานพินิจ เด็กก่ออาชญากรรมหรือต้องคดี กลุ่มเด็กพิการ ได้แก่ เด็กที่พิการทางด้านร่างกาย และเด็กพิการด้านจิตใจ หรือพิการทางด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่ม

เด็กที่ขาดโอกาส ยากจน ได้แก่ เด็กในครอบครัวยากจน เด็กชนกลุ่มน้อย กลุ่มเอดส์ ได้แก่ เด็กติดเชื้อเอดส์ (แผนพัฒนาเด็กภาวะยากลำบาก, สยช, 2541)

แนวโน้มสถานการณ์เด็กไทย ในช่วงระยะเวลา 2-3 ปี ที่ผ่านมามีปัจจัยทางด้านการเมือง รัฐธรรมนูญ กฎหมาย เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ ที่ให้เด็กได้รับการศึกษาถึง 12 ปี สิทธิเด็กพิการต้องได้รับการศึกษา รัฐจะต้องดูแลคุ้มครองเด็กด้อยโอกาสเป็นพิเศษ แต่สภาพสถานการณ์ปัญหาของเด็กไทย ยังมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้น ได้แก่ แรงงานเด็ก พบในภาคบริการ ในเมือง ในกิจการอุตสาหกรรมครัวเรือนขนาดเล็ก โสเภณีเด็ก พบเด็กต่างชาติและเด็กชาวเขามากขึ้น นอกจากนั้น ยังพบเด็กผู้ขายบริการทางเพศ ทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน ในลักษณะโสเภณีเด็กแบบชั่วคราว สภาพปัญหาโสเภณีเด็กมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น โดยมีสาเหตุมาจาก เด็กไม่ต้องการความช่วยเหลือ เด็กต้องการมีชีวิตเป็นโสเภณี ผู้ประกอบการใช้การซื้อด้วยใจ นอกจากนั้นพบว่า พบพฤติกรรมการเป็นโสเภณีเปลี่ยนแปลงไป ลูกคนชั้นกลางนิยมเป็นโสเภณีเด็กมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอาชีพและพาณิชย์ ต้องการเป็นโสเภณีเพราะต้องการเครื่องมือสื่อสาร เช่น เพจเจอร์ มือถือ ในกลุ่มเด็กถูกทารุณ เกิดจากสาเหตุปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก พบการทำทารุณกรรมทุกปี หลายรูปแบบ รูปแบบการทารุณพิศดารมากยิ่งขึ้น แนวโน้มผู้ถูกระทำมีอายุน้อยลง กลุ่มเด็กเร่ร่อน เด็กเร่ร่อนที่มีลักษณะดำเนินชีวิตแบบครอบครัวเร่ร่อน ทำให้เกิดเด็กเร่ร่อนสายพันธุ์ที่สอง หรือเด็กเร่ร่อนกลายพันธุ์ ในลูกของคนที่มีฐานะทางด้านการเงิน จะมีการเร่ร่อนผ่านอินเทอร์เน็ต เรียกว่าเด็กเร่ร่อนไซเบอร์ กลุ่มเด็กติดยาเสพติด ยาเสพติดประเภทสารระเหยจะพบในเด็กนอกระบบ ยาเสพติดประเภทยาบ้าจะพบในเด็กในโรงเรียน ยาเสพติดประเภทยาอีจะพบในเยาวชนที่มีฐานะ ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนจะพบในเยาวชนที่ผ่านยาเสพติดชนิดอื่นมาแล้ว นอกจากนั้น พบว่าเยาวชนที่อยู่ในภาคเหนือ ซึ่งอยู่ติดกับชายแดน จะช่วยพ่อแม่ขนยาเสพติด กลุ่มเด็กถูกข่มขืน จะมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว เด็กอายุต่ำสุดที่ถูกข่มขืนคือ 3 เดือน นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กอายุ 4 ปี และ 1-6 ปี จะถูกละเมิดทางเพศมากขึ้น ผู้กระทำได้แก่คนในครอบครัว ครู ตำรวจและนายจ้าง กลุ่มเด็กติดเอดส์ พ่อแม่จะเสียชีวิตและอยู่กับญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มเด็กพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น เด็กยกพวกตีกันปัญหาเมื่อเกิดขึ้น การแก้ปัญหาจะมีลักษณะปัจเจกเอาตัวรอดเฉพาะตัวเองและบุคคลใกล้ชิด โดยไม่มีการดูแลสังคม ไม่มีการแก้ไขปัญหาโดยสันติ ทำให้ขาดศีลธรรมสาธารณะ ในเด็กและเยาวชน

