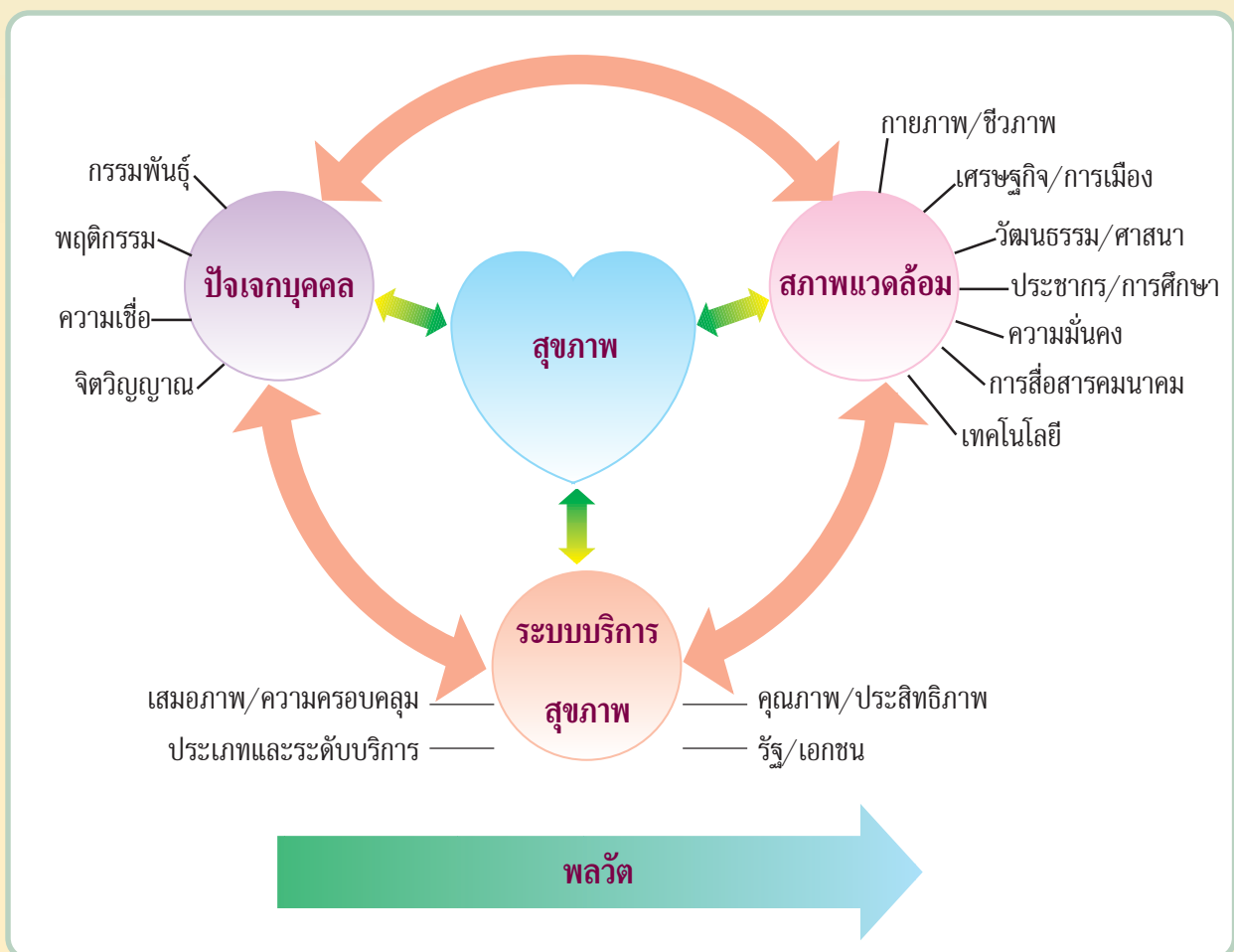


# บทที่ 4

## สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของไทยจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านสภาพแวดล้อมทุกมิติที่จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพ รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเอง (ภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ



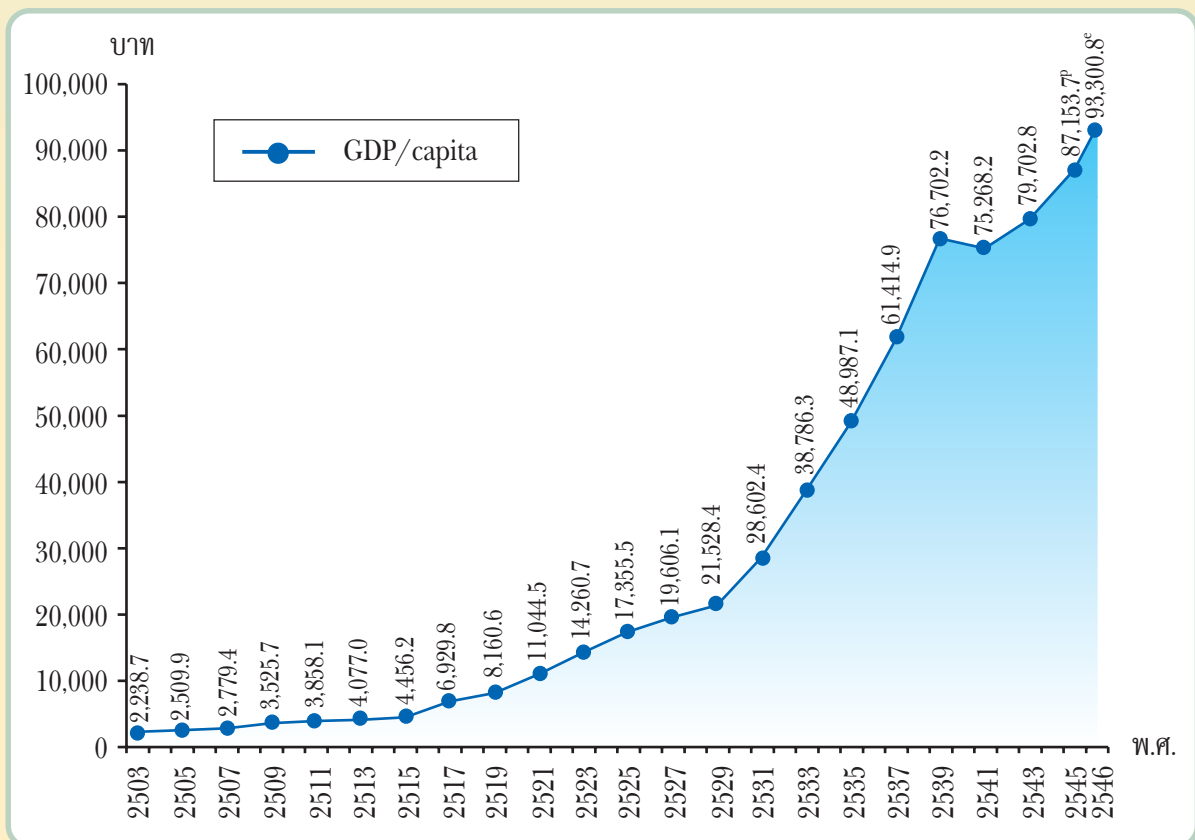
## 1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

### 1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษก่อน พ.ศ. 2540 ที่ผ่านมเศรษฐกิจของไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นถึง 28 เท่า โดยเฉพาะมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมากตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา (ภาพที่ 4.2) ความเจริญด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วนี้ช่วยลดภาวะความยากจนของประเทศ จากสัดส่วนประชากรยากจนร้อยละ 57 ใน พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 17.0 ใน พ.ศ. 2539

วิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เคยเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 กลับเป็นติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 4.4) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลิตมวลรวมต่อหัว (ภาพที่ 4.2) และเนื่องจากอัตราแลกเปลี่ยนก็ลดลงด้วย ทำให้ผลผลิตมวลรวมต่อหัวในมูลค่าที่คิดเป็น US\$ ยิ่งลดลงมากขึ้น (ภาพที่ 4.3) ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรยากจนก็เพิ่มจากร้อยละ 17.0 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 21.3 ใน พ.ศ. 2543 แต่เมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 สัดส่วนประชากรยากจนก็ค่อยๆ ลดลงเหลือร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 4.5)

ภาพที่ 4.2 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546 (ราคาตลาด)