จากตัวอย่างสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นเพียงตัวอย่างเด็กภาวะยากลำบากในสังคมปัจจุบัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่เด็กและเยาวชนไทยถูกสร้างโดยเปลือกของวัฒนธรรม ซึ่งมีเปลือกวัฒนธรรมที่มีความหนาเพิ่มขึ้น การปล่อยปละละเลยทางวัฒนธรรมของสังคม ทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาเรื่องยาเสพติด อาหารแบบฟาสต์ฟู้ด ละครน้ำเน่า เกมสโตร์ สิ่งเหล่านี้ที่เกิดขึ้นหล่อหลอมเด็กให้เกิดพฤติกรรมที่เสี่ยง เพราะวัฒนธรรมดั้งเดิมถูกทำลาย ในกลุ่มเด็กดีจะแข่งขันกันเรียน

เพื่อให้ได้เกรดที่ดี เมื่อเข้าสู่สถานการณืของชีวิต ในโลกของความเป็นจริง และประสบกับปัญหา เด็กจะรับไม่ได้ คิดสั้นเพราะไม่เคยเป็นผู้แพ้ ทำให้เกิดความล้มเหลวในชีวิต มีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูง (สรุปผลการเสวนาสถานการณ์เด็กไทยในปี 2542, คณะทำงานด้านเด็ก, ศูนย์เด็กด้อยโอกาสคณะครู ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

อย่างไรก็ตามรัฐได้พยายามปรับแนวทางในการทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะแผนเด็กภาวะยากลำบาก ที่จะรองรับปัญหาของเด็กและเยาวชน ทั้งปัญหาความจำเป็นพื้นฐาน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสังคม เช่น การสร้างงาน เพื่อสร้างโอกาสให้เยาวชนมีงานทำ การสนับสนุนทางการเงินเพื่อการศึกษา การพัฒนาเยาวชนและช่วยเหลือเด็กด้อยโอกาส การปกป้อง และคุ้มครองสิทธิเด็ก เป็นแผนงานหลักให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนที่เน้นการพัฒนาแบบบูรณาการโดยเฉพาะแผนพัฒนาฉบับที่ 8 ที่เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายที่การเพิ่มศักยภาพของคนและการพัฒนาสังคม จึงจะส่งผลให้กิจกรรมการพัฒนาเด็กและเยาวชนซึ่งมีอยู่ทุกกระทรวงให้มีทิศทางที่สอดคล้องกันมากขึ้น

### ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อกลุ่มเด็กยากลำบาก

สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ ได้รายงานผลการพัฒนาเด็กและเยาวชนในกลุ่มเด็กภาวะยากลำบากในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 – 2539 โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาดังนี้ \*

1. ควบคุมมิให้อัตราของเด็กและเยาวชนที่อยู่ในภาวะยากลำบากเป็นพิเศษเพิ่มขึ้น กว่าอัตราเมื่อสิ้นแผนพัฒนาฉบับที่ 6 พบว่า **ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้**
2. ให้ร้อยละ 30 ของเด็กและเยาวชนที่อยู่ในภาวะยากลำบากเป็นพิเศษ ได้รับความช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสมรวมทั้งได้รับบริการขั้นพื้นฐานตามความต้องการพื้นฐานของเด็กและเยาวชน โดยไม่จำกัดเชื้อชาติ และศาสนา **ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้**

สำหรับการวิเคราะห์งบประมาณการลงทุนเฉพาะกลุ่มเด็กยากลำบาก ได้นำข้อมูลเฉพาะแผนงานพัฒนาเด็กในภาวะยากลำบาก ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ประจำปี 2541 และโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนประจำปี 2541 ที่รองรับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ สํารวจโดยสำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมประสานงานเยาวชนแห่งชาติ มาวิเคราะห์ เนื่องจากมีรายงานที่แยกไว้อย่างชัดเจน (เป็นแหล่งข้อมูลคนละส่วนกับตารางที่ 5.1) รวมงบประมาณเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนทั้งปี 2541 เป็นเงิน 35,186 ล้านบาท (ตัวเลขนี้สูงมากเพราะหน่วยงานแต่ละแห่ง มักจะนำกิจกรรมที่ทำอยู่กับเด็กและเยาวชนที่มีมาก่อนภาวะวิกฤติเศรษฐกิจมา

รายงานได้ด้วย) ในจำนวนนี้เป็นงบประมาณเพื่อพัฒนาเด็กภาวะยากลำบาก 18,113 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณจากรัฐและรัฐวิสาหกิจ 18,076 ล้านบาท และงบภาคเอกชนเพียง 37 ล้านบาท

สาเหตุที่ยอดตัวเลขงบประมาณเพื่อเด็กยากลำบากสูงมากในปี 2541 อีกประการหนึ่งเป็นเพราะนับรวมเงินงบประมาณที่นำมาเป็นกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา ถึง 18,000 ล้านบาท เข้าไว้ด้วย เพราะเชื่อว่า เงินกู้ยืมเพื่อศึกษานี้ จะเป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดต้องตกไปอยู่ในสภาวะยากลำบาก ถ้าเด็กมีโอกาสได้เรียนหนังสือ การนำงบประมาณนี้มารวมทำให้ได้ภาพที่สูงเกินจริง เพราะกองทุนนี้เป็นลักษณะหมุนเวียน ผู้กู้ไปจะต้องส่งเงินคืน เมื่อมีรายได้ระยะหนึ่งแล้ว ดังนั้น เมื่อไม่นับรวมเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา และลดจำนวนเด็กยากลำบากลง โดยตัดกลุ่มเด็กขาดโอกาสพัฒนา (ซึ่งมีจำนวนมาก) และตัดจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีออกไป เนื่องจากงบประมาณการแก้ไขปัญหาเอชไอวีรวมอยู่ในการลงทุนด้านสุขภาพ จะเหลือจำนวนกลุ่มเด็กยากลำบากเพียง 1.138 ล้านคน งบประมาณเพื่อเด็กยากลำบาก 1 คนจะเป็นประมาณ 100 บาท โดยเป็นงบจากภาครัฐ 67 บาท และเป็นงบจากภาคเอกชน 33 บาท

อัตราเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก เป็นตัวเลขที่มีความสับสนมาช้านานว่าจะอ้างอิงแหล่งข้อมูลใด หน่วยงานรัฐมักจะให้ตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เพื่อแสดงว่าสามารถควบคุมปัญหาได้ ขณะที่ข้อมูลจากหน่วยงานเอกชน อาจแสดงสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากกว่า เพราะต้องแสดงขนาดปัญหาที่สมควรแก่การได้รับงบประมาณดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้ อาจมีขอดีมากกว่าความเป็นจริง เพราะเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก 1 คน อาจมีปัญหาหลายๆ ด้าน เช่น เด็กเร่ร่อน เป็นเด็กในครอบครัวยากจน และเป็นโสเภณีเด็ก จึงมีโอกาสถูกนับเป็นเด็กยากลำบากหลายคน ดังนั้น ในตารางที่ 5.5 ที่ประมาณว่า มีเด็กในภาวะยากลำบาก 7.7 ล้านคน จึงเป็นตัวเลขที่ยังไม่ได้คัดการนับซ้ำออกไป

ในบรรดาเด็กที่จัดอยู่ในกลุ่มภาวะยากลำบาก เป็นเด็กในกลุ่มขาดโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะเด็กยากจนมากที่สุด (6 ล้านคน) เด็กพิการ 4.8 แสนคน เด็กติดเชื้อเอชไอวี 3 แสนคน แรงงานเด็ก 2.8 แสนคน เด็กชนกลุ่มน้อย 2.1 แสนคน เด็กในสลัม 1.9 แสนคน และเด็กถูกทอดทิ้ง 1.1 แสนคน ส่วนปัญหาที่รุนแรงกว่านั้นจะมีขนาดของปัญหาลดลงมาก เช่น เด็กถูกทารุณ 74 ราย เด็กถูกข่มขืน 93 ราย ในปี 2539 ซึ่งน่าจะเป็นสถิติที่น้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อมูลในตารางที่ 5.5 เป็นภาพภาคตัดขวาง จึงไม่แสดงแนวโน้มของปัญหาเด็กในภาวะยากลำบาก การสำรวจเด็กแรกเกิดถูกทอดทิ้งในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2541 โดยอารยา ถาวรวันชัย (2542) พบว่าอัตราการทิ้งเด็กแรกเกิดในสถานพยาบาล เพิ่มมากในปี 2541 คือเพิ่มจากอัตรา 90-100 รายต่อการคลอด 100,000 คน ระหว่างปี 2537-2540 เป็น 120 ต่อการคลอด 100,000 ราย ในปี 2541 แสดงว่า ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจมีแนวโน้มทำให้เด็กในภาวะยากลำบากมีปริมาณสูงขึ้น