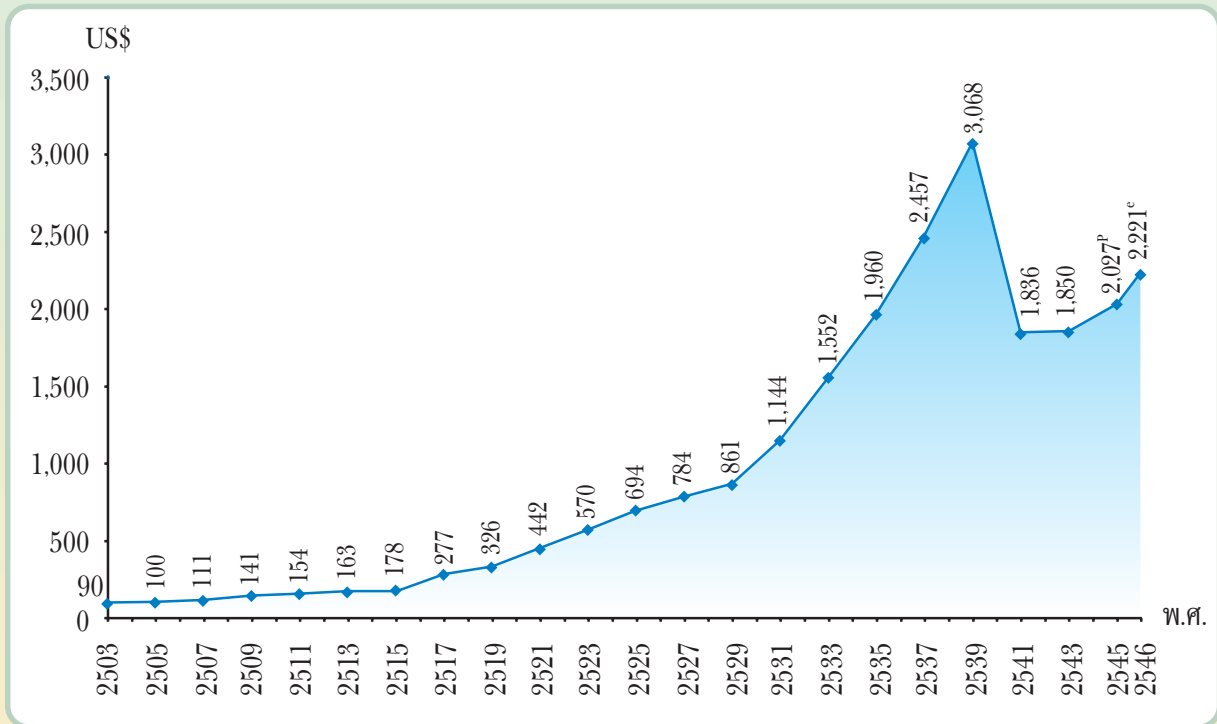


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. <sup>a</sup> เป็นข้อมูลเบื้องต้น, <sup>c</sup> เป็นข้อมูลประมาณการ

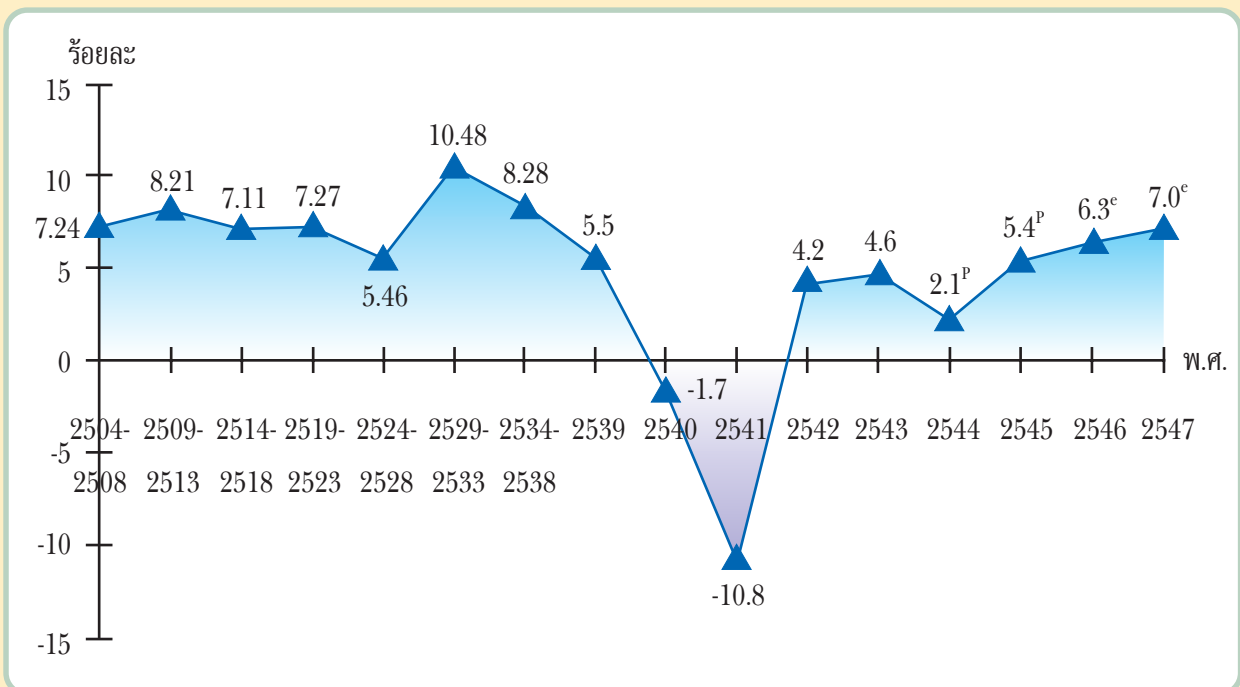
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

ภาพที่ 4.3 ผลผลิตภัณฑมวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัวประชากรที่คิดเป็น US\$ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

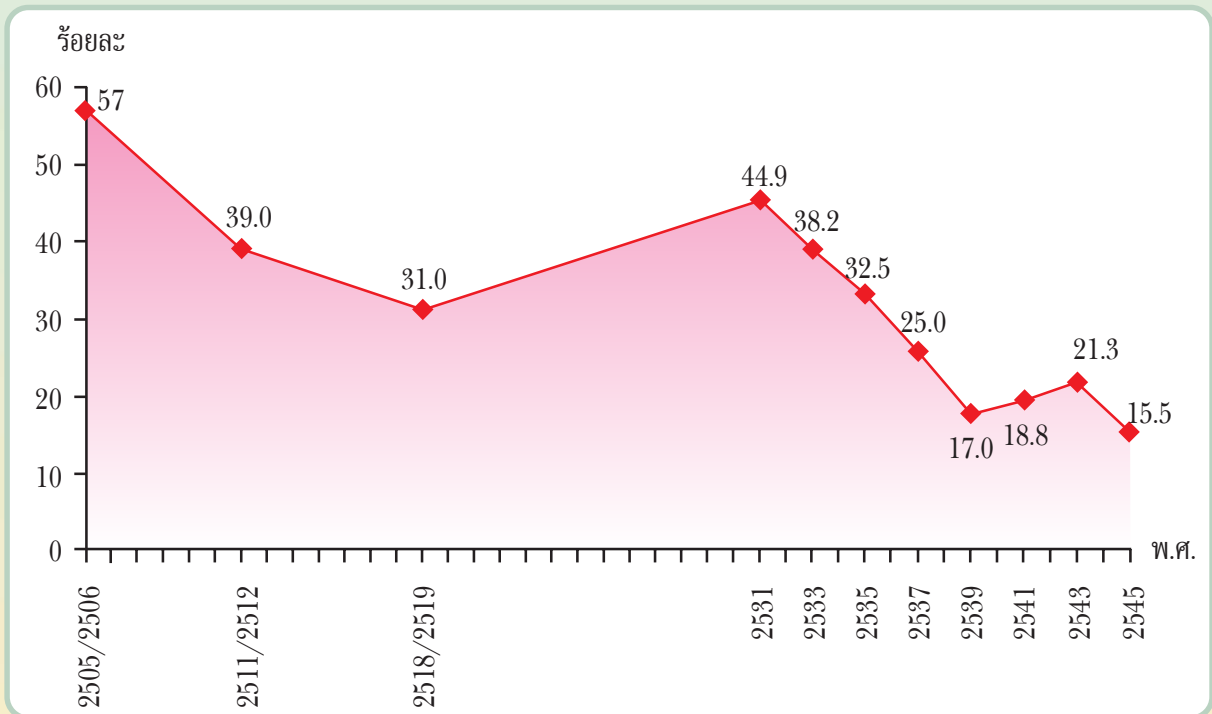
ภาพที่ 4.4 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: <sup>P</sup> เป็นตัวเลขเบื้องต้น, <sup>c</sup> เป็นข้อมูลประมาณการ

ภาพที่ 4.5 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายได้ พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2545



ที่มา: พ.ศ. 2505/2506 - 2518/2519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76.

พ.ศ. 2531-2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. การศึกษาภาวะความยากจนของประเทศไทยในแต่ละช่วงมีความแตกต่างในสมมติฐานของการศึกษา

2. พ.ศ. 2529 - 2545 มีการปรับเทคนิคในการคำนวณเส้นความยากจนใหม่ ทำให้เส้นความยากจนสูงขึ้นกว่าเดิม

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เกิดจากปัญหาโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานในประเทศที่มีมานานแต่ไม่มีการแก้ไขอย่างจริงจัง และไม่มีการดำเนินมาตรการรองรับที่เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือ การกีดกันต่างประเทศระยะสั้นจำนวนมากและการลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดผลตอบแทนที่คุ้มค่าของภาคเอกชน (โดยเฉพาะการลงทุนด้านธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ อุตสาหกรรมรถยนต์ ปีโตรเคมีและโรงพยาบาลเอกชน) โครงสร้างการผลิตที่อ่อนแอและพึ่งพิงต่างประเทศเป็นหลัก การเปิดเสรีทางการเงินโดยขาดการกำกับและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ และความต้อยประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของภาครัฐ

เพื่อรักษาเสถียรภาพโดยรวม ประเทศไทยได้ประกาศใช้ระบบอัตราแลกเปลี่ยนลอยตัวเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 และได้ขอความช่วยเหลือทางการเงินและวิชาการจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2540 จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นการแสดงออกของวิกฤตการณ์ทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยและภูมิภาคอื่นอย่างรวดเร็ว ด้วยกระแสโลกไร้พรมแดน (Globalization) และนับตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาประเทศไทยได้แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจโดยใช้มาตรการรักษาเสถียรภาพของอัตราแลกเปลี่ยน การควบคุมอัตราดอกเบี้ยและเงินเฟ้อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหาสภาพคล่องของระบบการเงินและการดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง เช่น มาตรการทางงบประมาณ การใช้มาตรการประหยัดและควบคุมรายจ่ายภาครัฐ ฯลฯ ส่งผลให้เสถียรภาพทางเศรษฐกิจมีการฟื้นตัว โดยใน พ.ศ. 2542 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเริ่มเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ 4.2 และชะลอตัวลงเป็นร้อยละ 2.1 ใน พ.ศ. 2544 และกลับขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 และ 6.3 ใน พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 ตามลำดับ โดยมีแรงขับเคลื่อนจากปัจจัยหลัก 3 ประการคือ การดำเนินนโยบายและมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจภายในประเทศ การดำเนินโครงการในระดับรากหญ้าเพื่อ

เพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนจนและการส่งออก สำหรับใน พ.ศ. 2547 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยจะขยายตัวอย่างต่อเนื่องในอัตราร้อยละ 7.0 (ภาพที่ 4.4)

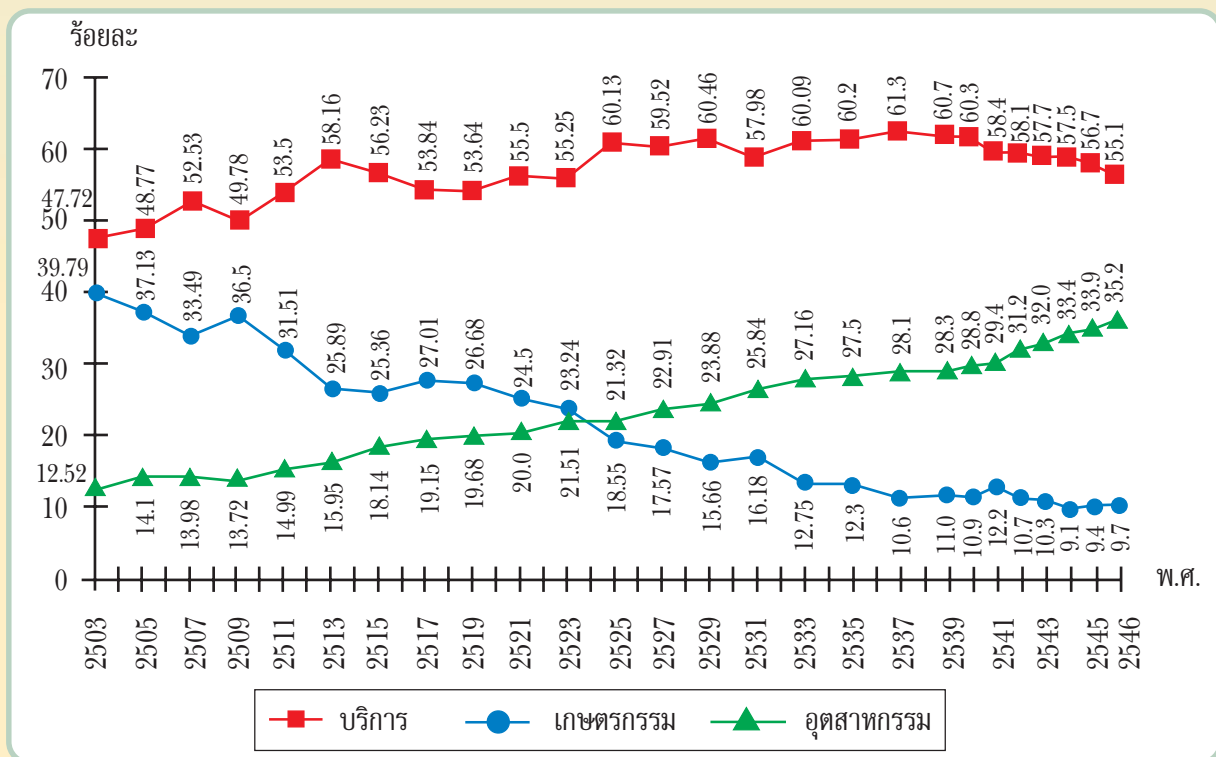
## 1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม (ภาพที่ 4.6) โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา โครงสร้างการผลิตในภาคเกษตร ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ แทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลงเลย

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้เกิดการหดตัวของภาคอุตสาหกรรมอย่างรุนแรง จึงได้ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายการจ้างงานไปสู่การทำงานในภาคเกษตรกรรมมากขึ้น กล่าวคือ ขณะที่อัตราการขยายตัวภาคเกษตรลดลงเพียงร้อยละ 3.2 ในภาคการผลิตอุตสาหกรรมลดลงถึงร้อยละ 11.1 ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542 - 2543 เริ่มมีการฟื้นตัวของภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม จึงทำให้ภาคเกษตรขยายตัวร้อยละ 2.0 - 4.9 และภาคอุตสาหกรรมขยายตัวถึงร้อยละ 6 - 12.3 สำหรับ พ.ศ. 2546 ภาคอุตสาหกรรมขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 10.3 และภาคเกษตรกรรมขยายตัว ร้อยละ 6.8

ภาพที่ 4.6 สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503

- พ.ศ. 2546



ที่มา: รายได้ประชาชาติของประเทศไทยไตรมาสที่ 4/2546, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

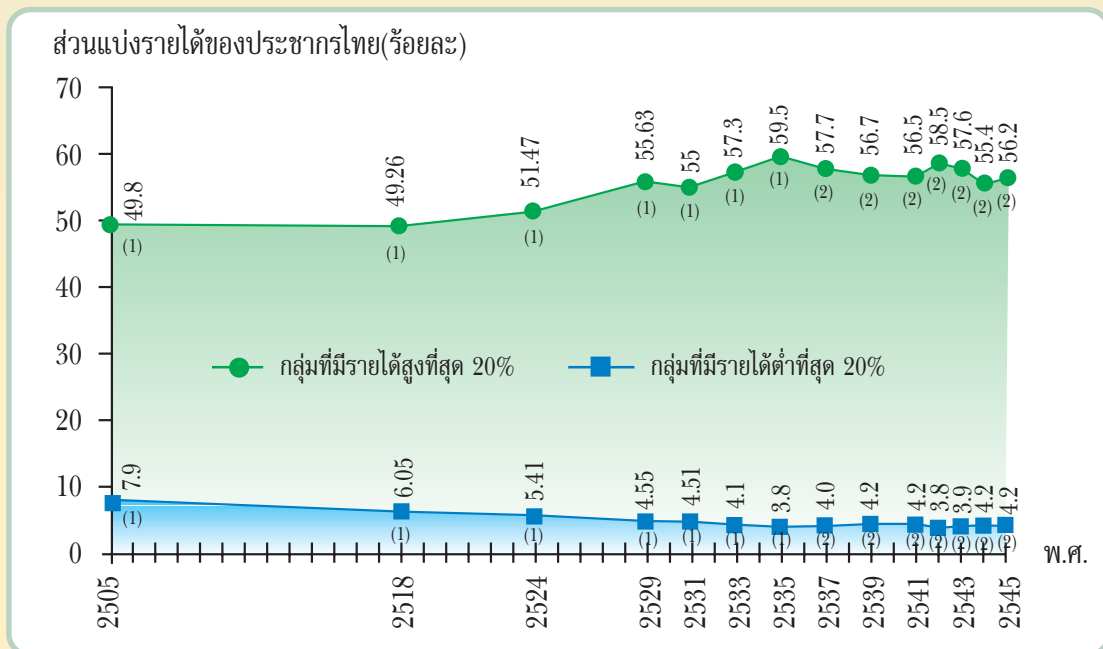
## 1.3 การกระจายรายได้และความยากจน

ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนกลับขยายกว้างขึ้นมาโดยตลอด กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2505 ประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมดมีส่วนแบ่งรายได้ร้อยละ 49.8 ส่วนแบ่งนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.7 ใน พ.ศ. 2539 ขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกันประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมดมีส่วนแบ่งรายได้ลดลงจากร้อยละ 7.9 ใน พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 (ภาพที่ 4.7) ซึ่งพบว่า การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยในช่วง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2539

เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ คนจนสูงสุด 20% มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2543 ในขณะที่คนรวยสูงสุด 20% สัดส่วนรายได้สูงขึ้นจาก 56.7 เป็น 57.6 ในช่วงเดียวกัน แต่ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545 การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ความแตกต่างทางรายได้ระหว่างคนรวยสุดและคนจนสุด ลดลงจาก 14.8 เท่า ใน พ.ศ. 2543 เป็น 13.4 เท่า ใน พ.ศ. 2545 ในด้านความยากจนแม้สัดส่วนคนจนจะลดลงเป็นลำดับ แต่สัดส่วนคนจนในชนบทมากกว่าในเขตเมืองถึงกว่า 3 เท่า (ตารางที่ 4.1) ซึ่งกลุ่มคนยากจนส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและคนงานเกษตร และถึงแม้ว่าสัดส่วนคนจนของไทยเพิ่มสูงขึ้น มีสัดส่วนต่ำกว่าหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ตารางที่ 4.2) แต่กลับพบว่า ไทยมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูงกว่าหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ตารางที่ 4.3)

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้รายได้ของประชาชนลดลงโดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย แต่เมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว พบว่า ใน พ.ศ. 2545 กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีอัตราเพิ่มของรายได้สูงกว่าอัตราการเพิ่มของกลุ่มผู้มีรายได้สูง (รายงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปี แห่งการเปลี่ยนแปลง, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546)

ภาพที่ 4.7 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับรายได้



	พ.ศ.													
	2505	2518	2524	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2542	2543	2544	2545
กลุ่มรายได้ต่ำสุด 20%	7.9	6.05	5.41	4.55	4.51	4.1	3.8	4.0	4.2	4.2	3.8	3.9	4.2	4.2
กลุ่มรายได้สูงสุด 20%	49.8	49.26	51.47	55.63	55.0	57.3	59.5	57.7	56.7	56.5	58.5	57.6	55.4	56.2
ค่าความแตกต่างของรายได้	6.3	8.1	9.5	12.2	12.2	14.0	15.6	14.4	13.5	13.5	15.4	14.8	13.2	13.4

ที่มา: (1) พ.ศ. 2505 - 2535 ได้จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย  
(2) พ.ศ. 2537 - 2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 4.1 สัดส่วนคนจน พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2545 วัดจากรายได้ จำแนกตามพื้นที่

พ.ศ.	เขตเมือง	เขตชนบท	ประเทศ
2505/2506	38	61	57
2511/2512	16	43	39
2518/2519	14	35	31
2531	25.2	52.9	44.9
2533	21.4	45.2	38.2
2535	14.1	40.3	32.5
2537	11.7	30.7	25.0
2539	7.3	21.3	17.0
2541	7.5	23.7	18.8
2543	8.7	27.0	21.3
2545	6.7	19.7	15.5

ที่มา: พ.ศ. 2505/2506 - 2518/1519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76

พ.ศ. 2531 - 2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545 มีการปรับเทคนิคในการคำนวณเส้นความยากจนใหม่ ทำให้เส้นความยากจนสูงขึ้นกว่าเดิม

ตารางที่ 4.2 สัดส่วนคนจนของประเทศไทยเปรียบเทียบกับในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	ปีที่สำรวจ	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ)		
		สัดส่วนคนจนตามความยากจนของแต่ละประเทศ	ปีที่สำรวจ	สัดส่วนผู้มีรายได้น้อยกว่า 1 \$ ต่อ 1 วัน (PPP)
กัมพูชา	2542	35.9	2543	34
อินโดนีเซีย	2545	18.2	2543	8.0
ลาว	2541	46.0	2543	31.5
มาเลเซีย	2542	8.1	2543	0.0
ฟิลิปปินส์	2543	34.2	2543	12.7
ไทย	2543	14.2	2543	3.5
เวียดนาม	2541	37.0	2543	9.1

ที่มา: 1. ข้อมูลสัดส่วนคนจนตามความยากจนของแต่ละประเทศได้จาก Key Indicator 2003: Education for Global Participation, Asian Development Bank, 2003.

2. ข้อมูลสัดส่วนผู้มีรายได้น้อยกว่า 1 \$ ต่อ 1 วัน (PPP) ได้จากสถานการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับความยากจน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: Purchasing Power Parity (PPP) คือ การปรับศักยภาพของกำลังซื้อให้เท่ากัน

ตารางที่ 4.3 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2543

ประเทศ	ชั้นรายได้สูงสุด 20% แรก	ชั้นรายได้ต่ำสุด 20% สุดท้าย	ความแตกต่าง (เท่า)
ไทย	57.6	3.9	14.8
สิงคโปร์	48.9	5.1	9.6
มาเลเซีย	54.3	4.4	12.3
อินโดนีเซีย	41.1	9.0	4.6
ฟิลิปปินส์	52.3	5.4	9.7

ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 2003.

#### 1.4 ความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับโลกและภูมิภาค

กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคการค้าเสรีและมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มการค้าภูมิภาค เพื่อสร้างอำนาจต่อรองในการแข่งขันจึงมีความเคลื่อนไหวในเรื่องความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคที่ไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เช่น AFTA (ASEAN Free Trade Area), APEC (Asia Pacific Economic Cooperation), ASEM (ASIA-Europe Meeting) ความร่วมมือทางเศรษฐกิจสามเหลี่ยมภาคใต้, ความร่วมมือในการพัฒนาลุ่มแม่น้ำโขง 6 ประเทศ ด้านความร่วมมือในภูมิภาคอื่น ได้แก่ NAFTA (North America Free Trade Area), EC (European Community) นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระดับโลกก็เป็นเรื่องข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งมีองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) เป็นผู้ดูแลอยู่ ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้าเสรีและการแข่งขันทางการค้าจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีมาตรการกีดกันทางการค้ารูปแบบใหม่ๆ มาเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้ากับประเทศกำลังพัฒนา เช่น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม การใช้แรงงานเด็ก สิทธิมนุษยชน การเก็บภาษีต่อต้านการทุ่มตลาด (Anti dumping duty : AD) / ภาษี ตอบโต้การอุดหนุน (Countervailing duty : CVD)

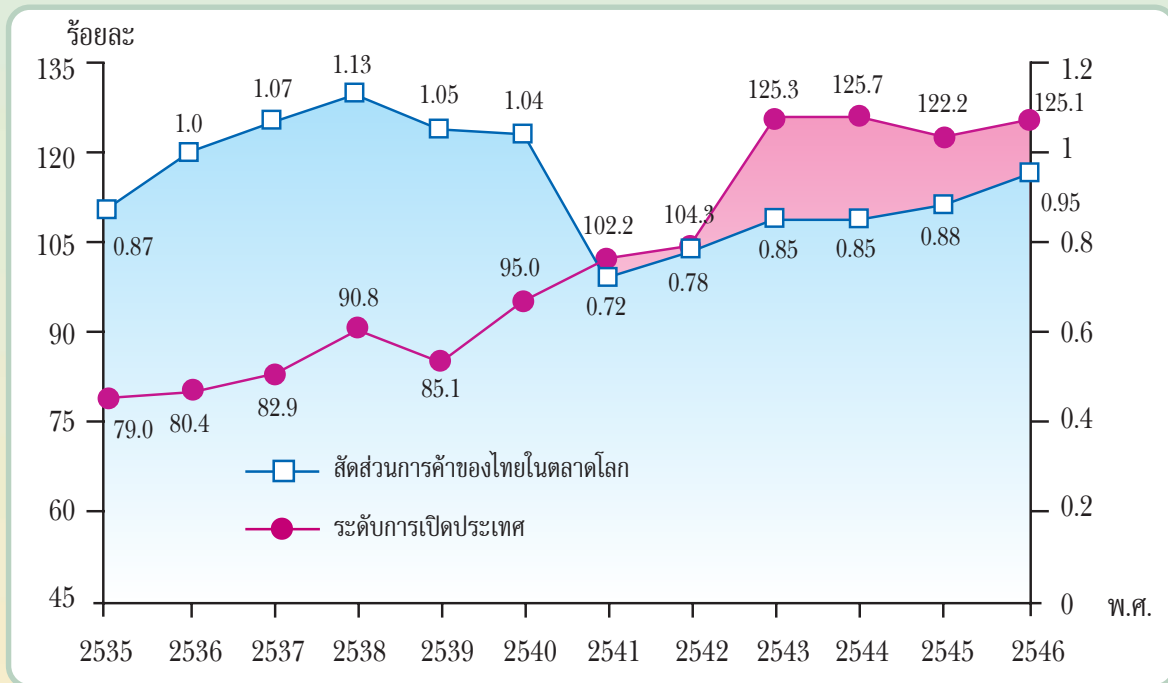
วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นของประเทศในภูมิภาคเอเชียทำให้ประเทศในภูมิภาคเอเชียรวมตัวกันเพื่อร่วมมือกันทางเศรษฐกิจมากขึ้น เช่น BIMST - EC (Bangladesh-India-Myanmar-Sri Lanka-Thailand Economic Cooperation), FEALAC (Forum for East-Asia-Latin America Cooperation) โดยเฉพาะในปัจจุบันไทยเน้นการขยายเขตการค้าเสรีในลักษณะทวิภาคีกับประเทศต่างๆ มากขึ้น เพื่อลดอุปสรรคทางการค้า เช่น ไทย - จีน, ไทย - อินเดีย, ไทย - บราซิล, ไทย - ออสเตรเลีย, ไทย-ญี่ปุ่น เป็นต้น