ตารางที่ 5.5 จำนวนเด็กและอัตราเด็กในภาวะยากลำบาก (\*ต่อแสนประชากรเด็กและเยาวชน)

| ประเภท                             | จำนวน/พ.ศ.<br>อัตรา*   | พื้นที่                                                                                                              | ที่มา                                                                             |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. เด็กถูกปล่อยปละละเลย            |                        |                                                                                                                      |                                                                                   |
| 1. เด็กเร่ร่อน                     | 14,254 (39)<br>58*     | กทม.,สมุทรปราการ,อุดรธานี,<br>ขอนแก่น,นครราชสีมา,พัตยา(ชลบุรี)                                                       | กรมประชาสงเคราะห์ อ้างใน<br>ภาพรวมสถิติเด็กและเยาวชน<br>สยช.                      |
| 2. เด็กกำพร้าและถูกทอด<br>ทิ้ง     | 112,426 (39)<br>454*   | กระจายในทุกจังหวัด                                                                                                   | กรมประชาสงเคราะห์                                                                 |
| 3. เด็กในสลัม                      | 190,000 (40)<br>767*   | กระจายในทุกจังหวัด (กทม.และ<br>ปริมณฑล สงขลา,นครศรีฯ,สุราษฎร์ธานี,<br>ขอนแก่น,นครราชสีมา,เชียงใหม่,พัตยา<br>(ชลบุรี) | อ้างในแผนเด็กภาวะยาก<br>ลำบาก, สยช., 2540                                         |
| 2. เด็กถูกละเมิดสิทธิ              |                        |                                                                                                                      |                                                                                   |
| 1. เด็กถูกทารุณ                    | 74 (39)<br>0.3*        | กระจายทั่วทุกจังหวัด                                                                                                 | สำรวจจากองค์กรเอกชนเฉพาะ<br>ที่ได้รับการสงเคราะห์,สยช.39                          |
| 2. โสเภณีเด็ก                      | 12,468 (41)<br>50*     | โสเภณีเด็กผู้หญิง กทม. และ<br>ปริมณฑล,เชียงใหม่, เชียงราย,พะเยา,<br>พัตยา(ชลบุรี),อุดรธานี,สมุทรปราการ,<br>สงขลา     | จำนวนโสเภณีเด็กไทยจำนวน<br>เท่าไรกันแน่,มหิดล,2541                                |
| 3. โสเภณีเด็กต่างชาติ              | 5,510 (40)<br>21*      | จังหวัดติดแม่น้ำโขงและระนอง                                                                                          | จำนวนโสเภณีเด็กไทยจำนวน<br>เท่าไรกันแน่,มหิดล,2541                                |
| 4. แรงงานเด็ก                      | 280,100 (39)<br>1,131* | กระจายในทุกจังหวัด (กทม.และ<br>ปริมณฑล,เชียงใหม่,ขอนแก่น)                                                            | กมล รอดคล้ายและคณะ อ้าง<br>ในแผนเด็กภาวะยากลำบาก<br>สยช. (อายุ 13-14ปี)           |
| 5. เด็กถูกข่มขืน                   | 93 (39)<br>0.4*        | กระจายในทุกจังหวัด                                                                                                   | กรมประชาสงเคราะห์เฉพาะที่<br>ได้รับบริการ อ้างในภาพรวม<br>สถิติเด็กและเยาวชน สยช. |
| 3. เด็กพฤติกรรมไม่เหมาะสม          |                        |                                                                                                                      |                                                                                   |
| 1. เด็กติดสารเสพติดและ<br>สารระเหย | 19,375 (40)<br>78*     | กระจายทุกจังหวัด (กทม.และ<br>ปริมณฑล,เชียงใหม่,สุพรรณบุรี)                                                           | ศูนย์ข้อมูลยาเสพติด ปปส.<br>อ้างในภาพรวมสถิติเด็กและ<br>เยาวชน สยช.               |