#### 1.5 การค้าระหว่างประเทศ

การค้าระหว่างประเทศของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยพิจารณาจากระดับการเปิดประเทศของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ สัดส่วนมูลค่าการส่งออกและนำเข้าสินค้าและบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.0 ในช่วงก่อนวิกฤตเป็นร้อยละ 125.1 ในช่วงหลังวิกฤต (ภาพที่ 4.8) อันเป็นผลมาจากการเปิดเสรีทางการค้าและการดำเนินนโยบายส่งเสริมการผลิตเพื่อการส่งออกอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ทศวรรษ ซึ่งการเปิดประเทศมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลกคือ สินค้าส่งออกมีเพียงร้อยละ 0.9 ของมูลค่าการส่งออกในตลาดโลกเท่านั้น ทำให้เศรษฐกิจของไทยขาดความสมดุลและมีความเสี่ยงต่อการผันแปรตามภาวะเศรษฐกิจโลกมากขึ้น เนื่องจากต้องพึ่งพิงตลาดต่างประเทศเพียงไม่กี่ประเทศเป็นหลักในการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น ไทยจึงต้องเร่งทบทวนสาขาการผลิตใหม่ๆ ที่มีศักยภาพในการแข่งขันในตลาดโลกสูง เช่น สาขาการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะธุรกิจบริการสุขภาพเพื่อทำรายได้ให้แก่ประเทศ



ภาพที่ 4.8 ระดับการเปิดประเทศและสัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



- ที่มา:
- ธนาคารแห่งประเทศไทย
  - กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
  - สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ:  $\text{ระดับการเปิดประเทศ} = (\text{มูลค่าการส่งออกและนำเข้าสินค้าและบริการ} / \text{GDP}) \times 100$   
 $\text{สัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลก} = \frac{\text{มูลค่าการส่งออกของไทย} \times 100}{\text{มูลค่าการส่งออกของโลก}}$

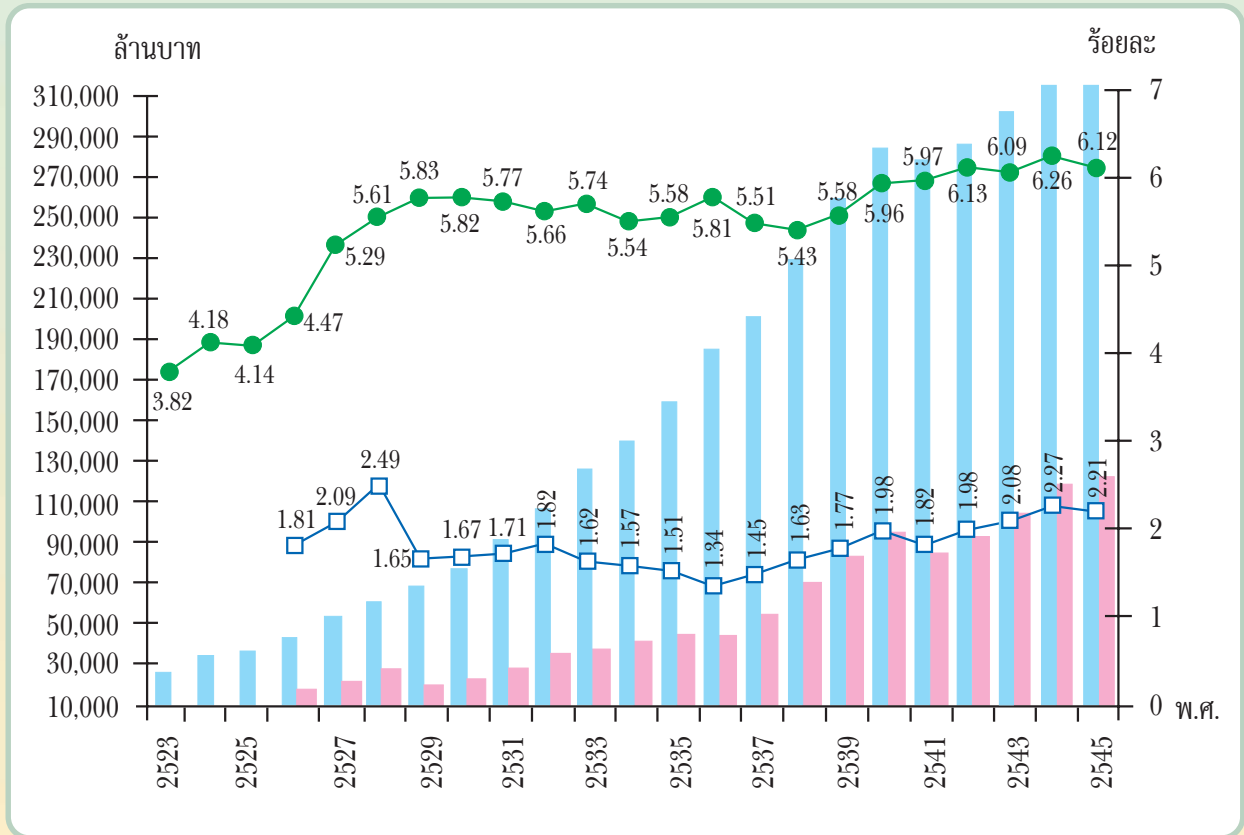
การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

(1) **ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** จากข้อมูลภาพรวมรายจ่ายประชาชาติของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของ GDP ใน พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ.2545 เป็นค่าใช้จ่ายภาครัฐ ร้อยละ 34.1 เอกชน ร้อยละ 65.8 (ภาพที่ 4.9, 6.35 และตารางที่ 6.48) อนึ่ง การศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ใน พ.ศ. 2544 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 3.51 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายของรัฐ ร้อยละ 58.0 และเอกชนร้อยละ 42.0 ข้อแตกต่างของข้อมูลทั้ง 2 ระบบนี้คือ ค่าใช้จ่ายจากแหล่งเงินในภาคเอกชน ซึ่งหากใช้ข้อมูลจากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะมีค่ามากกว่าข้อมูลจากการศึกษาบัญชีค่าใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติถึงกว่าเท่าตัว

ในด้านความเสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ใน พ.ศ. 2545 คนจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวย 1.6 เท่า แต่ความไม่เสมอภาคนี้มีแนวโน้มลดลงมาจาก 6.4 เท่า ใน พ.ศ. 2535 เนื่องจากการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความแตกต่างในภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลง (ภาพที่ 4.10) โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2543 - 2545 มีแนวโน้มลดลงมากที่สุด ซึ่งคาดว่าน่าจะจะมีผลจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ซึ่งเริ่มดำเนินการในต้นปี พ.ศ. 2544

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านยามี้อัตราการเพิ่มเร็วมากและเร็วกว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ตารางที่ 4.4 และภาพที่ 4.11)

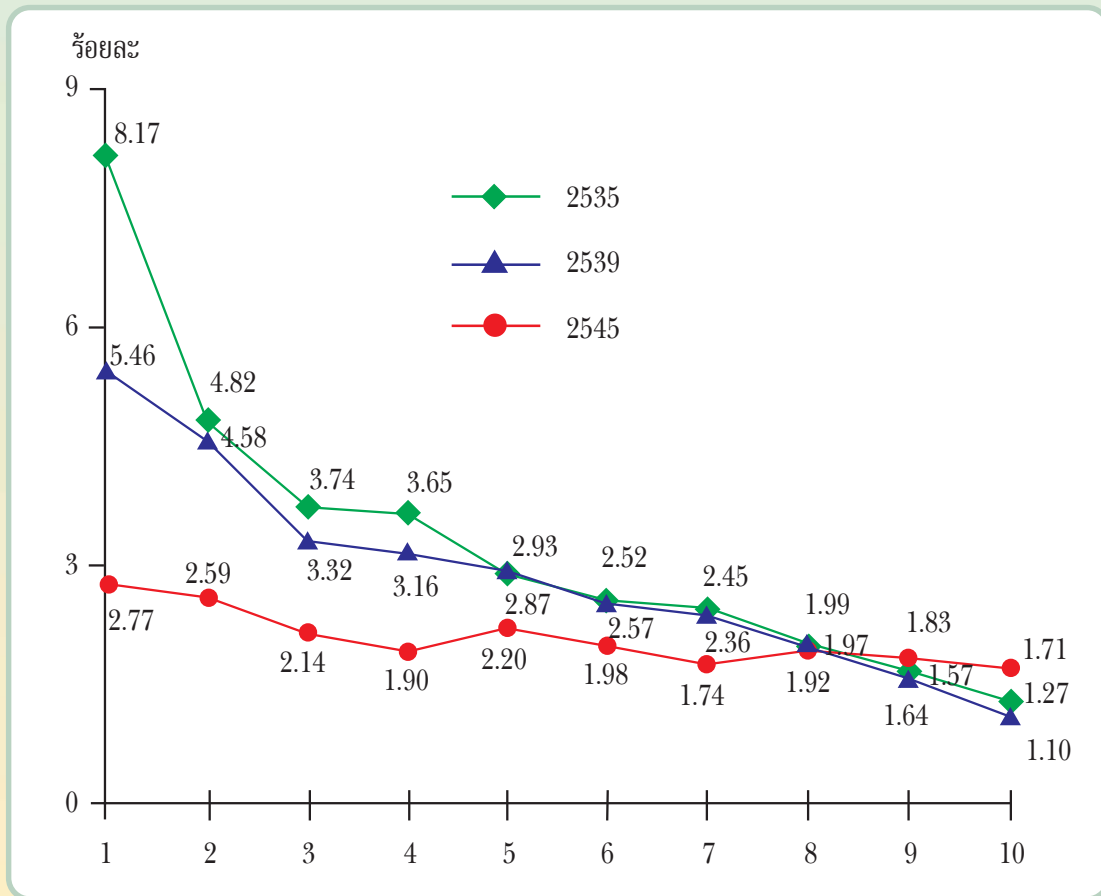
ภาพที่ 4.9 ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545



- มูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- มูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายด้านยา
- ร้อยละของ GDP (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)
- ร้อยละของ GDP (ค่าใช้จ่ายด้านยา)

ที่มา: ข้อมูลจากตารางที่ 6.50 ในบทที่ 6

ภาพที่ 4.10 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545



เคล็ดลับของรายได้

พ.ศ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ความแตกต่าง ของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27	6.4
2537	7.56	4.75	4.49	3.60	3.26	3.03	2.53	2.32	2.03	1.26	6.0
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.10	5.0
2541	4.22	3.07	2.95	2.90	2.59	2.43	1.94	2.00	1.57	1.23	3.4
2543	4.58	3.67	3.29	2.78	2.38	2.22	2.06	1.68	1.55	1.27	3.6
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.20	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71	1.6

ที่มา : จิตปรานี วาศวิท, วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

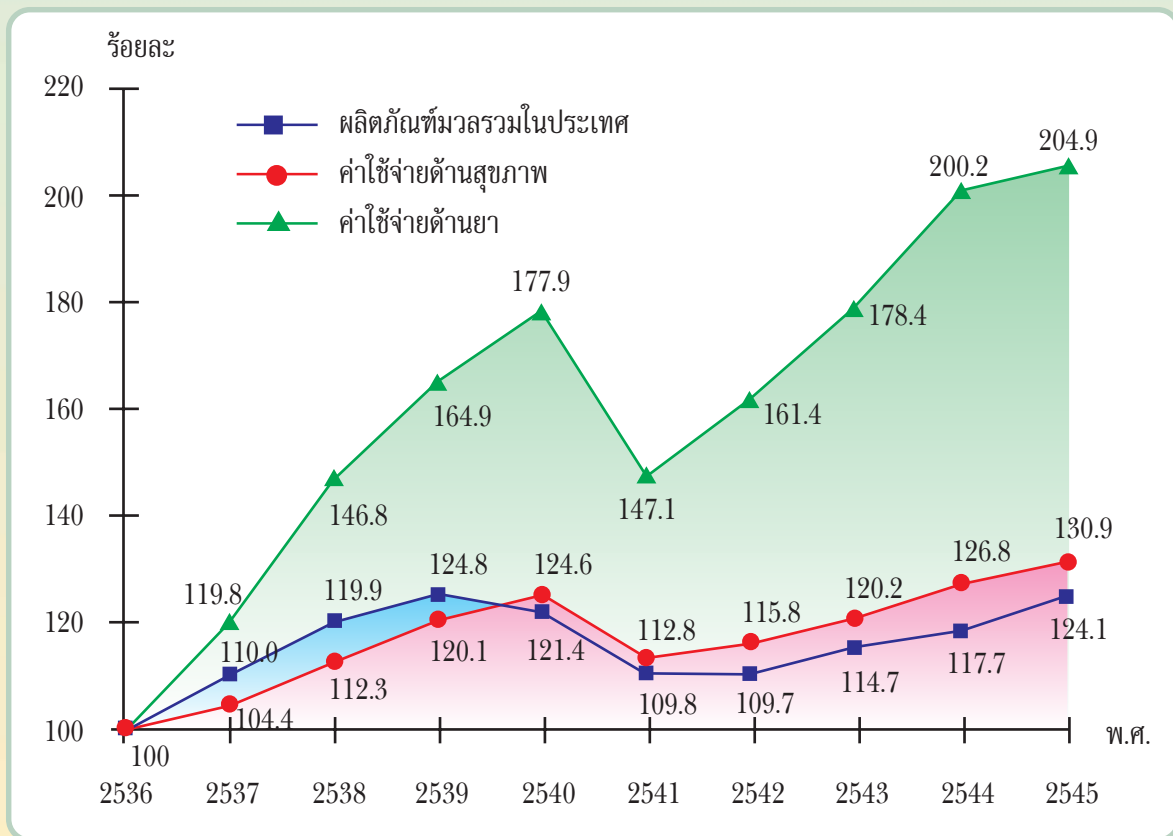
ตารางที่ 4.4 การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวม ในประเทศ	ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ	ค่าใช้จ่าย ด้านยา
2536	100.0	100.0	100.0
2537	110.0	104.4	119.8
2538	119.9	112.3	146.8
2539	124.8	120.1	164.9
2540	121.4	124.6	177.9
2541	109.8	112.8	147.1
2542	109.7	115.8	161.4
2543	114.7	120.2	178.4
2544	117.7	126.8	200.2
2545	124.1	130.9	204.9
อัตราเติบโตเฉลี่ยต่อปี (ช่วง 10 ปี)	2.43	3.03	8.29

ที่มา: ข้อมูลจากตารางที่ 6.50 ในบทที่ 6

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2536 เท่ากับ 100

ภาพที่ 4.11 การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)



ที่มา: ตารางที่ 4.4 ในบทที่ 4

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2536 เท่ากับ 100

## (2) บทบาททั้งภาครัฐ / เอกชน ในการจัดบริการสุขภาพ

ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ความต้องการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากพิจารณาจากจำนวนแพทย์ จะพบว่าภาคเอกชนมีแพทย์เพิ่มขึ้นจากสัดส่วนร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2539 โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2535 - 2539 อัตราการขยายตัวของภาคเอกชนเร็วมาก ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนอย่างรุนแรงใน พ.ศ. 2540 ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจมีโรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ

ภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ กำลังซื้อของประชาชนลดลง ทำให้การใช้บริการของสถานพยาบาลภาคเอกชนลดลง รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนก็ลดลง ประชาชนส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่สถานพยาบาลเอกชนก็หันมาใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น ประชาชนอีกส่วนหนึ่งก็ซื้อยามองจากร้านขายยา ผลสรุปรวมคือ เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้น แต่ในระยะต่อมากลับเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง (ตารางที่ 4.5 และ 4.6) และผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนลดลง (ตารางที่ 4.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2546) พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดน้อยกว่า 50 เตียง ได้รับผลกระทบมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดมากกว่า 50 เตียงขึ้นไป (ตารางที่ 4.8) แต่ใน พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้นมาก ขณะที่ผู้ป่วยในมาใช้บริการภาครัฐลดลง

ตารางที่ 4.5 จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546

ปี งบประมาณ	รพศ./รพท.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	สอ. / สสช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	รวม	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
2535	11.21		19.00		22.26		52.47	
2536	12.02	+ 7.2	21.01	+ 10.6	23.63	+ 6.2	56.66	+ 8.0
2537	12.61	+ 4.9	23.60	+ 12.3	27.74	+ 17.4	63.95	+ 12.9
2538	14.62	+ 15.9	26.18	+ 10.9	32.43	+ 16.9	73.23	+ 14.5
2539	15.49	+ 6.0	28.00	+ 7.0	35.39	+ 9.1	78.88	+ 7.7
2540	16.78	+ 8.3	29.57	+ 5.6	41.53	+ 17.3	87.88	+ 11.4
2541	18.15	+ 8.2	33.93	+ 14.7	44.54	+ 7.2	96.62	+ 9.9
2542	19.41	+ 6.9	36.71	+ 8.2	46.86	+ 5.2	102.98	+ 6.6
2543	20.44	+ 5.3	40.16	+ 9.4	51.80	+ 10.5	112.40	+ 9.1
2546	23.03	+ 12.7	43.70	+ 8.8	62.39	+ 20.4	129.12	+ 14.9

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2544 - 2545 เป็นช่วงการเปลี่ยนโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข ตัวเลขจึงคลาดเคลื่อนและไม่สามารถแสดงในตารางได้

ตารางที่ 4.6 จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546

ปีงบประมาณ	รพศ./รพท.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ร้อยละ ของการรับไว้ เป็นผู้ป่วยใน ของ รพศ./รพท.	รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ร้อยละ ของการรับไว้ เป็นผู้ป่วยใน ของ รพช.	รวม	ร้อยละ ของการรับไว้ เป็นผู้ป่วยใน ของ รพศ./รพท./ รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
2535	1.66		+ 17.8	1.79		+ 9.4	3.78	+ 12.5	
2536	2.00	+ 0.5	+ 16.6	1.89	+ 5.6	+ 9.0	3.89	+ 11.8	+ 2.9
2537	2.08	+ 4.0	+ 16.5	2.13	+12.7	+ 9.0	4.21	+ 11.6	+ 8.2
2538	2.35	+13.0	+ 16.1	2.24	+ 5.2	+ 8.6	4.59	+ 11.3	+ 9.0
2539	2.46	+ 4.7	+ 15.9	2.39	+ 6.7	+ 8.5	4.85	+ 11.2	+ 5.7
2540	2.56	+ 4.1	+ 15.3	2.44	+ 2.1	+ 8.3	5.00	+ 10.8	+ 3.1
2541	2.59	+ 1.2	+ 14.3	2.85	+16.8	+ 8.4	5.44	+ 10.4	+ 8.8
2542	2.62	+ 1.2	+ 13.5	2.82	- 1.1	+ 7.7	5.44	+ 9.7	0.0
2543	2.56	- 2.3	+ 12.5	2.92	+ 3.5	+ 7.3	5.48	+ 9.0	+ 0.7
2544	2.74	+ 7.0	+ 12.1	3.17	+ 8.6	+ 7.1	5.91	+ 8.8	+ 7.8
2545	2.41	- 12.0	+ 8.7	2.76	- 12.9	+ 4.1	5.17	+ 5.5	-12.5
2546	2.50	+ 3.7	+ 10.9	2.89	+ 4.7	+ 6.6	5.39	+ 8.1	+ 4.3

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.7 จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) และจำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ของสถานพยาบาลเอกชนในปีงบประมาณ 2534 - 2545

ปีงบประมาณ	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่สำรวจ (แห่ง)	ผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลเอกชน (ล้านครั้ง)	ผู้ป่วยนอก: สถานพยาบาลเอกชน (คน/แห่ง/ปี)	ผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชน (ล้านคน)	ผู้ป่วยใน: สถานพยาบาลเอกชน (คน/แห่ง/ปี)	ร้อยละของการรับไว้เป็นรพ.เอกชน
2534	257	2.24	8,716	0.50	1,946	+22.3
2535	268	2.52	9,403	0.64	2,388	+25.4
2536	263	2.82	10,722	0.67	2,548	+23.7
2537	322	3.79	11,770	0.85	2,640	+22.4
2538	357	4.29	12,017	0.97	2,717	+22.6
2539	358	4.95	13,827	1.63	4,553	+32.9
2540	358	4.45	12,430	1.58	4,413	+35.5
2541	373	5.17	13,860	1.62	4,343	+31.3
2542	374	4.58	12,246	1.47	3,930	+32.1
2543	331	4.14	12,507	1.48	4,471	+35.7
2544	323	4.97	15,387	1.71	5,294	+34.4
2545	320	4.03	12,594	1.54	4,812	+38.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

- หมายเหตุ: 1. สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนและโพลีคลินิก  
2. รายงานที่ได้รับต่ำกว่าที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจประมาณ 5 เท่า

ตารางที่ 4.8 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543

ประเภท	รวมทั้ง หมด	ขนาดโรงพยาบาลเอกชน				อัตราการเปลี่ยนแปลง พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2543		
		<50 เตียง	51 - 100 เตียง	101 - 200 เตียง	>200 เตียง	โรงพยาบาล เอกชน	ผู้ป่วยนอก เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ผู้ป่วยใน เพิ่ม/ลด ร้อยละ
• พ.ศ. 2539								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,953	23,454	66,880	137,866	276,785	โรงพยาบาล	- 9.1	- 32.8
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,305	2,018	5,857	12,251	26,238	< 50 เตียง		
• พ.ศ. 2540								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,024	22,086	65,750	141,308	283,699	โรงพยาบาล	+ 8.3	- 16.9
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,250	2,015	6,828	11,685	23,037	51-100 เตียง		
• พ.ศ. 2541								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	65,096	20,605	67,897	131,958	256,849	โรงพยาบาล	+ 3.2	- 24.0
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	5,017	1,605	5,643	9,990	18,678	101-200 เตียง		
• พ.ศ. 2542								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	67,409	19,838	73,608	140,495	267,076	โรงพยาบาล	- 10.6	- 25.7
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,564	1,330	5,397	9,050	17,272	> 200 เตียง		
• พ.ศ. 2543								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	66,407	20,070	71,184	145,799	253,485	รวมทั้งหมด	- 5.2	- 26.9
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,569	1,353	5,671	8,875	17,121			

ที่มา: วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544), 2546

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลสภาวะโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ



(3) **ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** การแข่งขันอย่างรุนแรงในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ทำให้มีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเกิดการว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ประชาชนบางกลุ่มมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ รวม 11 ครั้ง ระหว่างเดือนกันยายน 2540 - กันยายน 2543 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ว่างงานมีความเครียดและคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบการอาชีพและกลุ่มประชาชนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) และแม้ว่าจะอยู่ในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจแล้วปัญหาสุขภาพจิตก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคจิตเพิ่มขึ้นจาก 440.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 519.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2544 (คู่มือที่ 5 หัวข้อดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต)

(4) **งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ** ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาจนถึงร้อยละ 7.7 ของงบประมาณประเทศ โดยงบประมาณส่วนมากถูกใช้ไปในการลงทุน แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบลงทุน แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงบดำเนินการ จึงทำให้งบประมาณด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.6 ใน พ.ศ. 2547 (ดูรายละเอียดในบทที่ 7)

(5) **การลงทุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ขยายตัวมากได้เริ่มชะลอลงตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา** (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมบทที่ 6 หัวข้อ 1.3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข) ในช่วงเศรษฐกิจที่เฟื่องฟู มีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาพยาบาล โดยได้รับสิทธิพิเศษยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามนโยบายการส่งเสริมการลงทุน ทำให้เกิดการแข่งขันกันซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ก่อให้เกิดการกระจุกตัวและการใช้เทคโนโลยีที่ไม่สมดุลกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ เช่น ใน พ.ศ. 2531 กรุงเทพฯ มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถึง 10 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าประเทศอังกฤษที่มีเพียง 6.3 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน และพบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2537 กรุงเทพมหานครมีเพิ่มขึ้นเป็น 15.7 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน และ 15.9 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน ใน พ.ศ. 2542 โดยทั้งประเทศ ใน พ.ศ. 2542 มีถึง 4.5 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน (ตารางที่ 4.9) หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจการลงทุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงชะลอลง

ตารางที่ 4.9 จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อประชากรล้านคนของประเทศพัฒนาแล้ว เปรียบเทียบกับประเทศไทย และกรุงเทพฯ พ.ศ. 2546

ประเทศ	จำนวน CT ต่อประชากรล้านคน
ญี่ปุ่น (2539)	69.7
สหรัฐอเมริกา (2533)	26.9
อิตาลี (2540)	14.6
ฝรั่งเศส (2540)	9.7
สหราชอาณาจักร (2533)	6.3
ไทย (2538)	2.0
ไทย (2541)*	3.9
ไทย (2542)	4.5
ไทย (2546)*	4.2
กวม. (2531)	10.0
กวม. (2537)	15.7
กวม. (2541)	14.8
กวม. (2542)	15.9
กวม. (2546)*	13.3
ต่างจังหวัด (2542)	3.3
ต่างจังหวัด (2546)*	3.1

ที่มา: วงเดือน จินดาวัฒน์ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2543

\* ตัวเลขจากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

#### (6) การขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรมมากกว่าภาคเกษตรกรรม ก่อให้เกิดผลดังนี้

(6.1) การอพยพแรงงานจากภาคเกษตรในชนบทมาสู่ภาคอุตสาหกรรมในเมืองมากขึ้น ทำให้เกิดความล่มสลายของสถาบันครอบครัว ความเครียด อาชญากรรม ปัญหาการจราจร ยาเสพติดและปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในชุมชนแออัดซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงในเมืองใหญ่ทั่วประเทศ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,587 ชุมชน ใน พ.ศ. 2537 เป็น 1,802 ชุมชน ใน พ.ศ. 2540 และ 2,265 ชุมชน ใน พ.ศ. 2543 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 และ 25.7 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจากการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดของจังหวัดปริมณฑลและจังหวัดที่มีชุมชนแออัดมากในภาคต่างๆ รวม 17 จังหวัด ใน พ.ศ. 2541 พบว่า มียาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าและสารระเหยที่แพร่หลายในชุมชนแออัดสูงถึงร้อยละ 50 ขึ้นไป (รายงานการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดของจังหวัดในปริมณฑลและในภาคต่างๆ พ.ศ. 2541, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นเพียงปัญหาหนึ่งที่สะท้อนภาพให้เห็นว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ

## (6.2) ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานและอาชีวอนามัย

ในปัจจุบันประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและมืงงานทำ 34.7 ล้านคน (พ.ศ.2546) เท่ากับร้อยละ 54.1 ของประชากรทั่วประเทศ โดยแรงงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม 15.6 ล้านคน ภาคอุตสาหกรรมและบริการ 15.8 ล้านคน ภาคราชการ 2.6 ล้านคน และอื่น ๆ 0.7 ล้านคน ซึ่งแรงงานเหล่านี้จะมีทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ ดังนี้

(6.2.1) **แรงงานในระบบ**<sup>1</sup> ในปี 2546 แรงงานในระบบมี 9.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.4 ของแรงงานทั้งหมด ประกอบด้วย ช่างราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีความศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา จึงไม่สามารถปกป้องดูแลตนเองจากการทำงาน จึงทำให้ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 2 ใน พ.ศ. 2519 เป็น ร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ. 2536 อัตราเริ่มคงที่และลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จนเหลือเพียงร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2546 แต่ลูกจ้างที่เสียชีวิตจากการทำงานมีอัตราการลดลงมาโดยตลอดจาก 44.9 ต่อคนงาน 100,000 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 11.19 ต่อคนงาน 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.10) และ (ภาพที่ 4.12) แต่ยังคงมีอัตราสูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 1.3 คนต่อคนงาน 100,000 คน และฟินแลนด์มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 4 คน ต่อคนงาน 100,000 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย, 2539)

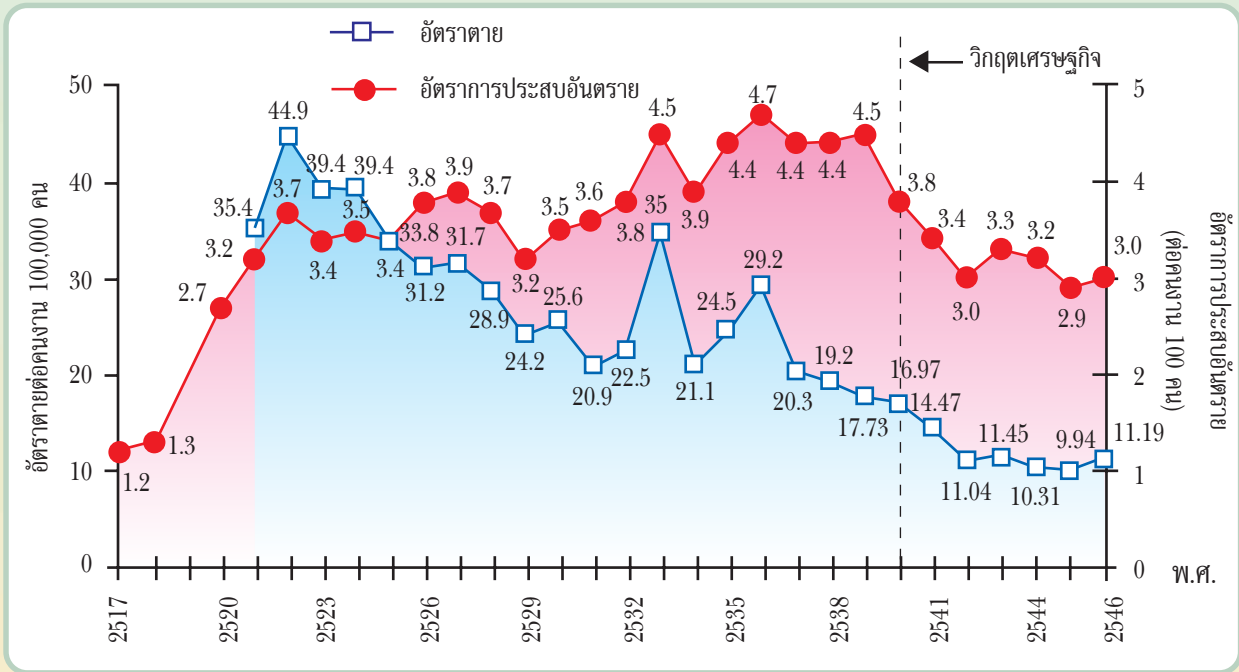
<sup>1</sup> แรงงานในระบบ หมายถึง ตลาดแรงงานที่มีระบบโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน มีระบบการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน มีสัญญาหรือระยะเวลาการจ้างงานที่แน่นอน มีสวัสดิการและการประกันสังคม และมีการจัดสายงานรวมทั้งหน้าที่ความรับผิดชอบของงานแต่ละประเภทไว้ชัดเจน

ตารางที่ 4.10 จำนวน/อัตรากำลังที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ.2546

พ.ศ.	จำนวนผู้ที่อยู่ใน ข่ายคุ้มครอง (ราย)	จำนวนลูกจ้างที่ ประสบอันตราย เนื่องจากการ ทำงาน	อัตรการ ประสบ อันตราย %	ตาย		ทุพพลภาพ		สูญเสีย อวัยวะบางส่วน		หยุดงานชั่วคราว	
				จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อแสน
2517	272,848	3,200	1.2	95	34.8	-	-	401	146.9	2,704	991.0
2518	349,814	4,605	1.3	← ไม่มีข้อมูล →							
2519	496,700	10,136	2.0	← ไม่มีข้อมูล →							
2520	570,000	15,335	2.7	← ไม่มีข้อมูล →							
2521	590,640	19,134	3.2	209	35.4	9	1.5	1,119	18.9	17,797	3,013.2
2522	659,041	24,370	3.7	296	44.9	8	1.2	1,104	16.8	22,962	3,484.1
2523	745,513	25,334	3.4	294	39.4	13	1.7	1,191	16.0	23,836	3,197.3
2524	797,270	27,723	3.5	314	39.4	10	1.3	1,275	16.0	26,124	3,276.7
2525	824,565	28,323	3.4	279	33.8	14	1.7	1,085	131.2	26,945	3,267.8
2526	873,059	33,213	3.8	272	31.2	5	0.6	514	62.3	32,422	3,713.6
2527	994,190	39,182	3.9	315	31.7	20	2.0	1,305	131.3	37,542	3,776.1
2528	1,091,318	39,119	3.7	315	28.9	18	1.7	1,159	106.2	37,627	3,447.8
2529	1,179,812	37,445	3.2	285	24.2	10	0.8	978	82.9	36,172	3,065.9
2530	1,232,555	42,811	3.5	315	25.6	10	0.8	1,158	93.9	41,328	3,353.0
2531	1,346,203	48,912	3.6	282	20.9	7	0.5	1,179	87.6	47,444	3,524.3
2532	1,661,651	62,766	3.8	373	22.5	15	0.9	1,582	95.2	60,796	3,658.8
2533	1,826,995	80,065	4.5	640	35.0	30	1.6	1,509	82.6	77,886	4,263.1
2534	2,751,868	102,273	3.9	581	21.1	9	0.3	2,141	77.8	99,542	3,617.3
2535	3,020,415	131,800	4.4	740	24.5	15	0.5	2,010	66.5	129,035	4,272.1
2536	3,355,805	156,543	4.7	980	29.2	10	0.3	5,436	161.9	150,122	4,473.5
2537	4,248,414	186,394	4.4	863	20.3	23	0.5	4,548	107.0	180,960	4,259.5
2538	4,903,736	216,525	4.4	940	19.2	17	0.4	5,469	111.5	209,909	4,280.6
2539	5,425,422	245,616	4.5	962	17.73	18	0.3	5,042	92.93	239,574	4,416.1
2540	6,084,822	230,376	3.8	1,033	16.97	29	0.4	5,272	86.64	224,042	3,681.9
2541	5,418,182	186,445	3.4	784	14.47	19	0.3	3,692	68.14	181,956	3,358.1
2542	5,679,567	172,087	3.0	627	11.04	14	0.2	3,437	60.51	168,009	2,958.1
2543	5,417,041	179,566	3.3	620	11.45	16	0.3	3,516	64.91	175,414	3,238.2
2544	5,884,652	189,621	3.2	607	10.31	20	0.3	3,510	59.65	185,484	3,152.0
2545	6,541,105	190,979	2.9	650	9.94	14	0.2	3,424	52.54	186,891	2,857.2
2546	7,033,907	210,673	3.0	787	11.19	17	0.2	3,821	54.32	206,048	2,929.35

ที่มา: กระทรวงแรงงาน

ภาพที่ 4.12 อัตราการตายและการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานของคนงานใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กระทรวงแรงงาน

(6.2.2) แรงงานนอกระบบ<sup>๖</sup> ในปี 2546 แรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศ มี 24.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.6 ของแรงงานทั้งหมด อันได้แก่ แรงงานภาคเกษตร ผู้ทำงานส่วนตัว ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ฯลฯ และจากการสำรวจผู้รับงานมาทำที่บ้านซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบประเภทหนึ่ง พบว่า ผู้รับงานมาทำที่บ้านมีปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานเพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 2.8 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 33.2 ใน พ.ศ. 2545 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ สายตา อิริยาบถในการทำงานและการสูดดมฝุ่นละออง (รายงานการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

7. การเปิดเสรีการค้าและความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ทำให้มีการแข่งขันทางการค้าตลอดจนมีการกีดกันทางการค้ามากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพบางส่วน (ดูบทที่ 10)